

Abril
2007



CONSELL DE COL·LEGIS
DE METGES DE CATALUNYA

Quaderns de la Bona Praxi

Fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica

Edita:

COL·LEGI
OFICIAL
 DE METGES
DE BARCELONA

24



Redacció

Experts redactors d'aquest quadern

Coordinador i redactor:

Jordi Carbonell Abelló. Cap de Servei de Reumatologia. Institut Municipal d'Assistència Sanitària.

Redactors:

Joaquim Fernández Solá. Metge consultor de Medicina Interna. Coordinador de la Unitat de Fatiga Crònica. Hospital Clínic Barcelona. CATSALUT.

Lluïsa Puig Bausili. Cap de Secció de Valoració del Dany Corporal. Institut de Medicina Legal de Catalunya. Departament de Justícia.

Experts revisors i assessors d'aquest quadern

Miquel Bruguera Cortada. President del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Josep Arimany Manso. Especialista en Medicina Legal. Àrea de Praxi. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Núria Bono Romera. Magistrada dels Jutjats Socials de Barcelona.

Gabriel Martí Amengual. Professor Titular de Medicina Legal. Universitat de Barcelona.

Alex Ramos Torre. Director del Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Edita

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA.

Centre d'Estudis Col·legials. Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona. e-mail: cecfmc@comb.es

Direcció editorial: Alex Ramos Torre

Coordinació editorial: Raquel Dolado Murillo, Tonyi Barroso Torrubia

Quaderns de la Bona Praxi és una publicació periòdica del COMB, editada pel seu Centre d'Estudis Col·legials des de 1991 i caracteritzada per ser:

- *Una acció de Formació Mèdica Continuada que promou el Desenvolupament Professional dels metges d'acord amb l'esperada protecció dels ciutadans.*
- *Una Guia de Pràctica Clínica que fomenta la Bona Praxi i la prevenció de riscos professionals.*
- *Una eina de l'àmbit medicolegal que protegeix alhora el ciutadà i el professional de la medicina.*

© 2006 COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA. No es pot reproduir cap part d'aquesta publicació, ni emmagatzemar-la en un sistema recuperable, ni transmetre-la per cap mitjà electrònic, mecànic, fotocopiats, en discos, ni de qualsevol altra forma, sense la prèvia autorització per escrit del propietari del copyright.

Coordinació gràfica, disseny i impressió: AMBIENT GRÀFIC. Roger de Llúria, 90, baixos. T. 934 592 398. 08009 Barcelona. Dipòsit legal: B-46.873-96

Fibromiàlgia	4
1.1. Introducció	
1.2. Definició de fibromiàlgia	
1.3. Història	
1.4. Epidemiologia	
1.5. Clínica	
1.6. Sistemàtica d'estudi	
1.7. Diagnòstic diferencial	
1.8. Comorbiditat	
1.9. Estratificació de malaltia segons gravetat	
1.10. Patogènia	
1.11. Tractament	
Síndrome de fatiga crònica	11
2.1. Introducció. Què és la síndrome de fatiga crònica (SFC)?	
2.2. Definició de SFC	
2.3. Record històric	
2.4. Epidemiologia. A quantes persones afecta la SFC?	
2.5. Clínica	
2.6. Sistemàtica d'estudi diagnòstic	
2.7. Diagnòstic diferencial	
2.8. Comorbiditat	
2.9. Gradació de la malaltia	
2.10. Patogènia	
2.11. Tractament	
2.12. Pronòstic	
2.13. Circuit assistencial a la SFC	
2.14. Perspectives futures en la SFC	
Valoració medicolegal. Recomanacions per prevenir riscos	22
Bibliografia	25
Webs d'interès	26

1. Fibromiàlgia

1.1

Introducció

La fibromiàlgia (FM) és un problema de salut que afecta un bon nombre de conciutadans, essencialment dones a l'edat mitja de la vida, i que pot condicionar discapacitat en els pacients amb més gravetat. Té avui un protagonisme evident, entre pacients i professionals, perquè condiona una elevada freqüentació assistencial, per una banda, i perquè no es disposa de tractaments d'efectivitat indiscutible, per una altra. Des de la dècada dels noranta s'ha generalitzat la forma de diagnòstic i ha passat a ser un problema assistencial de primera magnitud. És per això que **Quaderns de la Bona Praxi** creu necessari dedicar-hi un dels seus números en el mateix moment que la Conselleria de Salut posa en marxa, de forma pilot, el seu pla d'atenció a la fibromiàlgia, que es troba detallat al document: *"Nou model d'atenció a la Fibromiàlgia i la Síndrome de Fatiga Crònica"*.

1.2

Definició de fibromiàlgia

La fibromiàlgia és una síndrome clínica caracteritzada per dolor crònic generalitzat que predomina als músculs, zones de tendons i bosses, i al raquis. Acceptem aquest diagnòstic si la pacient mostra una clara hipersensibilitat al dolor i no existeixen evidències clíniques ni biològiques de malaltia general, hormonal, autoimmune o metabòlica que pugui ser responsable del quadre clínic.

Aquesta simptomatologia sol acompanyar-se d'altres molèsties com són el cansament, el trastorn de la son, l'ansietat i graus variables de depressió associada. Els pacients afectes poden relacionar el començament dels símptomes amb situacions estressants, tant físiques (malalties infeccioses i traumatismes) com psicològiques (assetjament laboral, relacions familiars, etc.). La història de dolor pot ser de molt llarga durada i iniciar-se a la infància o joventut. Sovint apareixen símptomes de difícil atribució diagnòstica com cefalees, colon irritable, regles doloroses, dolor mandibular, molèsties orofaríngees, etc.

1.3

Història

Durant centenars d'anys els dolors musculars carac-

terístics de la FM han estat reconeguts i designats com a "reumatismes musculars", calaix de sastre dins del qual avui trobaríem moltes entitats diferents. Gowers, en 1904, utilitza la paraula fibrositis per designar els pacients amb dolor crònic generalitzat no classificable. A casa nostra, J. Rotes Querol descriu l'entitat del Reumatisme Psicogen que és el que avui coneixem com a fibromiàlgia. El mot fibromiàlgia s'utilitza des del 1976 arran de les publicacions i els estudis de Smythe. Els criteris diagnòstics actuals es fixen en 1990 per l'American College of Rheumatology (ACR).

1.4

Epidemiologia

La prevalença de la fibromiàlgia al nostre país es coneix arran de l'estudi EPISER. La Sociedad Española de Reumatologia va intentar fixar, amb aquest estudi, la prevalença de les principals malalties reumàtiques. Així sabem que la fibromiàlgia afecta el 2,37 % de la població de més de 20 anys, especialment les dones (4,2 % en dones i 0,2 % en homes), sobretot al grup d'edat 40-49 anys. Podem, doncs, calcular un col·lectiu d'unes 140.000 dones afectades. La prevalença del dolor crònic generalitzat, incloent la fibromiàlgia, arriba a un 8,03 % dels majors de 20 anys i és màxima al grup de més de 80 anys amb una prevalença del 17,5 %, reflectint que en aquest cas estem parlant d'un fenomen lligat a l'envelliment i al deteriorament de les estructures de l'aparell locomotor. Desconeixem dades de la prevalença de la fibromiàlgia en població infantil i la malaltia sembla infreqüent més enllà dels 80 anys.

1.5

Clínica

La clínica habitual és la de l'aparició progressiva de dolor a músculs, tendons i bosses. Inicialment són episodis aïllats que es diagnostiquen i tracten com a problemes de parts toves que no es resolen o que reapareixen. Amb el temps el pacient refereix cansament i un interrogatori fet amb cura posa de manifest l'existència de trastorns de la son amb son no reparador, rigidesa matutina, ansietat i sovint graus variables de depressió.

És davant d'aquest quadre clínic quan es planteja el diagnòstic de fibromiàlgia. En aquest moment, el pacient pot ja referir que està sent estudiat per altres professionals per símptomes que no han pogut ser diagnosticats amb precisió. Així, són freqüents: la sequedat oral, ocular i generalitzada; els trastorns del ritme de les deposicions i les dispèpsies, els dolors mandibulars amb o sense bruxisme, les cefalees, les

diesestèsies, els trastorns de l'acomodació visual, etc. Molts pacients refereixen dificultats de concentració i memòria.

Sovint aquesta simptomatologia segueix a un succés catastròfic com una malaltia greu o un accident, especialment de trànsit amb fuetada cervical, i altres vegades el pacient refereix situacions de pressió emocional excessives a l'esfera afectiva i/o laboral. En molts pacients, un interrogatori fet amb detall treu a la llum llargues històries de dolor que poden venir des de la infància i/o adolescència. És freqüent trobar històries familiars de dolor crònic en mares o germanes.

Els episodis dolorosos inicials no es resolen i van generalitzant-se. Les queixes més freqüents són els dolors cervical i lumbar, a espatlles, colzes, mans, trocànters, còndils interns dels genolls, etc. El dolor és també nocturn i s'acompanya sovint d'encarcament pel matí. Les cames inquietes són una queixa freqüent com també ho són les acroparestèsies, acrocianosis i la *livedo reticularis*.

La vivència de dolor pot ser molt intensa i respon malament als analgèsics i antiinflamatoris corrents. Com mostra l'Estudi Epidemiològic del Dolor en Reumatologia (estudi EPIDOR) realitzat en pacients atesos a Consul-

tes Externes de Reumatologia de tot l'Estat, els pacients amb FM són els que puntuen més alt en les escales de dolor, per sobre de pacients afectes d'artritis, artrosi o fractures vertebrals.

La discapacitat que aquesta simptomatologia provoca és variable, anant des de pacients que fan vida normal amb baixes esporàdiques a pacients que no són capaços de conciliar vida personal i laboral, fins a alguns que necessiten ajuda per a les activitats de la vida diària. En l'estudi EPIDOR va utilitzar-se com a eina de mesura de la qualitat de vida el SF-36 i va observar-se que els pacients amb fibromiàlgia es situaven per dessota de la població normal en tots els rols que mesura l'eina, però que si estratificaven la població afecta segons el grau de depressió observàvem que les pacients fibromiàlgiques amb depressió lleugera es situaven molt properes a la població normal. Si agrupàvem les pacients fibromiàlgiques afectes de depressió moderada o severa obteníem un subgrup de més gravetat i pitjor qualitat de vida.

Un fet que cal tenir present és la possible coexistència de la fibromiàlgia amb altres patologies que afecten l'aparell locomotor com lupus eritematós, artritis reumatoide, artrosi, osteoporosi, etc. L'existència d'aquestes patologies no fa impossible aquest diagnòstic, tot i que ha de fer-se amb rigor.

PUNTS D'HIPERSENSIBILITAT A LA FM

(Quan 11 o més d'aquests punts desencadenen dolor, en aplicar-se una força de 4 kg/cm, es considera que existeix hipersensibilitat al dolor)

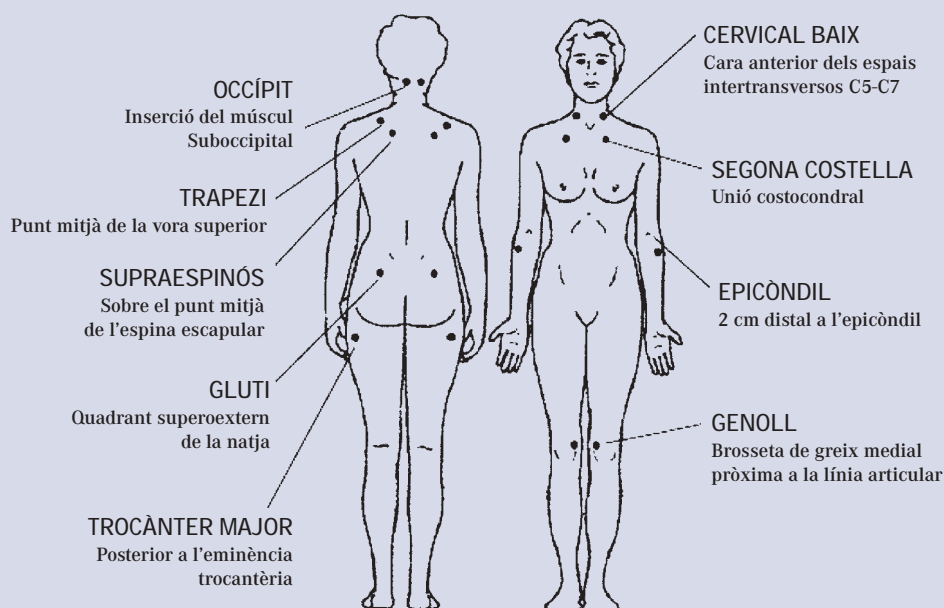


Figura 1

El més important és sospitar el diagnòstic davant d'una pacient amb massa episodis de dolor de parts toves que responen malament al tractament habitual. En aquesta circumstància el clínic ha de fer l'interrogatori idoni per fer aflorar els altres símptomes suggeridors d'una situació d'hipersensibilitat generalitzada. La confirmació del diagnòstic passa per objectivar l'existència de la hipersensibilitat al dolor. La manera de fer-ho és aplicar una força de 4 kg/cm, és a dir, la que blanqueja el llit de l'ungla, als punts definits pel Col·legi Americà de Reumatologia. Si s'obté una resposta dolorosa clara en 11 o més d'aquests punts donarem per bona l'existència d'hipersensibilitat al dolor. La darrera fase del diagnòstic és estar segur de la no-existència d'una malaltia general que pugui explicar la simptomatologia (**Figura 1**).

