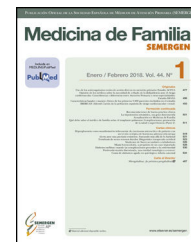




Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



FORMACIÓN CONTINUADA - RECOMENDACIONES DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

¿Qué evidencia científica tienen los métodos propuestos para valorar la discapacidad laboral de los pacientes con síndrome de sensibilización central?



R.J. Regal Ramos

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Inspector Médico del Instituto Nacional de la Seguridad Social, Dirección Provincial de Madrid, Madrid, España

Recibido el 13 de agosto de 2019; aceptado el 9 de mayo de 2020

Disponible en Internet el 20 de agosto de 2020

PALABRAS CLAVE

Síndrome de sensibilización central;
Discapacidad laboral;
Fibromialgia;
Síndrome de fatiga crónica;
Incapacidad permanente

KEYWORDS

Central sensitisation syndrome;
Occupational disability;
Fibromyalgia;
Chronic fatigue syndrome;
Permanent disability

Resumen El síndrome de sensibilización central engloba enfermedades como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la sensibilidad química múltiple y el síndrome de sensibilidad electromagnética. Estas afecciones han ido adquiriendo relevancia tanto médica como social por el aumento de la prevalencia, la ausencia de un tratamiento curativo, las limitaciones que provocan y los altos costes sanitarios que suponen. Además, todas ellas comparten una etiología desconocida y la ausencia de parámetros objetivos para establecer su diagnóstico y su gravedad.

Se han propuesto múltiples métodos y clasificaciones para graduar la discapacidad de estos pacientes, pero en la actualidad ninguno de ellos ha conseguido una evidencia científica suficiente.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

What scientific evidence do the current classifications have in order to assess occupational disability in patients with central sensitisation syndrome?

Abstract Central sensitisation syndrome includes disorders such as fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, multiple chemical sensitivity, and electromagnetic sensitivity syndrome. These disorders have been acquiring both medical and social relevance due to the increase in prevalence, the absence of a curative treatment, the limitations they cause, and the high healthcare costs they involve. Furthermore, all of them share an unknown aetiology and the absence of objective parameters to establish their diagnosis and severity.

Correo electrónico: raul-jesus.regal@seg-social.es

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.018>

1138-3593/© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Multiple methods and classifications have been proposed to graduate the disability of these patients, but currently none of them have obtained sufficient evidence.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

La Medicina Basada en la Evidencia es el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales evidencias o pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes (David L. Sackett). Nos permite aumentar el conocimiento científico y apoyar todos los actos médicos sobre bases científicas provenientes de estudios de la mejor calidad metodológica, en los que se refleje de forma fidedigna el estado actual de los conocimientos. Existen distintos sistemas para establecer los niveles de evidencia y los grados de recomendación, pero todos utilizan términos similares (evidencia IA, 1⁺⁺, 2⁺⁺ o recomendaciones A) para referirse a aquellos estudios que más certeza científica aportan.

En aras de prestar a los pacientes la mejor asistencia posible, debemos aplicar la evidencia médica al diagnóstico, el tratamiento y la evaluación de todas las enfermedades, incluido el síndrome de sensibilización central (SSC). En este marco también tenemos que encuadrar la evaluación de la incapacidad laboral. El artículo 136 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social¹ define la incapacidad permanente como «la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral». En Medicina, lo más parecido a la «determinación objetiva» sería un nivel de evidencia I o un grado de recomendación A.

El SSC engloba enfermedades como la fibromialgia (FM), el síndrome de fatiga crónica (SFC), la sensibilidad química múltiple (SQM) y el síndrome de sensibilidad electromagnética, las cuales, aunque tienen características diferenciales, comparten síntomas, criterios diagnósticos, características epidemiológicas y teorías fisiopatológicas. La existencia de estos síndromes como enfermedades fisiopatológicamente diferenciadas es motivo de controversia entre los profesionales sanitarios.