El protocol de despistatge d'una malaltia causal de la simptomatologia no és clarament definible ja que el bon coneixement del pacient pot obviar un examen biològic i/o un examen d'imatge exhaustiu. De tota manera, és important estar segur de la no-existència de miopaties, malalties autoimmunes, endocrines o metabòliques. En la valoració de les proves d'imatge cal tenir la cautela de no sobreexplorar el pacient.

En el seguiment cal ser caut i no adjudicar sistemàticament les molèsties a la fibromiàlgia, ja que la pacient pot patir malalties diferents. De la mateixa manera, cal ser caut a l'hora de valorar els símptomes atesa la hipersensibilitat generalitzada que els pacients presenten.

Un dels pilars del diagnòstic de certesa de la fibromiàlgia és la seguretat de la no-existència d'una altra malaltia que en pugui explicar els símptomes. Sovint el diagnòstic es planteja amb reumatismes inflamatoris per la rigidesa matutina, altres vegades amb miopaties o trastorns hormonals com l'hipotiroïdisme. L'exclusió d'aquests problemes es fa amb analítiques simples, tot i que el professional ha de saber que poden coexistir ambdós problemes simultanis, fet que s'observa quan no millora la simptomatologia en tractar la malaltia associada. A més d'assegurar el diagnòstic, és també un problema diagnosticar els símptomes que sovint el pacient va presentant i que obliga a ser molt estricte a l'hora d'avaluar-los, ja que la resposta al tractament sol ser dolenta. Així, indicar la cirurgia en lumbociàtiques ha de fer-se amb precisió si no volem enfrontar-nos a fracassos difícils de tractar posteriorment. La utilització diagnòstica de proves com

els nivells d'hormona de creixement (GH), serotonina i altres, així com les proves de neuroimatge o els tests genètics, no tenen utilitat clínica en casos individualitzats i només han de considerar-se en estudis clínics.

Hi ha diferents treballs que avisen de les comorbiditats en pacients amb fibromiàlgia. Les més freqüents són les comunes com el sobrepès i la hipertensió. Hi ha pacients amb hipotiroïdisme associat i algunes malalties autoimmunes. És important conèixer la freqüent associació de colon irritable i disfunció mandibular. La coexistència d'ansietat i graus variables de depressió és molt notable.

No existeix una estratificació en graus de gravetat universalment acceptada. L'eina més utilitzada per representar l'afectació de la malaltia sobre la qualitat de vida dels pacients és l'escala de Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) (**Figura 2**), que està traduïda i validada i pot utilitzar-se. No hi ha gradació de gravetat segons el FIQ. Hem de considerar que ens orientem sobre la gravetat dels pacients la coexistència d'ansietat i depressió moderada-greu, les baixes repetides i el consum d'analgèsics majors o de polifarmàcia.

El dolor a la FM és, de fet, una situació en la qual es produeix una amplificació dolorosa en pacients que presenten graus variables de distrès psicològic. Sabem que els pacients afectes són hipersensibles a estímuls com el dolor, el tacte, la calor, el fred, substàncies químiques, la llum, el soroll o el gust. Malgrat no conèixer la causa d'aquesta hipersensibilitat sembla que ha d'incloure anomalies en el processament dels senyals sensitius tant a nivell perifèric com central.

Hi ha també evidències d'alteracions perifèriques que poden donar lloc a hiperactivitat del nociceptors com són: augments de la substància P al múscul, fragmentació del DNA a les fibres musculars, augment de IL cutània i alteracions de la perfusió muscular. Aquestes alteracions podrien explicar més sensibilitat dels nociceptors, que donaria una major càrrega d'estímuls a la medul·la col·laborant a la sensibilització central al dolor.

QÜESTIONARI D'IMPACTE DE LA FM. VERSIÓ CASTELLANA.

1. ¿Ha sido usted capaz de

- a Hacer la compra?
- b Hacer la colada, con lavadora?
- c Preparar la comida?
- d Lavar a mano los platos y los cacharros de cocina?
- e Pasar la fregona, la mopa o la aspiradora?
- f Hacer las camas?
- g Caminar varias manzanas?
- h Visitar amigos o parientes?
- i Subir escaleras?
- j Utilizar transporte público?

	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones	Nunca
a	0	1	2	3
b	0	1	2	3
c	0	1	2	3
d	0	1	2	3
e	0	1	2	3
f	0	1	2	3
g	0	1	2	3
h	0	1	2	3
i	0	1	2	3
j	0	1	2	3

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

En las siguientes preguntas, ponga una cruz en el punto de la línea que mejor indique cómo se sintió en general DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA

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

Sin dificultad Mucha dificultad

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. ¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?

Sin dolor Dolor muy fuerte

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. ¿Cómo se ha encontrado de cansada?

Nada cansada Muy cansada

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Descansada Muy cansada

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nada rígida Muy rígida

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nada nerviosa Muy nerviosa

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nada deprimida Muy deprimida

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Versió castellana del Fibromyalgia Impact Questionnaire citat al "Nou model d'atenció a la fibromiàlgia i la síndrome de la fatiga crònica" publicat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (Abril 2006).

FONT: Rivera J, González T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. Clin Exp Rheumatol. 2004 Sep-Oct; 22 (5): 554-60.

A més de l'alteració dels nociceptors perifèrics, col·labora a la sensibilització central l'alteració dels mecanismes reguladors del processament del senyal dolorós a nivell medullar. Les evidències experimentals mostren més sumació dels estímuls en pacients amb FM, així com més duració i més lenta desaparició d'aquests donant arguments convinents sobre aquesta probable sensibilització central. El dolor, i el seu manteniment donarien lloc a alteracions funcionals cerebrals que explicarien aquests fets i serien congruents amb les llargues biografies de dolor de molts pacients fibromiàlgics, anys abans que aquest dolor es generalitzi.

L'existència sovint de més casos de fibromiàlgia a la família obre la porta a la hipòtesi del possible mecanisme genètic en la susceptibilitat a patir fibromiàlgia. De fet, durant temps s'ha considerat que més aviat existia un aprenentatge del dolor dins de les famílies i que aquest fet explicaria l'agregació familiar de casos. Els estudis genètics d'aquests darrers anys ens fan saber que la presència de polimorfismes del catechol-o-metiltransferasa (COMT) i dels gens que codifiquen el 5HT^{1A} i el transportador del 5HT donen una més alta probabilitat de patir fibromiàlgia o una forma més greu d'aquesta, tot i que encara no tenen utilitat diagnòstica ni es consideren factors pronòstics.

Quin paper juguen els constants trastorns psicològics i l'estrès dins d'aquesta cascada d'esdeveniments que es produeix en els pacients fibromiàlgics és encara desconegut. Malgrat tot, sabem que la prevalença d'ansietat i depressió és molt alta, com també ho és la presència de fets qualificats pels pacients com a catastròfics en les seves vides. La persistència d'estrès al llarg del temps en pacients genèticament susceptibles pot explicar el desenvolupament d'alteracions neuroquímiques centrals que contribueixen als mecanismes de sensibilització central al dolor. També és probablement cert que el patiment relacionat amb la infelicitat crònica de molts d'aquest pacients doni lloc a aquestes alteracions i faciliti l'estat d'hiperalerta sobre el propi cos que dona lloc a la detecció de símptomes que en altres situacions de més estabilitat emotiva no són reconeguts.

Les tècniques de neuroimatge han permès constatar l'alteració del processament dels senyals dolorosos en la FM. Així, els pacients mostren una disminució de la perfusió al tàlem i al nucli caudat en repòs, i un flux exagerat a totes les àrees relacionades amb el dolor. És important aclarir que les tècniques de neuroimatge no tenen utilitat diagnòstica, ja que les dades presentades són valors de mitjanes de grups i no resultats individuals de pacients.

Així doncs, avui hi ha proves que ens parlen que

l'estrès crònic mantingut en persones susceptibles, en part genèticament, pot donar lloc a alteracions plàstiques i funcionals a nivell central i perifèric que donin lloc a la generalització, amplificació i generalització del dolor, juntament amb els constants trastorns psicològics que acompanyen el fet de patir la fibromiàlgia.

1.11

Tractament

• Les claus essencials del tractament

El tractament de la FM es basa, en primer lloc, en un diagnòstic acurat, i fet el més precoçment possible, per estalviar-li al pacient un inacabable i sovint amargant viatge entre els especialistes més diversos. Un cop establert el diagnòstic és imprescindible esmerçar el temps per explicar què significa l'etiqueta fibromiàlgia, és a dir, el paper que l'estrès produeix sobre el sistema nerviós central en persones potser genèticament susceptibles, que dona lloc a l'estat d'hipersensibilitat generalitzada que és la fibromiàlgia, i a l'ansietat i depressió que sovint s'hi associen. Aquests són els dos primers i més essencials graons del tractament de la fibromiàlgia sense els quals no és possible obtenir resposta terapèutica.

Un cop recorreguts aquests passos inicials cal explicar al pacient les possibilitats de tractament i les evidències de la seva eficàcia.

• L'exercici i les teràpies cognitivo-conductuals

Tot pacient afecte de FM ha de conèixer la importància de l'exercici en el seu tractament. Així ha de practicar activament, al menys tres hores per setmana, una combinació d'exercicis que inclogui exercici aeròbic de baixa intensitat adaptat al seu gust. Hi ha pacients que milloren extraordinàriament amb el ball, però és més habitual fer exercici en grup en centres esportius amb programes específics ben supervisats. Caldrà incloure entrenament per a la columna, ja que aquesta és una de les àrees més simptomàtiques dels pacients. Aquest programa també hauria d'incloure sessions de relaxació en piscina terapèutica amb aigua calenta. En el disseny del programa s'ha de tenir present la necessitat de ser molt lentament progressiu, ja que sovint les pacients estan en males condicions físiques.

Molts pacients poden seguir una vida normal seguint el tractament descrit i utilitzant analgèsics menors i dosis baixes d'amitriptilina, antidepressiu que ha mostrat eficàcia moderada en assaigs clínics ben dissenyats. Si malgrat això el pacient té dificultats per millorar podem afegir teràpia cognitivo-conductual perquè aconseguixi un millor control del seu dolor, ansietat i estrès i que, juntament amb l'exercici és el

tractament no farmacològic que de forma consistent ha mostrat eficàcia.

• El tractament dels símptomes i problemes puntuals

Els pacients presenten problemes puntuals que mereixen ser tractats de forma individualitzada. Així, sovint expliquen bruxisme amb dolor mandibular i cal assegurar-se que el dentista aconsegueixi una bona oclusió i utilitzin plaques de descàrrega nocturnes. També l'ansietat o la depressió poden ser problemes importants i caldrà facilitar als pacients el suport psiquiàtric adient per a una bona prescripció terapèutica. S'han de considerar problemes puntuals individualitzats com el trastorn de la son, el colon irritable i altres. Sempre cal tenir present que la hipersensibilitat generalitzada que els pacients presenten està en el fons de la seva baixa tolerància al tractament i la necessitat d'aconseguir les millores amb el mínim imprescindible de fàrmacs. És essencial fer conscients els pacients de la necessitat que protagonitzin la seva curació treballant activament per millorar en lloc d'esperar un remei miracle que solucioni el problema. La polifarmàcia indiscriminada amb professionals que van sumant nous fàrmacs a pacients que no milloren és un dels principals problemes que presenten els pacients. Arriba un moment que és impossible discernir el que és malaltia i que són efectes adversos.

• Els fàrmacs a la FM

Els antidepressius: L'amitriptilina és un fàrmac que, en dosi entre 20 i 50 mg en dosi nocturna, ha mostrat eficàcia en assajos clínics randomitzats. Un altre tricíclic, tot i que porta la indicació i és utilitzat com a relaxant muscular, és la ciclobenzaprina. També ha mostrat eficàcia en assajos de qualitat, i les metanàlisis a les quals ha estat sotmès ho confirmen, sent utilitzat en dosis de entre 10 i 40 mg/dia. Aquests fàrmacs donen millora en la qualitat de la son, cansament i dolor. Les evidències de les quals es disposa són sempre d'estudis de curta durada, entre 6 i 22 setmanes.

Altres antidepressius com els inhibidors de la recaptació de serotonina disposen d'evidències moderades d'eficàcia. Així la fluxetina sola i/o en combinació amb l'amitriptilina i la ciclobenzaprina mostren ser millors que el placebo en estudis de curta durada. La sertralina mostra eficàcia comparable a la de l'amitriptilina.

Alguns dels inhibidors duals de la serotonina i la norepinefrina, com la venlafaxina, el minalcipran i la duloxetina han mostrat alguna eficàcia en estudis oberts. Recentment, el minalcipran i la duloxetina han mostrat eficàcia en estudis randomitzats de qualitat sobre diferents resultats estudiats, entre ells el dolor.

Els analgèsics: No hi ha evidències d'efectivitat sobre el dolor de l'AINES, tot i que s'utilitzen de forma habi-

tual en conjunció amb els tricíclics. Disposen d'estudis de qualitat amb evidències d'eficàcia el tramadol i la combinació tramadol-paracetamol. L'ús dels opioides en pacients amb FM no disposa d'evidències i han de ser restringits a pacients molt seleccionats i en unitats especialitzades davant de la fallida a programes complets de tractament.

Anticonvulsivants i altres fàrmacs: S'ha assajat la gabapentina sense que els estudis realitzats mostrin cap eficàcia. La pregabalina està sent assajada i ha mostrat eficàcia, a dosis de 450 mg/dia, sobre el dolor, la son, la fatiga i els qüestionaris de qualitat de vida.

Les evidències d'eficàcia del tropisetron, el 5-hidroxitriptòfan i l'adenilmetionina són dèbils i el seu ús ha de ser restringit a estudis específics. Les benzodiazepines no han mostrat efecte més enllà de la millora limitada sobre la son.

No hi ha dades positives d'eficàcia sobre l'hormona del creixement, els corticoides, la melatonina, la calcitonina, el magnesi, les vitamines, la guaifenesina ni les modificacions dietètiques.

Altres tractaments no farmacològics: Com ja hem mencionat, hi ha evidències clares d'eficàcia amb l'entrenament físic i les teràpies neurocognitives. Han mostrat eficàcia sobre el dolor i l'ús d'analgèsics alguns tipus de massatges, l'ús d'ultrasons combinats amb interferencials, els banys de relaxació en piscina terapèutica. Les evidències d'eficàcia de l'electroacupuntura són dèbils.

El tractament multidisciplinari: El tractament multidisciplinari és un tractament simultani utilitzant l'exercici, les teràpies cognitives, la fisioteràpia i els tractaments farmacològics, dins d'un equip integrat de professionals, han mostrat la seva utilitat sobre el dolor i la capacitat funcional, millora que es manté entre 2 i 30 mesos un cop acabat el programa.

El nou model d'atenció a la fibromiàlgia: L'eclosió del problema de l'atenció a la FM ha estat fruit de la seva alta prevalença, del seu impacte sobre la qualitat de vida dels pacients afectats i sobre la societat en general i la constatació d'una baixa satisfacció dels pacients i els professionals de la sanitat en l'atenció rebuda i donada.

El model s'ha dissenyat en col·laboració amb els grups implicats i s'ha basat, sempre que ha estat possible, en evidències científiques de qualitat. Dóna al metge de família un paper central en l'atenció dels pacients i vol posar els recursos de la comunitat a disposició de la millora dels afectats (**Figura 3**).

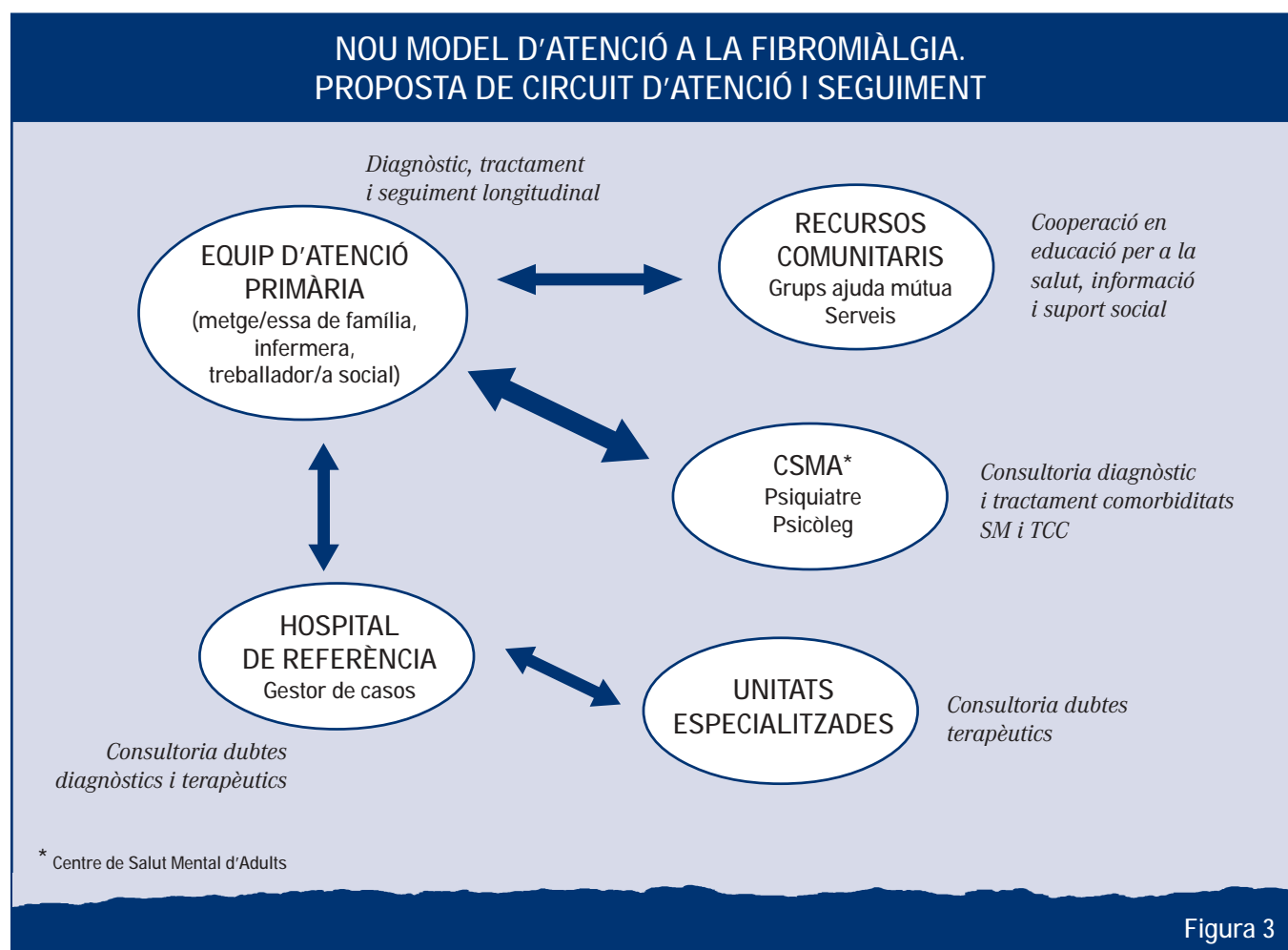
Així, l'assistència primària haurà de responsabilitzar-se del diagnòstic precoç del problema i de posar en marxa

programes educatius per fer possible una perspectiva multidisciplinària, ja des del primer moment, utilitzant els recursos disponibles a la comunitat, des de l'exercici fins al suport psicològic i psiquiàtric. L'hospital de referència de l'àrea de primària haurà d'organitzar-se per donar suport a aquesta activitat en els casos de dubte diagnòstic o de suport a la consulta amb els especialistes de què disposa.

Les unitats d'excel·lència hauran de tenir un paper de

lideratge en l'educació continuada dels professionals implicats, de tractament dels casos més refractaris i estar fortament implicades en tasques de recerca clínica i translacional.

L'aplicació al territori serà progressiva i s'avaluaran els resultats obtinguts a fi de fer-ne una aplicació progressiva i racional en base a la constatació dels seus resultats.



2. Síndrome de fatiga crònica

2.1

Introducció. Què és la síndrome de fatiga crònica?

La síndrome de fatiga crònica (SFC) és una situació clínica de causa poc coneguda i curs persistent en la qual hi predomina la presència d'una intensa i inexplicable fatiga a mínims esforços. La fatiga afecta tant l'esfera física com la mental i no millora amb el descans. Habitualment s'acompanya d'altres símptomes, sent les esferes del dolor, el son i l'estat d'ànim les àrees més freqüentment afectades. Juntament amb la SFC és habitual la presència d'altres malalties associades, en forma de comorbiditat, fet que contribueix a empitjorar la situació clínica dels malalts.

La pluralitat de símptomes amb què es presenta, les oscil·lacions en intensitat i característiques d'aquests i l'absència de marcadors diagnòstics específics fa sovint que es dificulti i endarrerixi el seu diagnòstic. És freqüent la confusió de la SFC amb d'altres malalties, sobretot psiquiàtriques. La coexistència de SFC amb comorbiditat associada comporta una dificultat addicional del seu maneig evolutiu.

La SFC s'ha ubicat dins de les anomenades malalties invisibles o qüestionades, perquè no té un marcador

específic, i no és aparent per l'aspecte físic del malalt. També gaudeix de la qualificació de malaltia emergent, atès que el seu recent diagnòstic fa aparèixer cada vegada més casos. Es tracta d'una malaltia que pot afectar molt la qualitat de vida i les activitats quotidianes de les persones que la pateixen. És una malaltia complexa que necessita un abordatge específic i multidisciplinari a tots els nivells de l'atenció sanitària. Tot plegat ens fa replantejar l'enfoc mèdic que donem als quadres de fatiga persistent i fa necessari buscar el màxim nivell d'evidència en les actuacions sanitàries envers aquesta malaltia.

2.2

Definició

El terme "fatiga" prové del llatí *fatim* que significa amb excés i *ago-ere*, que vol dir fer, obrar. Es refereix a la incapacitat per mantenir activitats de manera continuada, més enllà de la voluntat del subjecte. És un símptoma subjectiu, percebut a nivell cerebral. Pot afectar tant tasques físiques com intel·lectuals (memòria, llenguatge, concentració) i repercuteix en tots els àmbits d'activitat de la persona (laboral, personal, activitats domèstiques, d'oci i, fins i tot en l'activitat sexual). Moltes vegades la fatiga és reactiva a una situació de sobresforç una infecció intercurrent (per exemple, un quadre gripal) o una situació d'estrès ambiental. Quan la fatiga dura menys d'una setmana l'anomenem aguda, quan dura fins a un mes, persistent i si dura més de sis mesos, crònica (**Taula 1**).

DIFERENTS ESTATS DE FATIGA SEGONS LA SEVA DURADA I EL SEU ORIGEN

• SEGONS LA SEVA DURADA:

- Fatiga aguda (durada < 1 setmana)
- Fatiga transitòria (durada < 1 mes)
- Fatiga prolongada (durada > 1 mes)
- Fatiga crònica (durada > 6mesos)

• SEGONS EL SEU ORIGEN:

- Fatiga fisiològica (postesforç)
- Fatiga patològica
 - Associada a malalties orgàniques
 - Associada a malalties mentals
- Fatiga reactiva (associada a un desencadenant específic)
- Fatiga crònica idiopàtica (sense causa reconeixible)
- Síndrome de fatiga crònica (compleix amb uns criteris específics) (veure Taula 2)

Taula 1

La SFC és una situació clínica que cursa amb fatiga de més de 6 mesos de durada i és invalidant enfront a mínims esforços, de tal manera que el subjecte no pot realitzar ni el 50 % de les activitats que prèviament feia. La fatiga sol acompanyar-se d'altres símptomes, com dolor articular i muscular, cefalea, alteracions de l'esfera neurocognitiva, com pèrdua de memòria recent o manca de concentració, alteracions neurovegetatives, com hipotensió ortostàtica, inestabilitat motora, alteracions del ritme i la qualitat del son, febrícula i odinofàgia persistent, fins i tot amb presència episòdica d'adenopaties cervicals. La fatiga no ha de tenir una causa explicable ni s'ha d'associar a malalties que ja de per si cursin amb fatiga (per exemple, una anèmia) i ha d'afectar a totes les esferes de l'activitat. La SFC provoca una marcada discapacitat funcional del malalt, no permetent fer ni el 50 % de l'activitat prèvia. En la SFC el descans no és reparador i un sobreesforç físic o mental mínim produeix una intensa fatigabilitat que tarda més de 24 hores a millorar.

La SFC es diagnostica per l'aplicació de criteris clínics consensuats internacionalment, sent actualment vigents els anomenats "criteris de Fukuda", que es van establir al Center for Disease Control and Prevention (CDC) de malalties d'Atlanta (EUA), el 1998. En aquests criteris es contempla la presència de fatiga amb característiques específiques, persistent (durada de més de 6 mesos), inexplicada, i que no s'acompanyi d'altres malalties orgàniques o psiquiàtriques que ho justifiquin. Ha de presentar també al menys 4 dels 8 símptomes

acompanyants (**Taula 2**). Fins l'actualitat, no disposem de cap marcador analític ni proves d'imatge o complementàries que siguin patognomònics d'aquesta malaltia.