En el año 2006, el documento de consenso sobre fibromialgia de la Sociedad Española de Reumatología² indicaba textualmente: «En la actualidad no existe ningún cuestionario, prueba analítica o exploración complementaria que permita hacer una clasificación de los pacientes con FM según el grado de afección». La Sociedad Española de Reumatología publica diversas guías que tienen el objetivo de proporcionar a los profesionales recomendaciones prácticas basadas en la evidencia científica. De esta forma, la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de los Pacientes con Artritis Reumatoide (GUIPCAR), la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica (EspoGuía) o la Guía de manejo de la gota (GuipClinGot) responden a preguntas concretas y se han convertido en

manuals de referencia a nivel internacional que van actualizando los avances del conocimiento y la aparición de nueva evidencia cada 4-6 años. Pero a pesar de que el estudio EPISER 2016³ objetiva una prevalencia mayor para la FM (2,45%) que para la artritis reumatoide (0,82%), la espondilitis anquilosante (0,26%), la artritis psoriásica (0,58%) o la gota (2,40%), la Sociedad Española de Reumatología no tiene documentos de consenso o guías basadas en la evidencia para la FM posteriores a la de 2006.

Con el objetivo de proporcionar recomendaciones prácticas en la valoración de los SSC, vamos a repasar lo que nos indican los principales consensos y guías de práctica clínica sobre algunas preguntas concretas referentes a la discapacidad laboral de estos pacientes.

¿Son útiles los criterios ACR 2010 para graduar la discapacidad laboral de los pacientes con FM?

En el año 2017, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) elaboran un documento de consenso⁴ que refiriéndose a los criterios diagnósticos del ACR 2010⁵, validados para la población española de 2016, indica textualmente⁶: «Estos nuevos criterios eliminan la evaluación por parte del médico, lo que convierte este cuestionario autoadministrado por parte del paciente en una herramienta útil para los estudios epidemiológicos[...]. En otras palabras, esta herramienta no elimina la subjetividad, sino que sustituye la evaluación por parte del médico por la evaluación subjetiva del propio paciente».

¿Existe alguna clasificación que permita graduar la discapacidad laboral en los pacientes con FM?

En el año 2010, un panel de expertos español elaboró un documento de consenso interdisciplinar⁷ para el tratamiento de la FM, que concluyó que la clasificación de Giesecke es la que cuenta con mayor evidencia científica y la más útil para el clínico.

En España, en el año 2011 se desarrolló y validó el Índice Combinado de Afectación en pacientes con Fibromialgia⁸, una herramienta para evaluar la gravedad de la FM basada en sus manifestaciones clínicas más prevalentes, obteniéndose una puntuación total de la gravedad global.

Sin embargo, el Ministerio de Sanidad, en un documento de consenso realizado en 2011⁹, indica textualmente: «No existen estudios publicados fiables sobre la valoración de las

limitaciones biomecánicas realizadas en el ámbito de la evaluación perital de estos pacientes. Se deberían promover y realizar estudios relacionados con la evaluación de las limitaciones físicas y su relación con la gravedad y el pronóstico de esta enfermedad». En el año 2017 un nuevo documento de consenso de dicho Ministerio vuelve a indicar sobre las clasificaciones anteriores⁴: «Al tratarse de un cuestionario subjetivo cumplimentado por el paciente, no es un instrumento útil para determinar la gravedad en la evaluación de la capacidad para trabajar».

¿Existen instrumentos validados para graduar la incapacidad/discapacidad de los pacientes con SFC?

En el año 2008, el documento de consenso¹⁰ promovido por el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III indica que: «Es complejo evaluar la incapacidad debido a que los criterios diagnósticos clínicos no han sido validados en el marco médico-legal, a la falta de pruebas objetivas y de instrumentos validados para cuantificar la incapacidad/discapacidad de esta entidad, y a que los instrumentos, si existen, tienen poco rendimiento médico-legal».

¿Tiene evidencia científica la ergoespirometría para graduar la discapacidad laboral de los pacientes con FM o SFC?