2.3

Record històric

És probable que la SFC hagi existit sempre. De fet, es poden trobar referències a persones amb excessiva fatigabilitat de causa no evident ja en textos tan antics com el Codi d'Hammurabi (segle XII aC). No apareixen més referències mèdiques fins a l'any 1750, en què Sir Richard Manningham a Londres descriu persones amb cansament excessiu no explicable. L'any 1869 George Beard crea el terme "neurastènia" per qualificar aquesta situació. Aquest terme va tenir una gran repercussió mèdica i social, tot i que mai no ha tingut uns criteris diagnòstics específics. El 1930 es produeix una epidèmia de "fatiga neurològica" entre el personal mèdic a l'Hospital Royal Free de Londres. A la primera part del segle XX es parlava d'astènia neurocirculatoria i de labilitat neurovegetativa no explicada. Durant la dècada dels vuitanta diversos brots de persones amb fatiga postinfecciosa als EUA fa plantejar el diagnòstic d'aquesta malaltia. L'any 1988, un comitè del CDC estableix els primers criteris de cas (anomenats criteris de Holmes), modificats posteriorment per Fukuda i col·laboradors el 1994. Aquest criteris són els que actualment es fan servir pel diagnòstic clínic de la

CRITERIS DIAGNÒSTICS DE LA SÍNDROME DE FATIGA CRÒNICA (Fukuda i cols, CDC)

- 1 *Fatiga crònica persistent (6 mesos mínim), o intermitent, inexplicada, que es presenta de nou o amb inici definit i que no és resultat d'esforços recents; no millora clarament amb el descans; ocasiona una reducció considerable dels nivells previs d'activitat quotidiana del pacient.*
- 2 *Exclusió d'altres malalties potencialment causants de fatiga crònica.*

De manera concurrent, han d'estar presents quatre o més signes o símptomes dels que es relacionen, tots ells persistents durant 6 mesos o més i posteriors a la presentació de la fatiga:

1. *Trastorns de concentració o memòria recent*
2. *Odinofàgia*
3. *Adenopaties cervicals o axil·lars doloroses*
4. *Miàlgies*
5. *Poliartràlgies sense signes inflamatoris*
6. *Cefalea d'inici recent o de característiques diferents a l'habitual*
7. *Son no reparador*
8. *Malestar postesforç de durada superior a 24 hores*

malaltia i van ser acceptats per l'OMS l'any 1992, i inclosos a la Classificació Internacional de Malalties-versió 10, amb l'epígraf G93.3. Fa dos anys es va proposar una modificació dels criteris diagnòstics per part d'un grup d'experts canadencs, sense que, de moment, aquesta proposta hagi estat assumida per la comunitat científica.

A Catalunya s'han diagnosticat casos de SFC des del moment d'aparició dels criteris diagnòstics, l'any 1988, però la seva normalització en l'àmbit mèdic i social ha estat lenta i difícil. Tot i que s'ha integrat en els llibres de text de Medicina Interna, en la docència mèdica i s'han fet directrius específiques i programes d'informació i difusió, n'hi ha encara un gran desconeixement, tant mèdic com social. La dificultat de maneig pel sistema sanitari i la seva eclosió informativa i social van fer promoure moviments associacionistes. Una iniciativa del Parlament de Catalunya l'any 2000 va promoure un primer programa d'actuació sanitària en la malaltia, amb la creació d'intervencions a Atenció Primària i la creació d'unitats específiques d'atenció a la SFC. A l'abril de l'any 2006, el Departament de Salut ha endegat el nou model d'atenció a aquesta malaltia, actualment en implantació.

2.4

Epidemiologia. A quantes persones afecta la SFC?

No es disposa d'estudis epidemiològics específics que constatin la prevalença de SFC a la població general de Catalunya ni d'Espanya. Per això, s'han de fer projeccions des d'estudis realitzats en d'altres poblacions. Es calcula que la prevalença de SFC a la població general oscil·la entre el 0,3 i el 0,5%. Això suposa aproximadament una desena part de la prevalença poblacional que té la fibromiàlgia (5%).

En estudis epidemiològics internacionals s'ha objectivat una distribució bastant homogènia d'aquesta malaltia. El treball epidemiològic més exhaustiu es va realitzar a Wichita (Kansas, EUA), objectivant una prevalença entre el 0,07 i el 0,3 % de la població general. En estudis europeus es valora una prevalença més propera al 0,5%. A Austràlia, la prevalença és del 0,37 %. Projectant aquestes dades a la nostra població suposaria una afectació de 35.000 persones a Catalunya i unes 200.000 a Espanya. La SFC es presenta habitualment en persones adultes entre els 20 i 40 anys, amb predomini del sexe femení unes sis vegades més que en el masculí. És possible la presentació de SFC a la infància, tot i que és menys freqüent que a l'edat adulta. A partir de l'adolescència es comença a igualar la prevalença amb la de l'adult. També és destacable l'escassa o gairebé nul·la presentació de nous casos a

partir dels 60 anys. Alguns grups de població tenen més incidència de SFC. És curiosa la major afectació entre el personal sanitari, amb activitats de relació pública o social, o amb elevada mobilitat geogràfica. En alguns nuclis de població amb evidència de contaminació ambiental elevada, la seva prevalença s'incrementa. Aquests fets fan pensar en la possible implicació epidemiològica dels virus i factors tòxics o ambientals en el seu desencadenament. En més de la meitat de casos de SFC es pot constatar la presència d'una malaltia infecciosa aguda que inicia el quadre. S'està treballant per detectar polimorfismes genètics que expliquin la clara agrupació familiar de casos.

2.5

Clínica

A la **Taula 3** es refereixen les principals manifestacions clíniques de la SFC. El quadre clínic és típic i molt semblant d'un malalt a un altre. És molt important prestar atenció a les característiques del símptoma fatiga. Ocasionalment al malalt una impossibilitat per mantenir tasques o activitat al llarg del temps més enllà de la seva voluntat. Aquest fet de fatiga insuperable és crucial i s'ha de valorar tant des de la perspectiva del mateix malalt com de la que poden aportar els acompanyants

PRINCIPALS MANIFESTACIONS CLÍNIQUES DE LA SFC (percentatge de malalts afectats)

<i>Fatiga</i>	100%
<i>Alteració de la concentració</i>	90%
<i>Cefalea</i>	90%
<i>Faringitis</i>	85%
<i>Adenopaties</i>	80%
<i>Dolor muscular</i>	80%
<i>Dolor articular</i>	75%
<i>Febrícula / Distèrmia</i>	70%
<i>Alteració d'estat d'ànim</i>	65%
<i>Insomni</i>	65%
<i>Síndrome seca</i>	60%
<i>Al·lèrgies / Sensibilitat</i>	40%
<i>Inestabilitat motora</i>	20%
<i>Dolor abdominal</i>	20%
<i>Canvis de pes</i>	20%
<i>Parestèsies</i>	15%
<i>Palpitacions</i>	10%
<i>Erupcions cutànies</i>	10%
<i>Dolor toràcic atípic</i>	5%

Taula 3

o familiars. La fatiga no millora amb el repòs i empitjora molt per sobreexforços mínims. Afecta sovint l'esfera neurocognitiva, amb dificultat per concentració i pèrdua característica de memòria de fixació. El malalt es troba dispers i no recorda fets recents i quotidians, té disnòmia i una certa apràxia motora. En la SFC s'afecten totes les esferes de l'activitat, tant la laboral com la domèstica, d'oci i també a l'esfera sexual, amb disminució de la libido i de la resposta sexual.

El segon símptoma en freqüència és el dolor osteomuscular difús. Pot adoptar un patró anomenat miofascial, amb afectació difusa, predominant a extremitats inferiors, com una sensació de tensió muscular. També pot tenir un patró fibromiàlgic, concentrant-se en les àrees de més sobrecàrrega tendinosa, podent-se corroborar per exploració digital dels 18 punts sensibles específics de la fibromiàlgia. La migranya o la cefalàlgia tensional, el dolor temporomandibular i les parestèsies distals també són manifestacions doloroses freqüents en la SFC. Són molt prevalents els trastorns del ritme del son, amb son molt superficial i despertar repetits. D'aquesta manera, el son no és reparador i el malalt té sensació de no haver dormit. La síndrome de les cames neguitoses, el bruxisme i les apnees del son també dificulten el descans nocturn.

Els quadres d'instabilitat motora a la deambulació o a canvis posicionals i la hipotensió ortostàtica tradueixen una disfunció neurovegetativa. Molts malalts amb SFC refereixen odinofàgia persistent, podent-se evidenciar eritema faringi difús i també simptomatologia de sequedat de mucoses bucal, conjuntival i genital. Alguns malalts presenten febrícula episòdica o intermitent o sensació de distèrmia, amb mala adaptació als canvis tèrmics ambientals. També poden presentar adenopaties toves rodaderes a zona submandibular, laterocervical i, menys freqüentment, axil·lar. L'estat d'ànim s'afecta significativament al llarg del curs evolutiu en més del 50 % de malalts amb SFC. Sol adoptar un patró de distímia, amb manifestacions ansioses i depressives reactives i concordants amb les oscil·lacions de la simptomatologia de la SFC. Alguns malalts desenvolupen sensibilitat a alguns aliments, a l'exposició a productes químics volàtils o de contacte, i també sensibilitat ambiental, amb foto o sonosensibilitat, intolerància a radiacions electromagnètiques o a canvis tèrmics.

2.6

Sistemàtica d'estudi diagnòstic

La SFC es diagnostica per l'aplicació de criteris clínics (Fukuda, CDC, 1994), i no existeix cap prova analítica ni d'imatge que sigui específica ni serveixi de marcador diagnòstic. En mans expertes, tant la sensibilitat

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES A LA SÍNDROME DE FATIGA CRÒNICA

EXPLORACIONS BÀSIQUES

A REALITZAR (tots els malalts)

Hemograma i fórmula leucocitària
Velocitat de sedimentació globular
Proteïna C reactiva
Bioquímica bàsica (perfil hepàtic, renal, iònic)
Proteïnograma
Creatincinasa (CK)
Hormona estimulant tiroïdal (TSH)
Anàlisi elemental d'orina
Radiografia de tòrax
Electrocardiograma

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES ADDICIONALS

(a realitzar sols en pacients seleccionats)

Anticossos antinuclears
Anticossos antitissulars
Factor reumatoide
Serologies:
Virus de la immunodeficiència humana
Virus Epstein-Barr
Citomegalovirus
Herpes virus tipus-6
Virus Hepatitis B i C
Borrelia
Brucela
Toxoplasma
Lues
Marcadors tumorals
Estudi de l'eix hipotalamosuprarenal
Estudi electrofisiològic neuromuscular
Prova d'esforç en cinta
Tècniques d'imatge:
Ecografia abdominal
Tomografia computaritzada cranial
Ressonància magnètica cranial
Biòpsies
Múscul esquelètic
Nervi perifèric

Taula 4

com l'especificitat d'aquests criteris diagnòstics de SFC és relativament elevada (> 90 %). Per això, les proves que s'hagin de fer tindran com a única finalitat excloure d'altres malalties semblants amb les quals la SFC es pot confondre. De fet, no cal fer cap estudi costós ni complex. És encara freqüent que el malalt afecte de

SFC es vegi sotmès a excessives proves complementàries fins a arribar al seu diagnòstic. Les guies clíniques de SFC proposen realitzar una analítica bàsica, radiografia de tòrax i un electrocardiograma. Cal fer un examen psicopatològic del malalt per un psiquiatre. En el cas que es consideri oportú per al diagnòstic diferencial, es poden sol·licitar d'altres proves concretes apropiades a cada cas (**Taula 4**). Els qüestionaris de valoració psicològica permeten quantificar el deteriorament de funcions neurocognitives. Amb el càlcul de l'índex de massa corporal (IMC, valors normals de 18 a 28 kg/m²), es pot excloure el factor desnutrició o obesitat. D'altres proves poden servir per valorar la comorbiditat associada a la SFC. Per exemple una prova de taula basculant pot objectivar la freqüent alteració neurovegetativa que acompanya la SFC.

No existeix cap marcador immunològic específic de SFC. S'ha pretès que la RNasa-L, una proteasa de l'interior dels monòcits fos un marcador útil en la SFC, però no se n'ha validat la utilitat. Tampoc les proves biomecàniques serveixen per mesurar el grau de fatiga. Les proves d'esforç en cinta donen una orientació de la resposta funcional a l'exercici i valoren el consum d'oxigen màxim tissular, però la seva aplicació és molt limitada en la SFC i no se n'ha validat la utilitat diagnòstica en aquesta malaltia. Les proves funcionals d'imatge cerebral (tomografia per emissió de positrons –PET– o la ressonància nuclear magnètica funcional), tot i que poden objectivar algunes alteracions a la SFC, tampoc han aportat dades específiques al seu diagnòstic i no s'han d'emprar rutinàriament.

2.7

Diagnòstic diferencial

El símptoma fatiga ha de diferenciar-se de la dispnea on hi ha la sensació clara de dificultat respiratòria, del desànim, manca d'iniciativa o motivació (pròpies de la síndrome depressiva), de la pèrdua de força (pròpia de les malalties musculars), de la miastènia on hi ha un decrement progressiu d'activitat muscular i, fins i tot, de l'astènia en què la sensació de cansament o adinàmia hi és present, però que és superable per part del malalt. La SFC ha de diferenciar-se d'altres malalties que també cursen amb fatiga (**Taula 5**). És necessari realitzar sempre una valoració psiquiàtrica per descartar la presència d'una depressió major, trastorns per ansietat i de personalitat previs, que serien excloents de SFC.

En el cas que existeixi una malaltia específica que ja cursa amb fatiga (per exemple, una esclerosi múltiple), la fatiga es consideraria com de causa secundària a la malaltia principal, sense configurar una autèntica SFC.

MALALTIES AMB LES QUALS S'HA DE DIFERENCIAR LA SÍNDROME DE FATIGA CRÒNICA

• MALALTIES REUMÀTIQUES:

Polimiàlgia reumàtica, Artritis reumatoide, Espondilitis anquilopoiètica i espondiloartropaties, Alteracions estructurals del raquis

• MALALTIES AUTOIMMUNITÀRIES SISTÈMIQUES:

Lupus Eritematós Sistèmic, Síndrome de Sjögren, Vasculitis, Esclerosi sistèmica

• MALALTIES ENDOCRINOLÒGIQUES O METABÒLIQUES:

Hipotiroidisme, Insuficiència hipofisària
Diabetes mellitus, Malaltia d'Addison
Dèficit de factor de creixement
Obesitat o desnutrició important

• INFECCIONS PERSISTENTS:

Virus d'Epstein-barr, Citomegalovirus
Herpesvirus, Hepatitis crònica per virus B i C,
Infecció per Virus d'Inmunodeficiència Humana (VIH), Brucelosi, Tuberculosi,
Borrelia (malaltia de Lyme), Chlamydia

• NEOPLÀSIES:

Linfoma, Neoplàsia de mama, Mieloma
Neoplàsia de Pàncrees, Metàstasis disseminades

• ANEMIA CRÒNICA

• MALALTIES NEUROMUSCULARS:

Esclerosi Múltiple, Miastènia Gravis,
Malalties mitocondrials, Miopaties inflamatòries o distròfiques, SAOS*/
Narcolèpsia, Malalties neurodegeneratives

• INSUFICIÈNCIA RESPIRATÒRIA:

Asma bronquial, MPOC,
Insuficiència Cardíaca

• MALALTIES PSIQUIÀTRIQUES PRIMÀRIES:

Depressió major, Trastorns d'ansietat,
Trastorns de personalitat

• ALCOHOLISME o d'ALTRES TOXICOMANIES

* Síndrome obstructiva de l'Apnea durant el son

Taula 5

Una de les característiques destacables de la SFC és que no apareix de manera aïllada, sinó que freqüentment coincideix temporalment amb d'altres malalties semblants, configurant una associació o coincidència comòrbida amb elles (**Figura 4**). Sens dubte, la fibromiàlgia és la malaltia més freqüentment associada a la SFC, amb una coincidència superior al 70 % de casos als 5 anys del diagnòstic. Aquest fet fa pensar si es tracta de dues malalties diferents o sols dues maneres diferents de manifestar-se la mateixa malaltia. També és molt freqüent (aproximadament un 50 % de casos) la presència d'una síndrome seca de mucoses, semblant a la síndrome de Sjögren, però immunològicament negativa (Ac Ro/La negatius). D'altres malalties que coexisteixen entre un 30-50 % de casos són l'endometriosi i el dolor pelvià crònic en les dones en edat fèrtil, la cistitis irritativa, el colon irritable, la disautonomia, les alteracions de funció tiroïdal (hiper i hipotiroïdisme, tiroïditis autoimmune), de la funció suprarenal (hipocorticisme), la migranya, i la simptomatologia de sensibilitat química i ambiental múltiple. Més de la meitat de malalts amb SFC presenten en el seu curs evolutiu alteracions psicopatològiques, habitualment en forma de distímia o trastorns de personalitat. Aquestes alteracions no s'han d'interpretar

com a causals de la SFC sinó com a conseqüència de la mateixa, ja que la seva incidència i intensitat no és diferent respecte al que succeeix en d'altres malalties cròniques amb repercussió sobre l'estat general i qualitat de vida dels malalts. També és més freqüent en la SFC l'aparició d'infeccions d'esfera respiratòria (faringitis, bronquitis), ORL (otitis, sinusitis) i genitourinària (cistitis, candidiasi vaginal). No s'ha descrit a la SFC infeccions oportunistes pròpies de persones immunodeprimides.

No tots els malalts amb SFC són iguals ni tenen un mateix grau d'afectació. Per això, una de les recomanacions importants és estratificar-los, fent una gradació de la intensitat d'afectació en diferents esferes i valorar la seva repercussió sobre l'estat general del malalt i en la seva qualitat de vida.

Per no disposar d'un marcador específic de SFC, s'ha de gradar la simptomatologia de manera indirecta i global, tenint en compte la seva repercussió funcional sobre les activitats tant laborals com domèstiques i personals del malalt. No hi ha una única prova o test estandarditzat que valori aquest grau d'afectació. Un dels més freqüentment emprats és l'Escala d'Impacte de Fatiga (FIS). També són molt útils els tests de qualitat

SÍNDROMES DE COMORBIDITAT AMB LA FATIGA CRÒNICA

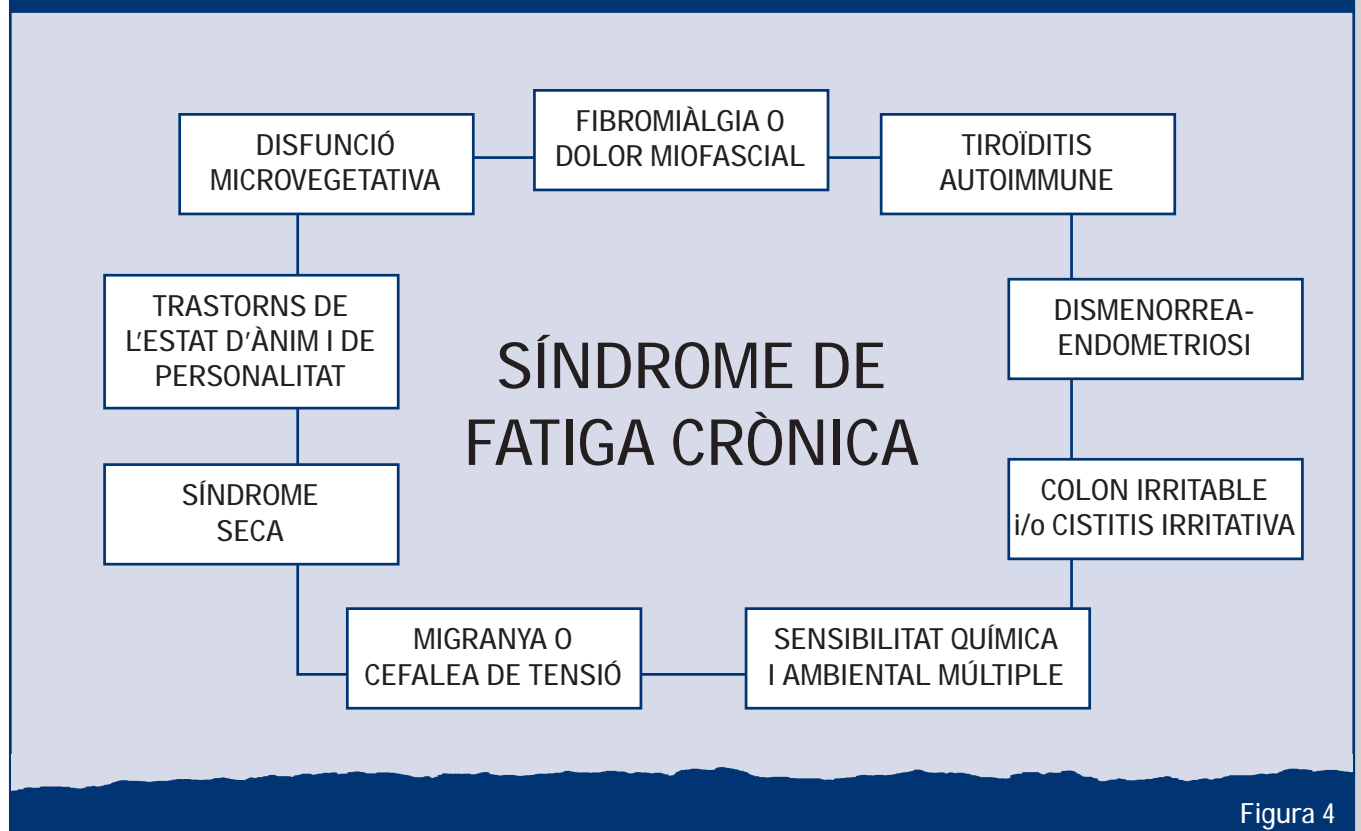


Figura 4

CLASSIFICACIÓ D'AFECTACIÓ FUNCIONAL A LA SÍNDROME DE FATIGA CRÒNICA *

- GRAU I: Fatiga ocasional o oscil·lant, sense limitació significativa (<50 %) en l'activitat laboral i Activitats de Vida Diària (AVD)
- GRAU II: Fatiga persistent, oscil·lant, però sense millora, amb marcada repercussió (>50 %) en l'activitat laboral i també en AVD
- GRAU III: Fatiga important que no permet ni ocasionalment realitzar cap activitat laboral i que limita en més d'un 80% les AVD
- GRAU IV: Fatiga extrema que precisa de l'ajut d'altres persones per a les activitats personals bàsiques i que impossibilita l'autonomia en les AVD

* ADAPTAT DE: Hochberg MC. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arth Rheum* 1992; 35: 498-502

Taula 6

de vida com el SF.36 i els d'activitat de vida quotidiana com el HAQ (*Health Assessment Questionnaire Disability Scale*). Per valorar alguns aspectes concrets de la malaltia com és el trastorn sobre el son es pot emprar l'escala SSS (*Stanford Sleepiness Scale*), pel dolor les escales analògiques visuals (EVA) i l'escala MPG, per alteracions psicopatològiques generals l'escala de Goldberg o el SLC-90 R, per l'angoixa la de STAI (*Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory Test*), per la depressió la de HAM-D (*Hamilton Depression Inventory*) i per trastorns de personalitat la TCI-R (*Temperament and Character Inventory*).

La fatiga es pot valorar de manera orientativa per la capacitat d'esforç (MET; equivalent metabòlic) amb una prova d'esforç ergomètrica en cinta i comparar-la amb el consum d'O₂ que pel mateix exercici té una persona control de mateixa edat i sexe. Aquesta prova sol donar valors entre el 20 i el 50 % del teòric esperable.

Atès que en les diferents escales emprades donen valors diversos, s'ha proposat resumir el conjunt de dades en una escala d'afectació funcional, que va del grau I (afectació lleu) al grau IV (afectació molt greu) segons la progressió en intensitat de la malaltia (**Taula 6**). Junt amb la gradació funcional, s'ha de valorar també en cada malalt la presència de comorbiditat, i d'altres malalties prèvies diferents de la SFC que poden empitjorar la seva simptomatologia i funcionalitat.

2.10

Patogènia

No es coneixen els mecanismes específics que desen-

cadenen o que fan persistir la simptomatologia de fatiga crònica. La majoria de malalts amb SFC presenten un model d'aparició cronològica similar (**Figura 5**), en el qual es pot considerar 1) factors de predisposició, que fan més susceptible la persona afecta, 2) factors desencadenants, que inicien la malaltia i, posteriorment, 3) factors de manteniment, a més de poder afegir-se evolutivament, 4) d'altres malalties en forma de comorbiditat.

Entre els factors de predisposició s'han descrit diferents polimorfismes genètics de neuroreceptors (dopamina) i reguladors de resposta inflamatòria que incrementen la susceptibilitat al desenvolupament de SFC. El gènere femení és molt més procliu que el masculí al desenvolupament de SFC, possiblement perquè l'activitat estrogènica sensibilitza les zones receptores centrals i fa notar més sensació de fatiga o dolor davant una mateixa situació. També existeix una clara agregació familiar en la SFC. Aproximadament la meitat d'antecessors i descendents de malalts amb SFC estan afectes d'un major nombre de malalties reumatològiques i autoimmunitàries semblants. La manca d'exercici físic regular, d'un patró de conducta tipus A amb un alt grau de responsabilitat, autoexigència i immediatesa en la presa de decisions, la presència d'hiperlaxitud lligamentosa i la recurrència d'infeccions s'han descrit també com a factors de predisposició a desenvolupar SFC.

Sobre aquests factors de predisposició incidirien els factors de desencadenament que actuarien com a catalitzadors provocant l'inici simptomàtic de la malaltia. Entre aquests factors, s'evidencien en més de la meitat de casos de SFC les infeccions virals. Els virus més comunament implicats són el virus d'Epstein-Barr, el

FACTORS PREDISPONENTS, PRECIPITANTS I DE MANTENIMENT EN LA SÍNDROME DE FATIGA CRÒNICA

FACTORS PREDISPONENTS:

- Factors genètics
- Gènere femení
- Patró de conducta tipus A
- Absència habitual d'exercici físic
- Recurrència d'infeccions
- Hiperlaxitud lligamentosa



FACTORS PRECIPITANTS

- INFECCIONS:
 - Infeccions virals
 - Citomegalovirus
 - Virus Epstein-Barr
 - Infeccions bacterianes persistents
- TÒXICS:
 - Insecticides
 - organofosforats
 - piretroides
 - Dissolvents
 - Hidrocarburs
 - Monòxid de carboni
- ESTRÈS FÍSIC INTENS
- ESTRÈS PSICOLÒGIC INTENS



FACTORS DE MANTENIMENT

- Edat avançada
- Retard en el diagnòstic
- Major grau d'afectació inicial
- Major nombre de comorbiditats de tipus físic o psicològic

Figura 5

citomegalovirus i l'herpesvirus tipus 6. També alguns bacteris com la *chlamydia* i el *mycoplasma* poden desenvolupar-la. Es tracta de gèrmens capaços de persistir en l'organisme del malalt de manera crònica o fins i tot permanent, arribant a integrar-se al genoma cel·lular de les cèl·lules musculars o del sistema nerviós dels malalts. A aquests gèrmens se'ls ha anomenat "gèrmens defectius", ja que no segueixen un cicle normal d'exposició i eliminació de l'organisme, persisteixen i alteren el funcionament energètic i metabòlic cel·lular a nivell del sistema nerviós central i neuromuscular perifèric. A més, alguns factors tòxics com l'exposició persistent a elevades concentracions d'insecticides, dissolvents o hidrocarburs també poden desencadenar la malaltia. Tanmateix, les situacions d'hipersensibilitat ambiental com la sensibilitat química múltiple o la síndrome de l'edifici malalt poden contribuir al seu desencadenament. Finalment, es reconeixen també factors psicològics com la privació del son i les situacions d'estrès intens (*mobbing*, estrès postraumàtic) que poden afavorir-ne l'inici.