La Sociedad Española de Cardiología¹¹ estableció que la ergoespirometría solo tiene una recomendación clase I (existe evidencia y/o acuerdo general en que el procedimiento o tratamiento es útil y efectivo) para la evaluación de la capacidad de esfuerzo y de la respuesta terapéutica:

- en pacientes con insuficiencia cardíaca considerados para trasplante cardíaco;
- para la diferenciación de enfermedad cardíaca frente a enfermedad pulmonar como causa de disnea o capacidad de esfuerzo disminuida;
- en la evaluación inicial o pronóstica de los pacientes con coronariopatía.

La Federación Española de Medicina del Deporte, en un comunicado realizado en 2009, recuerda que solo existe indicación clase I para la valoración de deportistas con sospecha de cardiopatía o cardiopatía diagnosticada como indicación de aptitud para la práctica deportiva.

¿Tienen evidencia científica los estudios neuropsicológicos para graduar la discapacidad laboral de los pacientes con FM o SFC?

Los estudios neuropsicológicos pueden poner de manifiesto el deterioro cognitivo puntual referido por los pacientes con FM y/o SFC, pero tenemos que tener en cuenta varios aspectos:

1. Difiere de otros deterioros cognitivos por:
 - Intensidad. Pericot-Nierga et al.¹² han obtenido similares puntuaciones al comparar la exploración neuropsicoló-

gica de pacientes con FM y la de pacientes con deterioro cognitivo ligero. Este es encuadrado en la clasificación Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg y en la clasificación Clinical Dementia Rating (CDR) de Hughes entre la normalidad (GDS 1 o CDR 0) y la demencia incipiente (GDS 2-3 y CDR 1). Podrían incluirse en estos estadios algunos casos de pseudodemencia (deterioro cognitivo asociado a la sintomatología depresiva o psiquiátrica).

- Fisiopatogenia. No existe ningún mecanismo fisiopatológico aclarado¹³. El avance en los conocimientos anatomopatológicos y clínicos ha propiciado que la organicidad de las demencias sea incuestionable¹⁴, organicidad que no ha sido demostrada en el deterioro cognitivo de los pacientes con SFC y/o FM.
 - Reversibilidad. Existen teorías que postulan un origen carencial, tóxico, endocrinometabólico o psicossomático; pues bien, incluso si aceptamos alguno de esos mecanismos fisiopatogénicos, debemos recordar que cualquiera de ellos se encuadran dentro de las etiologías reversibles de los deterioros cognitivos.
2. También difieren las pruebas de imagen (RMN, SPECT y pruebas de neuroimagen funcional) con las halladas en casos de traumatismos craneoencefálicos.
 3. Los resultados de los estudios neuropsicológicos de los pacientes con SSC no muestran datos específicos y si una relación importante con la existencia de trastornos depresivos¹⁵.

¿Es útil el cuestionario Quick Environmental Exposure and Sensivity Inventory para graduar la discapacidad laboral de los pacientes con SQM?

En 1999, Miller y Prihoda¹⁶ desarrollaron un cuestionario de autoevaluación de la gravedad e impacto de la SQM, el Quick Environmental Exposure and Sensivity Inventory. Este cuestionario mide 5 aspectos de la SQM y permite la clasificación de estos pacientes en 3 grados de severidad (baja, media y alta), en función de las puntuaciones obtenidas.

En 2008, estudios bien diseñados^{17,18} objetivan que cuando el enmascaramiento se realiza de forma correcta, los pacientes no diferenciaron entre estímulos verdaderos y placebo.

En el año 2011¹⁹, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud indican textualmente: «al no existir en la actualidad biomarcadores específicos que permitan confirmarlo, la detección de la SQM se basa en criterios clínicos, en los síntomas auto-referidos por las personas afectadas».

¿Qué pruebas complementarias han aparecido en los últimos años con una evidencia I o una recomendación A para evaluar objetivamente las limitaciones funcionales de estos pacientes?

En el año 2017, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la AQUAS⁴ indican textualmente: «No se han observado nuevas evidencias convincentes sobre el

diagnóstico, pruebas complementarias y el tratamiento efectivo de este amplio conjunto de síntomas agrupados en la fibromialgia. No se han producido avances relevantes y significativos en el conocimiento de las causas de esta enfermedad y en su tratamiento. Las recomendaciones de los anteriores documentos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - MSSSI (MSPSI 2011) y AQuAS (AQuAS 2011) mantienen su vigencia».

Conclusiones

Los documentos citados son consensos de expertos que, tras realizar una revisión exhaustiva de la bibliografía, concluyen que actualmente no parece existir evidencia de que los SSC tengan criterios fiables para clasificar la discapacidad laboral ni instrumentos de calidad para graduar la discapacidad/incapacidad. Así mismo, no se recomienda el uso de ergoespirometría, estudios neuropsicológicos ni pruebas complementarias en pacientes diagnosticados con SSC en los que no haya sospecha clínica de otra enfermedad.

La ausencia de parámetros objetivos para establecer el diagnóstico o la gravedad de estas enfermedades obliga a individualizar la evaluación laboral de estos pacientes, teniendo siempre en cuenta la comorbilidad y los requerimientos laborales. Actualmente, cualquier clasificación o graduación de la discapacidad laboral de estos pacientes carece de la evidencia científica suficiente.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE núm. 154, de 29/06/1994.
2. 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 Supl 1:S55-66.
3. Seoane D, Sánchez C, Silva L, Sivera S, Blanco F, Pérez F, et al. Prevalencia de enfermedades reumáticas en población adulta en España (estudio EPISER 2016). *Objetivos y metodología*. *Reumatol Clin*. 2019;15:90-6.
4. AQuAS 2017 Grup de treball sobre fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica. *Fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica: recomanacions sobre el diagnòstic i tractament*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2017.
5. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62:600-10.
6. Casanueva B, García-Fructuoso F, Belenguer R, Alegre C, Moreno-Muelas JV, Hernández JL, et al. The Spanish version of the 2010 American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for fibromyalgia: Reliability and validity assessment. *Clin Exp Rheumatol*. 2016;34 2 Suppl 96:55-8.
7. Alegre de Miquel C, García Campayo J, Tomás Flórez M, Gómez Arguelles JM, Blanco Tarrio E, Gobbo Montoya M, et al. Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38:108-21.
8. Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J, Rejas J, Group ICAF. A confirmatory study of the Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF): Factorial structure, reliability and sensitivity to change. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:39.
9. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Fibromialgia*. Madrid: MSPSI; 2011. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/prestaciones/Sanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>
10. Avellaneda A, Pérez A, Martínez M. Síndrome de fatiga crónica. Documento de consenso. *Aten Primaria*. 2009;41:529-31.
11. Arós F, Boraita A, Alegría E, Alonso A, Bardají A, Lamiel R, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en pruebas de esfuerzo. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:1063-94.
12. Pericot-Nierga I, Hernández-Ferrándiz M, Lozano-Gallego M, Vilalta-Franch J, Cruz-Reina MM, López-Pousa S. Perfil cognitivo en la fibromialgia. Comparación con un grupo con deterioro cognitivo leve. *Med Clin (Barc)*. 2009;133:91-4.
13. Glass JM. Fibromyalgia and cognition. *J Clin Psychiatry*. 2008;69 Suppl 2:20-4.
14. López-Pousa S, Garre-Olmo J. Demencia. Concepto. Clasificación. *Epidemiología. Aspectos socioeconómicos*. *Medicine*. 2007;9:4921-7.
15. Castel A, Cascón R, Salvat M, Sala J, Padrol A, Pérez M, et al. Rendimiento cognitivo y percepción de problemas de memoria en pacientes con dolor crónico: con fibromialgia versus sin fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008;6:358-70.
16. 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;15:370-85.
17. 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;211:658-81.
18. Bornschein S, Hausteiner C, Römmelt H, Nowak D, Förstl H, Zilker T. Double-blind placebo-controlled provocation study in patients with subjective Multiple Chemical Sensitivity (MCS) and matched control subjects. *Clin Toxicol (Phila)*. 2008;46:443-9.
19. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Documento de consenso. *Sensibilidad química múltiple 2011*. Madrid: MSPSI; 2011.