En la base molecular de la SFC es constata l'alteració de neurotransmissors (dopamina, noradrenalina, acetilcolina, serotonina), sobretot en la zona límbica i a l'hipocamp. També es desencadenen alteracions de l'eix hipòfiso-suprarenal i de la resposta inflamatòria, com l'elevació d'interleucines 1 i 6, *Tumoral Necrosis Factor* i disminució d'activitat d'alguns limfòcits T circulants como els *natural killer*.

Una vegada desenvolupada la malaltia, existeixen també factors de manteniment que afavoreixen el pronòstic evolutiu. Els estressors ambientals, l'edat avançada, la manca d'adaptació a la malaltia, la presència de comorbiditat psiquiàtrica i un retard diagnòstic o un major grau d'afectació inicial serien factors de pitjor pronòstic evolutiu.

2.11

Tractament

Actualment no es disposa de cap tipus de tractament curatiu ni que permeti arribar a controlar completament la simptomatologia o que modifiqui significativament el curs natural de la SFC. No obstant això, sí que es pot millorar la intensitat dels símptomes acompanyants a la fatiga i també existeixen estratègies perquè el malalt s'adapti més adequadament i millori la seva qualitat de vida. L'efectivitat global de cadascuna de les estratègies proposades per separat no és gaire alta. Per això, s'ha d'adoptar un plantejament de tractament multidisciplinari, que combini diferents àrees i tipus d'abordatge per aconseguir així més efectivitat. Aquestes estratègies es solen combinar amb la realització de programes multidisciplinaris intensius d'entre 3-6 mesos de durada,

que apliquen tècniques d'educació en la malaltia junt amb exercici físic progressiu, teràpia de suport psicològic i tractament simptomàtic farmacològic. Ha de potenciar-se l'adaptació a la situació de malaltia crònica, i l'autocontrol dels símptomes. Entre els múltiples assajos terapèutics realitzats en els darrers anys en SFC, sols han demostrat un cert grau d'evidència d'efectivitat terapèutica els següents.

1. Exercici físic gradual.

Els malalts amb SFC tendeixen al sedentarisme i a no realitzar cap tipus d'activitat regular. Per tant, tenen risc d'afegir decondicionament i atròfia muscular. El programa d'exercici físic ha de ser progressiu, adaptat a cada malalt, de tipus aeròbic i ha de realitzar-se en pautes curtes que no superin períodes de 10-15 minuts, amb descansos intermitents per evitar sobreesforços que també serien perjudicials. Òptimament, s'hauria de realitzar 30-60 minuts acumulats diaris d'exercici de tipus divers. Els més recomanables són caminar, fer gimnàstica a la piscina (*aquagym*) i Tai-txi o d'altres exercicis suaus. És bo tenir una supervisió de l'exercici per part d'un monitor, atès que els malalts tendeixen a no fer-ne espontàniament o a realitzar-ne en intensitat excessiva. L'exercici en grup també contribueix a millorar la integració social del pacient.

2. Educació en la malaltia.

Cal que el malalt afecte de SFC conegui bé les característiques de la seva malaltia per poder afrontar millor el maneig quotidià dels símptomes. Així mateix, l'entorn familiar i laboral ha de saber també la naturalesa dels símptomes d'aquesta malaltia, fet que contribuirà a entendre millor l'actitud del malalt davant d'aquesta i a poder-lo ajudar.

3. Teràpia cognitivo-conductual.

Consisteix en un tractament de suport psicològic adaptat, orientat a disminuir la discapacitat i els símptomes associats a SFC, millorar el grau d'adaptació a la malaltia i la qualitat de vida. És més útil en fases inicials de la malaltia, en les quals l'adaptació del pacient a la situació de malaltia crònica és essencial. Es recomana que aquestes teràpies les realitzi un psicòleg amb experiència. S'ha vist que aquest tipus de tractament és útil en aproximadament un 70 % de malalts i que redueix entre un 15-25 % la intensitat dels símptomes. Poden realitzar-se de manera individualitzada o en grup durant un període de 3-4 mesos. És bo realitzar periòdicament sessions de manteniment una vegada acabat el programa.

4. Tractament farmacològic.

En la SFC el tractament sols millora de manera simptomàtica i relativa algun dels símptomes acompanyants com el dolor o els símptomes inflamatoris, però no la fatiga. En general, existeix una

mala tolerància als tractaments establerts i és freqüent que el malalt els interrompi per aparició d'epigastràlgia, intranquil·litat o al·lèrgia. També és freqüent que, després d'un temps, perdi un cert efecte per establiment de tolerància farmacològica. Per altra part, no es disposa d'un grau d'evidència gaire alt en aquests tractaments farmacològics de suport i alguns d'ells encara estan sent valorats en la seva utilitat real. Els ansiolítics sols s'han de donar quan existeixi un grau d'ansietat marcat i s'han d'evitar els més sedatius, sobretot si s'administren en horari diürn. Igualment, els fàrmacs antidepressius no s'han d'emprar de manera sistemàtica, sols quan coexisteixi amb la SFC una autèntica depressió. Els antidepressius tricíclics a dosi baixa s'han utilitzat com a potenciadors analgèsics i en el tractament de l'insomni. Els analgèsics de primera línia (paracetamol, salicilats) combinats amb d'altres de segona línia (tramadol) a dosi baixa són útils per al dolor fibromiàlgic quan coexisteix amb la SFC. S'estan avaluant antidepressius amb perfil activador com la reboxetina i la duloxetina. Aquesta darrera sembla que també pot millorar el dolor fibromiàlgic. Els antiinflamatoris a dosis baixes en períodes curts poden ser útils en el tractament dels símptomes inflamatoris que acompanyen la SFC (febrícula, odinofàgia, migranya). No s'ha demostrat la utilitat de tractaments immunomoduladors, plasmafèresis o l'administració d'immunoglobulines. En els malalts amb disfunció corticosuprarenal es pot administrar mineralocorticoides com la fludrocortisona o, alternativament, midodrine. Els relaxants musculars no han demostrat utilitat en aquestes malalties i han d'evitar-se els més potents pel seu efecte sedatiu. Es pot emprar ciclobenzaprina, un relaxant muscular suau. S'ha proposat també que el magnesi afegit als analgèsics i antiinflamatoris tindria un cert efecte miorrelaxant i millora les parestèsies distals i el metabolisme aeròbic muscular. Els antibiòtics i antivirals no aconsegueixen modificar els símptomes, ni tan sols considerant el subgrup de malalts amb un evident desencadenant viral de la malaltia. Els preparats energètics i vitamínics no són útils, tot i que alguns d'ells tenen acció antioxidant i poden potenciar l'efecte analgèsic.

En la fatiga neurocognitiva s'ha demostrat una lleu utilitat de la cianocobalamina administrada en períodes prolongats. Ha d'evitar-se l'ús de mòrfics i cannabioides pel seu potencial efecte addictiu. En ocasions de maneig difícil del dolor, les unitats de tractament del dolor poden aportar un suport útil en casos greus de difícil maneig amb teràpies específiques, com potenciadors del dolor, lidocaïna endovenosa o electroestimulació.

És també important tractar els freqüents problemes del son a la SFC. S'ha de millorar la higiene del son, facilitar l'ambient adequat al descans i potenciar tècniques

de relaxació. L'objectiu és aconseguir dormir al menys 6 hores de la manera més continuada possible. En cas de necessitar hipnòtics, no s'han d'emprar els més sedatius. Es pot administrar zolpidem a dosi baixa (10 mg/dia). Els reguladors del ritme del son com la melatonina poden ser d'utilitat en alguns malalts. En aquests malalts s'ha de valorar la possible presència de síndrome de cames neguitoses i el bruxisme nocturn, que poden dificultar el descans regular. El primer requereix tractament específics com flunitrazepam i el segon, la col·locació d'una fèrula de descàrrega. La síndrome seca ocular s'ha de tractar amb lubricació conjuntival. La sequedat bucal es pot millorar amb saliva artificial o amb estimulants de la salivació com la pilocarpina. També és molt important tractar precoçment les infeccions intercorrents que sovint pateixen, ja que solen descompensar en gran manera la simptomatologia associada a la SFC.

Aquests tractaments farmacològics s'han de personalitzar a les característiques i tolerància de cada malalt i és freqüent haver de fer rotacions entre fàrmacs d'una mateixa família. Finalment, cal considerar que el malalt amb SFC varia molt la seva simptomatologia al llarg del temps i s'han d'emprar els fàrmacs segons la simptomatologia acompanyant que predomini a cada fase o període.

Fins l'actualitat, no s'ha demostrat que cap tècnica de medicina alternativa o complementària (acupuntura, homeopatia, reflexologia, ozonoteràpia, etc.) sigui útil a la SFC. Per tant, la seva utilització, tot i que és freqüent, no s'ha de recomanar fins que no hi hagi evidència d'efectivitat. En alguns casos, fins i tot pot provocar interaccions o interferències amb el tractament convencional i afegeixen un sobrecost addicional.

2.12

Pronòstic

La SFC és una malaltia que tendeix a persistir en el temps en un grau semblant d'afectació amb què debuta, tot i que pot fer oscil·lacions simptomàtiques. No té un curs progressiu, sinó persistent. D'aquesta manera, els malalts que debuten amb un quadre lleu o moderat, (graus I-II) solen persistir en aquesta mateixa situació. Igual succeeix amb els malalts que debuten amb un quadre intens (graus III-IV), en què es manté una afectació intensa. És destacable que no s'ha evidenciat a la SFC més mortalitat ni tampoc més incidència de neoplàsies o complicacions cardiovasculars. Atès que aquesta malaltia no és evident a la tercera edat, se suposa que en va disminuint la intensitat amb el curs del temps. Un altre aspecte que ha de valorar-se de manera evolutiva és l'aparició de comorbiditat (**Figura 4**, vegeu pàg. 16), que no sol estar present a

l'inici, però s'afegeix progressivament en el curs evolutiu. També cal valorar evolutivament l'impacte que la fatiga i el dolor tenen sobre la qualitat de vida i activitats de la vida quotidiana dels malalts. En aquest sentit, el grau d'afectació global dels pacients amb SFC supera en intensitat al d'altres malalties que en aparença semblen més invalidants com l'artritis reumatoide o fins i tot els malalts amb càncer o infecció per VIH. La SFC té una potencial evolució a discapacitat funcional i invalidesa laboral. Fins a un 80 % de malalts amb SFC no poden realitzar l'activitat laboral habitual als 5 anys d'evolució de la SFC. En algunes ocasions, fins i tot poden afectar-se les tasques de vida quotidiana i de cura personal, necessitant l'ajut d'altres persones. En els quadres d'intensitat intermèdia, és important intentar una readaptació de vida quotidiana i laboral que permeti tenir un tipus de treball adequat, i assumible per part del malalt. En malalts amb SFC d'origen tòxic o en casos d'interferència ambiental (síndrome de l'edifici malalt), s'han d'evitar exposicions laborals a agents tòxics o sensibilitzants de manera mantinguda. Ha d'evitar-se realitzar sobreesforços, les situacions d'estrès físic o psicològic i tenir la màxima flexibilitat laboral possible. En cas contrari, les baixes laborals solen ser repetides. S'ha descrit un millor pronòstic evolutiu en malalts que debuten amb graus més lleus de fatiga, que s'adapten millor a la malaltia i que tenen menys comorbiditat psiquiàtrica.

2.13

Circuit assistencial a la SFC

El metge de capçalera, per la seva proximitat al malalt, és la figura cabdal en la detecció precoç dels quadres de SFC i en el seguiment habitual del malalt (**Figura 6**). Una situació de fatiga persistent inexplicada de més de 6 mesos que fa disminuir en més del 50 % les activitats de vida quotidiana ha de fer sospitar un SFC. A continuació, és important realitzar un diagnòstic correcte, aplicant adequadament els criteris validats de definició de cas. Si hi ha dubte, s'ha de remetre el pacient a un segon nivell d'atenció especialitzada de zona (Medicina Interna. Reumatologia) o a una unitat de referència de SFC. Una segona opinió proporciona més seguretat diagnòstica. S'ha de graduar l'afectació i valorar la presència de comorbiditat. A partir del diagnòstic, ha d'iniciar-se un procés d'informació al pacient i al seu entorn per millorar l'adaptació a la simptomatologia crònica. A continuació, s'ha d'iniciar un tractament multidisciplinari individualitzat i adaptat a les característiques de cada pacient i a la seva fase evolutiva, que compregui suport psicològic de tipus cognitiu-conductual, exercici físic progressiu adaptat i supervisat i tractament farmacològic dels símptomes més prevalents. S'aconsella fer controls periòdics

PAPER DEL METGE DE CAPÇALERA EN L'ATENCIÓ ALS MALALTS AMB SÍNDROME DE FATIGA CRÒNICA

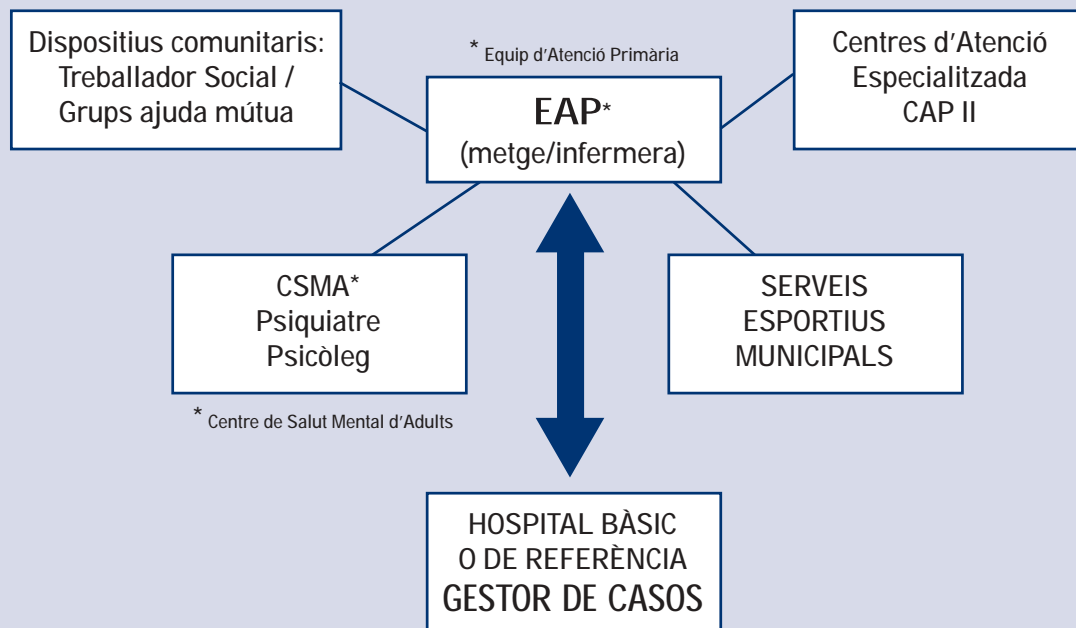


Figura 6

d'aquests malalts per valorar canvi en el perfil evolutiu dels símptomes o l'aparició de nous. És freqüent haver de fer canvis terapèutics per mala tolerància o falta de resposta al tractament.

Des d'abril de 2006 s'ha endegat per part del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya un nou model d'atenció als malalts amb SFC que centra la seva atenció sanitària en l'Equip d'Atenció Primària, el suport amb els centres de salut mental d'àrea per al tractament psicològic i amb instal·lacions locals o municipals per a l'exercici físic supervisat (**Figura 7**). Un segon nivell als hospitals bàsics de zona i centres d'atenció especialitzada (CAP II) permetria complementar l'orientació diagnòstica i el tractament específic. En els casos de més difícil maneig, es proposa remetre el malalt a unitats de referència de SFC. Aquestes unitats han d'interrelacionar-se amb els dos altres nivells per facilitar les pautes de control i seguiment i han de supervisar els protocols d'atenció i recerca en aquesta malaltia.

La formació continuada de l'equip mèdic i assistencial, tant a Atenció Primària com especialitzada, ha de servir per millorar el diagnòstic i procés d'atenció continuada. L'Institut d'Estudis de la Salut ha iniciat programes que introdueixen la SFC a atenció primària.

2.14

Perspectives futures en SFC

En una visió àmplia de la problemàtica de la SFC, s'ha de considerar que no estem davant una malaltia d'aparició recent, sinó que ha existit sempre, tot i que amb d'altres noms i amb altres interpretacions fisiopatològiques. Actualment, sols s'ha donat un primer pas cap a un correcte diagnòstic mitjançant l'aplicació de criteris uniformes i validats que permeten un reconeixement específic de la malaltia i la seva diferenciació de processos psiquiàtrics primaris. Ara s'obre el gran repte de cercar la seva etiologia, etiopatogènia i, sobretot, tractaments efectius. És possible que tractaments amb potencial immunomodulador, antiinflamatori, antiviral o neuroreguladors puguin ajudar a millorar la simptomatologia d'aquests malalts en un futur pròxim. Fins llavors, s'ha d'emprar una aproximació multidisciplinària, amb col·laboració estreta entre pacients, famílies i els professionals mèdics per facilitar el maneig simptomàtic d'aquesta molesta i invalidant malaltia. Cal tenir sempre una mentalitat oberta i col·laboradora per entendre la dificultat del seu maneig. En aquest sentit, és rellevant el treball que realitzen les associacions de malalts per ajudar al millor

CIRCUITS ASSISTENCIALS BÀSICS PER A L'ATENCIÓ A LES PERSONES AMB SFC

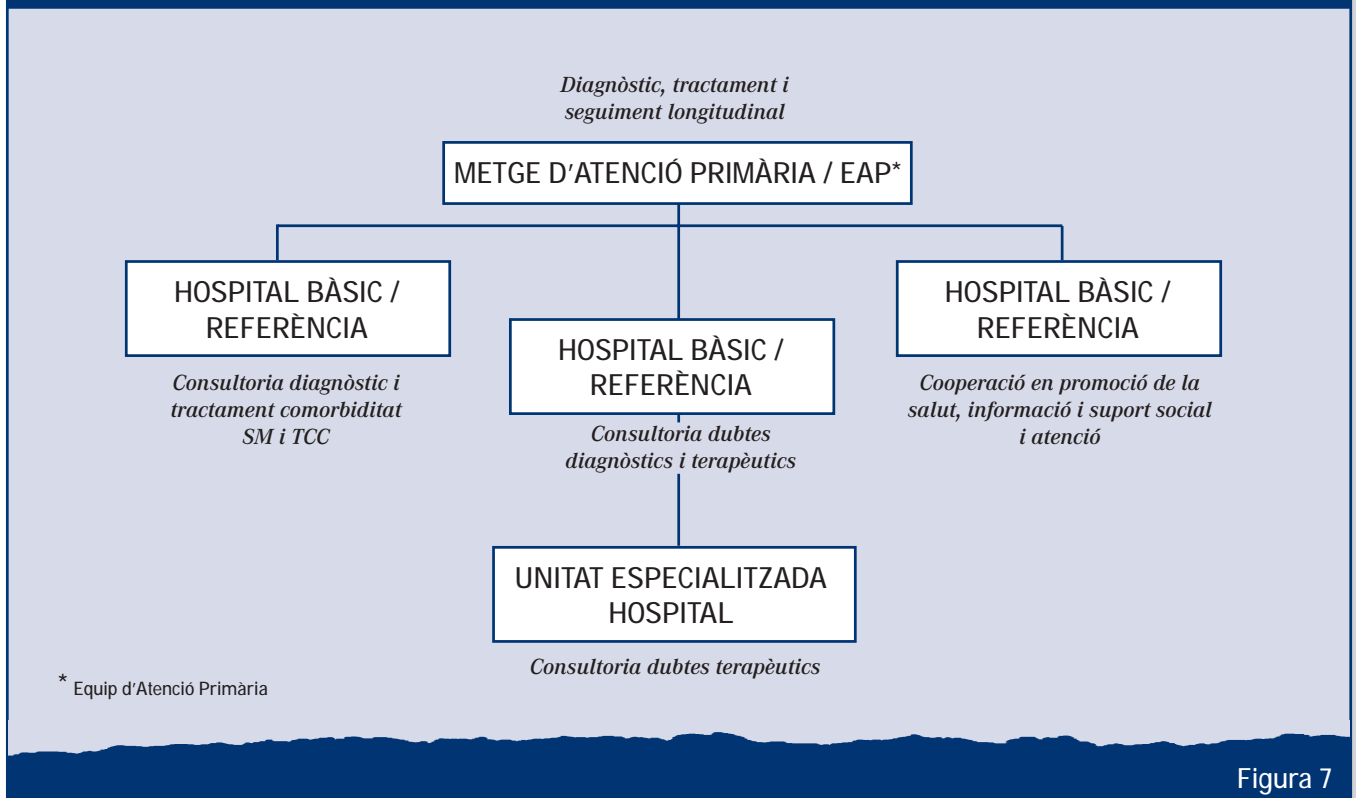


Figura 7

coneixement, difusió i reconeixement de la SFC. Es pretén així aconseguir, entre tots, una millor adaptació personal, més integració familiar i social d'aquests malalts i, en darrer terme, més qualitat de vida, tot i no poder curar la malaltia.

S'ha d'incloure també la SFC a la formació mèdica de pregrau i postgrau. Finalment, cal potenciar la recerca clínica i bàsica en aquest camp per poder sortir de la limitació terapèutica i del pronòstic actual d'aquesta malaltia.

3. Valoració medicolegal. Recomanacions per prevenir riscos

La Fibromiàlgia i la Fatiga Crònica constitueixen en el moment actual dues síndromes individualitzades. En aquesta valoració es considerarà que la fatiga pot ser un símptoma més de la FM, en qualsevol cas, l'alta prevalença de la FM fa que les recomanacions es centrin en aquesta patologia.

El diagnòstic de FM comporta en l'actualitat una sèrie de repercussions en l'àmbit laboral, ja que segons dades publicades en el conegut tractat de Medicina Interna de Harrison, del 10 al 25 % d'aquests pacients no poden treballar de forma absoluta, i d'altres necessiten algun tipus de modificació en el seu lloc de treball.

Abans d'entrar en matèria, cal fer unes consideracions, jurídiques i administratives, de tipus general: el treballador afecte de qualsevulla malaltia presumiblement incapacitant, un cop finalitzat el període d'incapacitat temporal (IT), pot presentar sol·licitud fonamentada d'incapacitat permanent per pròpia iniciativa, Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM), mútues patronals, etc., segons cada cas.

La reclamació via administrativa es presenta davant de les Direccions Provincials del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Un cop exhaurida aquesta via, per resolució o silenci administratiu, pot iniciar-se la via judicial presentant la demanda davant els Jutjats Socials, atenent a l'article 80 de la Llei de procediment laboral.

Dins el sistema de la Seguretat Social, la seva acció protectora en situacions d'incapacitat (invalidesa diu

la LGSS -art. 38.1 b-), ho és en una doble modalitat: contributiva i no contributiva.

La modalitat contributiva es caracteritza com a situació del treballador que després d'haver estat sotmès al tractament prescrit i obtinguda l'alta mèdica presenta reduccions anatòmiques o funcionals greus, que poden ser determinades objectivament i són previsiblement definides, i disminueixen o bé anul·len la seva capacitat laboral (art. 1346.1 de la LGSS -RDL 1/1994, de 20 de juny-).

La modalitat no contributiva es caracteritza perquè en podran ser constitutives les deficiències previsiblement permanents de caràcter físic o psíquic, congènites o no, que anul·lin o modifiquin la capacitat física, psíquica o sensorial del subjecte que les pateix (art. 136.2 de la LGSS).

La diferència està bàsicament en el fet de la no-exigència en el segon cas d'un període mínim de cotització, és a dir, que no és necessari que el subjecte hagi estat afiliat a algun dels règims de Seguretat Social i cotitzant. Per això, entre d'altres motius, la segona situació obvia referir-se a la situació com a provocadora d'una disminució o anul·lació de la capacitat laboral ja que pot ser un subjecte que no hagi treballat.

La incapacitat permanent, sigui quina sigui la seva causa, però en la modalitat contributiva, es pot classificar en els següents graus: incapacitat permanent parcial per a la professió habitual, incapacitat permanent total per a la professió habitual, incapacitat permanent absoluta i gran invalidesa. S'entén com a professió habitual en el cas de malaltia comuna (així es consideraria la FM) aquella a la qual el treballador dedicava la seva activitat fonamental, la que desenvolupava normalment el subjecte en el període de temps anterior a l'inici de la incapacitat.

Malgrat el que s'ha dit anteriorment, en els casos en què concursin seqüeles definitives, no caldrà l'alta mèdica per a la valoració de la invalidesa permanent.

És clar que, quan hi ha un dèficit de funció en una malaltia, física i/o psíquica, correctament diagnosticada i permanent, es pot valorar una invalidesa. Ara bé, una malaltia que cursi amb dolor intens, crònic i freqüent, com és el cas de la FM també pot impedir la realització d'un treball determinat.

Partint d'aquells casos en què el diagnòstic de FM s'ha fet amb rigor, ens trobem que provoca una discapacitat variable. Així, tenim des del pacient que pot tenir una vida familiar, laboral i social quasi normalitzada, amb les IT corresponents en els períodes de reagudització, fins a aquells altres que necessiten ajuda de terceres persones en la vida diària.

S'ha dit amb anterioritat que no existeix una estratificació en graus de gravetat universalment acceptada, i que l'eina més utilitzada per representar l'afectació de la malaltia sobre la qualitat de vida dels pacients és l'escala de FIQ, sense gradació de gravetat.

També s'ha dit que la coexistència d'ansietat i depressió moderada/greu, les baixes repetides i el tractament amb analgèsics, opiacis, infiltracions nervioses i estada en Clíniques del Dolor, ens poden orientar sobre la gravetat del quadre clínic.

En el cas d'un pacient afectat de FM, esgotada la via administrativa, i que decideix presentar una demanda davant dels jutjats socials, és habitual que, de forma prèvia, els serveis mèdics de valoració d'incapacitats a través de l'Institut Català de la Salut (ICS), a través de l'ICAM, no qüestionin en cap moment aquest diagnòstic realitzat pel metge de capçalera, reumatòleg, i per unitats especialitzades en FM. En tot cas, el que sí que es pot qüestionar és el tipus de limitació funcional que presenta el pacient.

Aquests casos són de difícil valoració medicolegal, ja que, al marge d'un diagnòstic correcte, tenim una gran variabilitat. En alguns pacients els símptomes apareixen i desapareixen a intervals, i altres presenten dolor i fatiga contínua independentment del tractament. Com a dificultat afegida, tenim que els graus de gravetat no es poden mesurar seguint un protocol universalment acceptat, tal com s'ha dit amb anterioritat.

A més a més, des del punt de vista terapèutic, cada vegada està més clar que és convenient que el pacient no quedi enllitat a casa seva. Molts pacients es troben millor realitzant exercicis aeròbics de forma regular. Cal que s'iniciï de forma progressiva i continuada la pràctica d'exercici, en forma de caminades diàries, exercicis aquàtics, i exercici de baix impacte. També són importants els estiraments regulars. Amb el temps es poden fer de 20 a 30 minuts d'exercici tres o quatre cops per setmana, i sempre tenint en consideració que l'exercici prematur o incorrecte pot augmentar el dolor.

Per aquest motiu, sembla que no seria favorable des d'un punt de vista terapèutic invalidar de forma permanent a tots aquests pacients amb FM, ja que el seu tractament va encaminat a obtenir una immersió en l'àmbit familiar, social i laboral. En el tractament s'inclou l'educació sobre aquesta condició i la informació al malalt que la FM no és incapacitant, deformant o degenerativa, no és fatal, ni tampoc és una malaltia psiquiàtrica, si bé és habitual que vagi associada a algun trastorn psiquiàtric.

La teràpia cognitiva-conductual comprèn una varietat d'intervencions terapèutiques (reforçaments de patrons

saludables de conducta, entrenament per conduir situacions estressants, reestructuració de conductes i creences negatives, etc.) dirigides a evitar un aïllament i intentar la normalització integral.

És convenient que el metge intenti trencar la relació que s'ha establert entre el diagnòstic de FM i la declaració d'incapacitat laboral, ja que es poden generar expectatives de guanys econòmics que en moltes ocasions no es compleixen, contribuint a la sensació d'incomprensió que molts pacients tenen.

3.1

Consideracions medicolegals

- 1 El diagnòstic de FM és fonamentalment clínic, per exclusió d'altres malalties, malgrat que pot presentar-se amb altres patologies, i ha de realitzar-se amb rigor. És difícil valorar les percepcions del pacient sobre la seva pròpia incapacitat en l'àmbit familiar, laboral i social. Si bé és un diagnòstic d'exclusió, també hi ha casos en què va associat a altres patologies com artrosi, hipotiroidisme, algunes malalties autoimmunes, i trastorns psiquiàtrics. Al mateix temps pot coexistir colon irritable, trastorns temporomandibulars i hipersensibilitat química múltiple.
- 2 Aquesta malaltia provoca una discapacitat variable, i per aquest motiu cal fer una valoració del grau de gravetat del quadre clínic, malgrat no existir una estratificació en graus de gravetat universalment acceptada, per poder determinar quins són els pacients que no poden conciliar vida personal i laboral, als efectes de la pràctica diària.
- 3 Com a criteris objectius de gravetat en la FM tenim l'associació a una depressió moderada/greu, associació a altres patologies, haver esgotat les possibilitats terapèutiques pel dolor (tractament amb opiacis, tractament en clíniques del dolor, infiltracions radiculars analgèsiques, etc.), pacients en control i tractament en Unitats Hospitalàries Especialitzades. Per finalitzar, valorarem les situacions d'IT de llarga durada, o múltiples IT en el transcurs de dos anys o més, en el cas de malalts amb un treball satisfactori, reconegut socialment i que es correspon amb les expectatives de futur i formació rebuda en la seva vida.
- 4 En el supòsit que es compleixin els criteris objectius de gravetat del punt anterior, als efectes laborals podrem considerar que hi ha una limitació funcional per la sobrecàrrega a grans esforços, així com per la deambulació i bipedestació

perllongada. Comunicarem la conveniència d'una nova revisió en un termini de dos anys, per poder determinar si s'ha produït una millora o un empitjorament de la simptomatologia.

- 5 En els casos en què no es compleixin els criteris de gravetat anteriorment esmentats, recomanarem esgotar totes les possibilitats terapèutiques pal·liatives del dolor, de la depressió, dels problemes puntuals que requereixen ser tractats de forma individualitzada; les teràpies cognitives-conductuals i l'exercici físic. La situació laboral del pacient serà d'IT, en els períodes de brot de la malaltia i/o tractament intensiu, combinat amb reincorporació laboral i social quan sigui possible seguir una vida normal.
- 6 En última instància, un cop esgotada la via administrativa, correspon a la Jurisdicció Social, determinar si el pacient presenta o no una incapacitat laboral permanent i, en cas afirmatiu, determinarà si és total, total qualificada o absoluta. Es basarà en la documentació mèdica aportada per la part demandant i per la part demandada, i si el jutge ho considera necessari demanarà la intervenció de l'Institut de Medicina Legal, Servei de Clínica medicoforense per l'avaluació del cas. En la demanda constarà la professió habitual del pacient, les principals tasques que realitza, i si és possible és important que consti de forma detallada en què consisteixen.

3.2

Recomanacions per prevenir riscos

La FM és un trastorn extremament complex que comprèn aspectes multifactorials del funcionalisme fisiològic i psicològic. Les més recents investigacions en aquest camp suggereixen que la FM pot estar relacionada amb la resposta a l'estrès, i en concret més en relació amb els estressors personals que en una hiperactivitat generalitzada.

S'ha suggerit que la FM pot estar relacionada amb una hipofunció dels sistemes que actuen en situacions d'estrès, de forma especial a nivell del sistema nerviós autònom i de l'eix hipotalàmic-pituitari-adrenal. Els estudis realitzats han demostrat que els pacients amb FM mostren un baix nivell de resposta simpaticoadrenal a l'estrès.

A més a més, alguns factors relacionats amb l'estrès poden contribuir a una perpetuació dels símptomes i del malestar en la FM, com és el cas de l'ansietat, depressió, irritabilitat, preocupacions, pensament

catastròfic, son no reparador, etc. Per finalitzar, igual que en altres patologies, les disputes medicolegals també poden afavorir el curs crònic de la malaltia.

Finalment, direm que sembla que l'acumulació de situacions estressants físiques i/o psíquiques són les que precipiten la malaltia (un excés d'activitat física, problemes de son, conflictes familiars, un treball poc satisfactori). I si hi afegim l'esmentat en el paràgraf anterior de les situacions estressants que la cronifiquen, juntament amb el fet que és obvi que hi ha professions més estressants que altres i, al mateix temps, que hi ha grups socials

més vulnerables, tot això, en conjunt, deriva en les dades obtingudes l'any 1999, de la Fundació Europea per a la Millora de les Condicions de Vida i Treball, que el 28 % dels treballadors europeus pateix estrès.

Per concloure, podem considerar que per evitar situacions de risc en pacients afectes de FM caldria actuar sobre l'estrès, de forma preventiva i/o terapèutica. Ara bé, el principal problema rau més en la forma com cada individu afronta l'estrès, d'acord amb la seva personalitat i altres factors ambientals, i menys en el factor estressant pròpiament dit.

4. Bibliografia

1. **Alegre de Miquel C, Alejandra C, Betina M, Rivera J.** Systematic review of pharmacological treatment in fibromyalgia. *Med Clin.* 2005; 125 (20). 784-7.
2. **Alijotas J, Alegre J, Fernández-Solà J, Cots JM, Panisello J, Peri JM, Pujol R.** Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fatiga crónica en Catalunya. *Med Clin (Bar)* 2002; 118: 73-6.
3. **Benavides FG, Murillo C, Palomero C.** La incapacitat laboral per contingències comunes a Catalunya. Barcelona: CTESC, 2003.
4. **Boudewijn Van Houdenhove, Ulrich T. Egle.** Fibromyalgia: A Stress Disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics* 2004; 73(5): 267-72.
5. **Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon and EPISER Study Group.** The Burden of musculoskeletal diseases of Spain. Results of a National Survey. *Ann Rheum Dis* 2001; 60(11): 1040-5.
6. **Estrada MD.** Síndrome de Fatiga Crónica. Informe Técnico. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril 2001. IN01/2001. <http://www/aatm.es>.
7. **Farreras R.** *Medicina Interna*. 15a. ed. Elsevier, 2004.
8. **Fernández-Solà J.** Sobrevivir al cansancio. Una aproximación al Síndrome de Fatiga Crónica. 1a. i 2a. ed. Barcelona: Viena. Colección Oxigen, 2003.
9. **Fernández-Solà J, Núñez M, Núñez E, del Val García JL, Gómez E, Godas T, Fernández-Huerta JM.** Evaluación de parámetros de calidad de vida y repercusión funcional en pacientes con síndrome de fatiga crónica. *Patología del Aparato Locomotor* 2006; 4: 29-38.
10. **Fukuda K, Strauss SE, Hickie I, Sharp CM, Dobbins JG, Komaroff A.** The chronic fatigue

syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953-9.

11. **Gamero E, Gabriel R, Carbonell J, Tornero J, Sanchez I.** Pain in Spanish Rheumatology outpatients offices: EPIDOR epidemiological study. *Rev Clin Esp.* 2005; 205(4): 157-63.
12. **Gil F.** *Tratado de Medicina del Trabajo*. Barcelona: Masson, 2005.
13. **Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L.** Management of Fibromyalgia Syndrome. *JAMA*, November 17, 2004; 292.
14. **González M, Tornero J, Carbonell J, Gabriel R, Sánchez I.** Calidad de vida y depresión en el estudio EPIDOR. *Rev Esp Reumatol.* 2205; 3282: 52-9.
15. **Harrison.** *Principios de Medicina Interna*. 16a. ed. Mc Graw-Hill-Interamericana, 2006.
16. **Hitings P, Bagnall AM, J Sowden AJ, Cornell JE, Mulrow CD, Ramírez G.** Interventions for treatment and management of chronic fatigue syndrome. A systematic review. *JAMA* 2001; 286: 1360-8.
17. **Martí G, Puig L, Gómez J, Jiménez AJ.** Aspectos médico-legales de las incapacidades laborales. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (17): 671-5.
18. **Montoya P, Pauli P, Bartra A, Wiedeman G.** Altered processing of pain-related information in patients with fibromyalgia. *Eur J Pain* 2005; 9(3): 293-303.
19. **Nou model d'atenció a la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crónica.** Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Institut d'Estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya. 1a. ed. Barcelona, Abril 2006.
20. **Offenbaecher M, Bondy B, de Jonge S, Glatzeder K, Kruger M, Schoeps P, Ackenheil M.** Possible association of fibromyalgia with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Arthritis Reum* 1999. Nov 42(11). 2482-8.
21. **Okifuji A, Turk D.** Stress and psychophysiological Dysregulation in Patients with Fibromyalgia Syndrome.

Applied Psychophysiology and Biofeedback 2002; 27 (2): 129-37.

22. Prins JB, Bleijenberg G, Bazelmans E, Elving LD, de Boo TM, Severens JL et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue: a multicentre randomised controlled trial: Lancet 2001; 357: 841-7.

23. Prins JB, van der Meer JWM, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. Lancet 2006; 367: 346-55.

24. Rodés J, Guardia J. Medicina Interna. 2a. ed. Barcelona: Masson, 2004.

25. Sharpe M, Wilks D. ABC of psychological medicine: Fatigue. BMJ 2002; 325: 480-3.

26. Staud R. Biology and therapy of fibromyalgia: pain in fibromyalgia syndrome. Arthritis Research & Therapy 2006, 8: 208.

5. Webs d'interès

1. Centre de diagnòstic i tractament de malalties d'Atlanta (C.D.C, EUA). Pàgina d'Informació sobre síndrome de fatiga crònica.

<http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/cfs/>

2. Fundació d'afectats de fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica.

<http://www.fibromialgia.org>

3. Fundació per a la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica.

<http://www.fundacionfatiga.org>

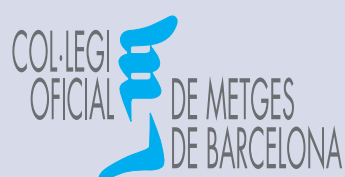
4. Revisión Cochrane. L'exercici en la Síndrome de Fatiga Crònica.

www.cochrane.org/reviews/es/ab003200.html

Números publicats



Quaderns de la Bona Praxi



CENTRE D'ESTUDIS COL·LEGIALS

Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.

<http://cec.comb.es>

Amb la col·laboració de:

