

LA FIBROMIALGIA EN LA JURISPRUDENCIA ESPAÑOLA. HERRAMIENTA FM- CHECK DE VALORACIÓN

M^a TEÓFILA VICENTE HERRERO¹, LUISA CAPDEVILA GARCÍA², M^a VICTORIA RAMÍREZ IÑIGUEZ DE LA TORRE³,
SANTIAGO DELGADO BUENO⁴, FERNANDO BANDRÉS MOYÁ⁵.

Recibido para publicación: 26-07-2017 - Versión corregida: 06-10-2017 - Aprobado para publicación: 30-10-2017

Resumen

La fibromialgia se define como un estado doloroso generalizado que no afecta a las articulaciones, sino a zonas musculares y raquis con una exagerada sensibilidad a la presión en unos puntos determinados, así lo recoge la Organización Mundial de la Salud desde 1992, incluyéndola en el CIE-10 con el código M79.0.

Especialmente compleja es la valoración de sus limitaciones desde el punto de vista clínico, social, laboral o pericial. Esta complejidad trasciende al ámbito médico-legal y se refleja en las cuantiosas sentencias recogidas (más de 30.000), de las que el 96% se corresponden con el área de lo Social y en los conceptos de Limitación e Incapacidad laboral.

La herramienta FM-Check puede servir de apoyo para una valoración homogénea, integral y objetiva, evitando inequidades. Puede complementarse con otras en función del destino de la valoración y calificación al que se encamine al paciente/trabajador afectado.

Palabras clave: fibromialgia, limitación de la movilidad, escala de valoración.

Vicente-Herrero M^aT, Capdevila-García L, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre M^aV, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F. La Fibromialgia en la jurisprudencia Española. Herramienta FM-Check de Valoración. Arch Med (Manizales) 2017. 17(2):391-01.

DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.17.2.2041.2017>

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 17 N° 2, Julio-Diciembre 2017, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Vicente Herrero M^a.T.; Capdevila García L.; Ramírez Iñiguez de la Torre M^a.V.; Delgado Bueno S.; Bandrés Moyá F.

- 1 Médico del Trabajo. Servicio de Prevención Grupo Correos. Valencia (España). Plaza del Ayuntamiento nº 24 46002 Valencia. Autor de contacto, Correo: mtvh@ono.com grupo.gimt@gmail.com.
- 2 Médico del Trabajo. Servicio de Prevención Mancomunado MAPFRE. Valencia (España). Correo: lucapdevila@gmail.com
- 3 Médico del Trabajo. Servicio de Prevención Grupo Correos. Albacete (España). Correo: vivirrami@gmail.com
- 4 Médico Forense. Instituto Médico-Legal Abascal. Madrid (España). Correo: sdelgado@telefonica.net
- 5 Profesor Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid (España). Correo: bandres.f@gmail.com

Fibromyalgia in de Spanish case-law. FM-Check Assessment Tool

Summary

Fibromyalgia was defined in 1992 by the World Health Organization as a general painful state that does not affect the joints, but muscle areas and rachis with an exaggerated sensitivity to pressure at specific points and was included in the ICD-10 with M79.0 code.

Especially complex is the valuation of its limitations both in terms of clinical, social, occupational, or expert view. This complexity transcends the forensic field and is reflected in the substantial sentences collected (over 30,000), of which 96% correspond to the area of the Social and concepts of limitation and disability.

The FM-Check tool can support for seamless, comprehensive and objective assessment, avoiding inequities. It can be complemented with other depending on the destination of the assessment and qualification to which the patient / affected worker is heading.

Key Words: *fibromyalgia, mobility limitation, rating scale.*

Introducción

La fibromialgia (FM) se define como un complejo síndrome tipificado por un cuadro de dolor músculo-esquelético difuso, de carácter crónico, origen no articular, que se localiza en diversas áreas anatómicas y que se ve mediatizado por factores medioambientales, por la actividad física, el estrés o alteraciones del ciclo del sueño. El dolor se acompaña de sueño no reparador, sensación de cansancio, rigidez especialmente por las mañanas y de alteraciones anímicas y cognitivas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1992 la definió como *un estado doloroso generalizado que no afecta a las articulaciones, sino a zonas musculares y raquis con una exagerada sensibilidad a la presión en unos puntos determinados* y la incluyó en el CIE-10 con el código M79.0 (específicamente M79.7) [1]

Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años hacen especial referencia a una base anatomofisiológica en esta enfermedad que implicaría una alteración en el procesa-

miento del dolor en varios niveles del sistema nervioso. De esta forma es considerada una enfermedad neurobiológica, con influencia en su aparición y evolución de factores genéticos y endocrinos, trastornos del sueño y con repercusión negativa en su curso del estrés psicosocial y los traumatismos. Ha dejado de considerarse una enfermedad periférica músculo-esquelética, para pasar a ser un cuadro de base neurobiológica, en la que la sensibilización central del dolor explicaría la mayoría de los síntomas sistémicos [2].

Su importancia epidemiológica queda patente en los datos manejados: en España afecta aproximadamente al 0,5-5% de la población [3], siendo estas cifras similares a las de otros países [4]. Implica importante repercusión entre los afectados en todas las facetas de su vida, por lo que se ha de tomar en consideración a la persona de forma global y en todos sus ámbitos de desarrollo [5].

Uno de los puntos más debatidos ha sido el relativo a los criterios clínicos utilizados para el

diagnóstico. En 1990, el American College of Rheumatology (ACR) publicó los primeros criterios de clasificación, que supusieron el punto de partida, basados en la presencia de puntos dolorosos en zonas corporales concretas, que requerían la evaluación por especialistas. Para el diagnóstico de FM y en su valoración se tomaba en consideración la presencia de dolor crónico (más de 3 meses de duración) y generalizado (en al menos 3 de los 4 cuadrantes corporales), con positividad (dolor a la presión) en 11 o más de 18 puntos dolorosos específicos. Sin embargo, estos criterios no incluían otros síntomas de gran repercusión como: fatiga, sueño no reparador, trastornos cognitivos, etc.

En el momento actual, el recuento de puntos dolorosos, utilizado durante muchos años como principal referencia clínica, ha sido relegado por otros procedimientos diagnósticos, aunque siguen siendo subjetivos y basados en la sintomatología referida por los pacientes.

Los nuevos criterios de 2010 propuestos para el diagnóstico de FM se apoyan en los resultados de dos cuestionarios completados por los pacientes: Índice de dolor generalizado (Widespread Pain Index [WPI]) y Escala de gravedad de síntomas (Symptom Severity Score [SS-Score]) [6]. La literatura actual coincide en afirmar que este nuevo método permite diagnosticar correctamente el 88,1% de los casos diagnosticados por los criterios del ACR 1990. Aunque la información aportada es subjetiva, no requiere del examen físico y no necesita un entrenamiento especializado del observador, por lo que se adapta muy bien al ámbito del médico de atención primaria y del médico evaluador. Sin embargo, se ha de tener en cuenta que con su uso se pueden omitir hallazgos del examen clínico que pudieran orientar a diagnósticos alternativos [7]. La actual versión española, con los mismos puntos de corte que los de la versión original, constituye una herramienta válida para el diagnóstico de FM (se recomienda combinar la m- 1990c y la

2010c para obtener mejores resultados) [8] y ha mostrado ser útil para establecer el diagnóstico de FM en pacientes con dolor crónico [9].

Por otro lado, no todos los pacientes con FM se presentan y evolucionan de la misma manera, por lo que se recomienda clasificar la FM en grupos, según predomine la asociación a depresión o que se acompañe de un trastorno funcional somatomorfo o que no se observen alteraciones psicopatológicas.

Sin embargo, y a pesar de los avances comentados, aún hoy en día no se cuenta con una prueba clínica objetiva que permita confirmar de forma fehaciente un diagnóstico de FM o de valorar la respuesta que se obtiene con los tratamientos. Esto es frecuente también en otras enfermedades como el síndrome de intestino irritable, la migraña y la depresión.

La aplicación de estos nuevos criterios para el diagnóstico de FM deberá ser valorada en el futuro por estudios prospectivos, aunque es indudable su utilidad y, en la práctica médica habitual, permiten clasificar la gran mayoría de los casos y evaluar la severidad y evolución de los pacientes, así como el seguimiento cronológico de ellos.

Para una valoración profunda del cuadro fibromiálgico se recomienda utilizar una combinación de ambos criterios diagnósticos, realizando un examen físico que incluya el recuento de puntos dolorosos y la movilidad en distintos segmentos corporales, y aplicando los cuestionarios WPI y SS-Score valorar el dolor y la gravedad de los síntomas [7].

Distintas situaciones de valoración para un mismo cuadro clínico

En FM se han de tener en consideración aspectos muy diversos y por ello, junto con el conocimiento previo de los complejos mecanismos fisiopatológicos que subyacen en esta patología, que resultan imprescindibles para comprender el diagnóstico [10], se tendrá en cuenta la cronicidad de los síntomas, de gran

repercusión social y económica, tanto derivada de costes directos sanitarios como en costes indirectos [11], comparables o incluso superiores a los de otras enfermedades también de curso crónico y bien conocidas y estudiadas [12].

La bibliografía médica de las últimas décadas muestra un voluminoso número de publicaciones que giran en torno a la existencia o no de la FM como enfermedad [13], de su repercusión en actividades de la vida diaria, como causa de discapacidad, especialmente entre las mujeres [14], de su coste económico y de su impacto social. Todo esto es tanto más relevante cuanto más severo es el cuadro de FM [15].

Uno de los aspectos más controvertidos es la valoración de las limitaciones que implica la FM y la calificación del grado, ya sea con el fin de facilitar la integración laboral del trabajador en puestos exentos de riesgo para sí mismo o para terceros (aptitud laboral), con fines de compensación económica asociada a su menoscabo, o para acreditar una discapacidad o incapacidad, siendo necesario conjugar los aspectos clínicos, sociales y laborales en concordancia con la legislación de cada país, en nuestro caso con la legislación española [16]. Por todo ello, la FM es causa común de litigio en las reclamaciones judiciales motivada por la dificultad que supone tanto la confirmación objetiva del propio diagnóstico, como en la cuantificación de las limitaciones asociadas a los aspectos ligados a la vida diaria y a la actividad laboral. Todo esto hace de la FM, no solo una cuestión médica, sino médicolegal [17].

Resulta por ello necesario objetivar estas limitaciones para valorarlas y, en su caso, calificarlas.

Los planteamientos deben ser diferentes en función del motivo de la valoración. En los casos en los que se ha de valorar la aptitud laboral del trabajador, esta función corre a cargo del Médico del Trabajo del Servicio de Prevención de las empresas, el cual elaborará un informe médico de aptitud que servirá de

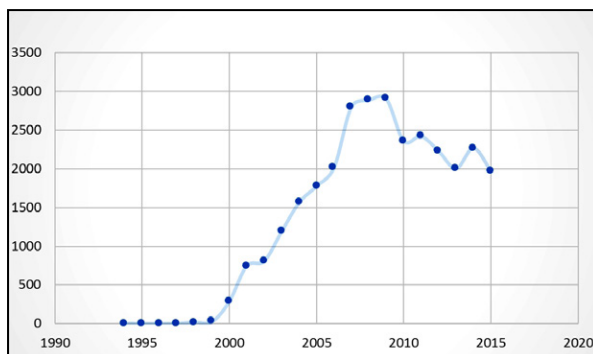
base al empresario para gestionar las limitaciones en función de protocolos y procedimientos previstos por cada empresa y regulados por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales [18], siendo de aplicación específica los artículos 22 y el 25 de la citada Ley referidos a la vigilancia de la salud de los trabajadores y la protección de aquellos especialmente sensibles a los riesgos laborales.

En lo que respecta a discapacidad, incapacidad y menoscabo, en España, las consecuencias de las enfermedades se valoran y califican de forma distinta en cuanto a su afectación en daño [19], repercusión social (discapacidad) o su limitación laboral (incapacidad) [20], siendo por ello también diferente la normativa legal que las regula y los organismos especializados para su calificación. El concepto de daño y menoscabo tiene su base valorativa en las tablas de la Asociación Médica Americana (AMA) y corre a cargo de valoradores del daño ajustándose a lo establecido en la Ley del Seguro [21]. La regulación legislativa de la valoración de discapacidad tiene su origen en el Real Decreto de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía de 1999 [22], modificado posteriormente en 2003 [23], 2009 [24] y 2012 [25], siendo éste último el actualmente vigente y en el que ha desaparecido el anterior concepto de minusvalía para dar paso al actual de discapacidad y son los Equipos de Valoración y Orientación (EVO) los responsables de su calificación. Finalmente, el concepto de incapacidad es laboral y su base legislativa queda recogida en la Ley General de Seguridad Social de 1994 [26], recientemente modificada [27]. Esta última actualización, en vigor desde enero de 2016, consta de 373 artículos, siendo los artículos 169 a 176 los que regulan lo relativo a la incapacidad temporal, los artículos 193 a 200 lo concerniente a la incapacidad permanente contributiva y los artículos 201 a 203 lo tocante a las lesiones permanentes no incapacitantes y son los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI) los especializados en su calificación.

Así pues, para poder calificar las limitaciones de una enfermedad e, independientemente del objetivo final, se debe partir de una valoración de inicio con un enfoque global, que integre aspectos clínicos, sociales y laborales y que facilite un resultado lo más homogéneo y objetivo posible. Posteriormente, y en función del destino final de la calificación (aptitud laboral, menoscabo según baremo, discapacidad o incapacidad) ésta se podrá complementar con valoraciones más específicas o mediante pruebas con una orientación más concreta según los requerimientos del perito responsable.

La fibromialgia en la Jurisprudencia y Doctrina Españolas

La fibromialgia como cuadro clínico complejo y difícil de valorar y objetivar forma parte de un grupo de patologías con una importante trascendencia médico-legal de la que dan muestra las cuantiosas sentencias recogidas. La tabla 1 y más gráficamente la figura 1 muestran el gran número de sentencias relativas a FM, con un incremento notable a partir del año 2.000, suponiendo este periodo de tiempo el 99,8% de las sentencias totales, y destacando especialmente el volumen registrado desde 2006, con cifras que superan las 2000 sentencias/año.



Fuente: <https://www.westlawinsignis.es>.

Figura 1. Número de sentencias de fibromialgia 1994-2016, en la jurisprudencia y doctrina españolas.

Tabla 1- Fibromialgia. Jurisprudencia por años

año	Número de sentencias
2016	2.293
2015	2.207
2014	2.270
2013	2.005
2012	2.231
2011	2.422
2010	2.360
2009	2.904
2008	2.889
2007	2.802
2006	2.014
2005	1.776
2004	1.565
2003	1.190
2002	810
2001	747
2000	288
1999	25
1998	20
1997	2
1996	1
1995	1
1994	3
Total	30301

Fuente: <https://www.westlawinsignis.es>.

Es el Área de lo social la que recoge el bloque mayoritario con el 96% del total de sentencias en torno a FM (se muestran en la tabla 2 y más gráficamente en la figura 2) y son los conceptos de incapacidad y de limitación los que con mayor frecuencia se asocian a FM en las sentencias referidas a este síndrome, con una muy inferior proporción en cuanto a las connotaciones de repercusión social que viene recogida en los términos discapacidad y minusvalía-término hoy en desuso en España.

Tabla 2- Fibromialgia. Jurisprudencia por Área

Área	Número de Sentencias	Porcentaje
Civil	495	1,63
Contencioso-Administrativo	450	1,49
Mercantil	29	0,1
Penal	204	0,67
Social	29.122	96,11

Fuente: <https://www.westlawinsignis.es>

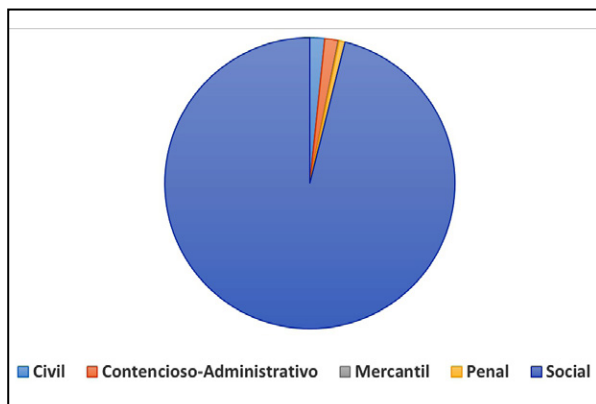


Figura 2. Distribución de sentencias de fibromialgia 1994-2016, en la jurisprudencia y doctrina españolas según el área del derecho.

Fuente: <https://www.westlawinsignis.es>

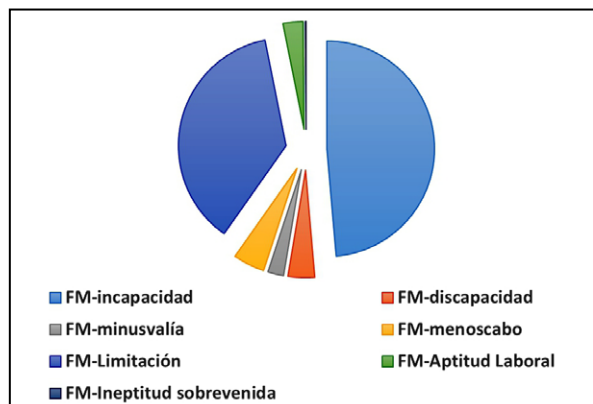


Figura 3. Distribución de sentencias de fibromialgia 1994-2016, en la jurisprudencia y doctrina españolas según el concepto con el que se relacionan.

Fuente: <https://www.westlawinsignis.es>

Destacan en los aspectos laborales las sentencias recogidas en los conceptos de aptitud laboral y de ineptitud sobrevenida como causa de despido objetivo recogido en España en el estatuto de los trabajadores, artículo 52 (se muestran en la tabla 3 y más gráficamente en la figura 3).

Tabla 3- Fibromialgia.
Jurisprudencia por conceptos

Concepto asociado	Número de sentencias	Porcentaje
FM-incapacidad	16.604	46,63
FM-discapacidad	1.368	4
FM-minusvalía	816	2,39
FM-menoscabo	1.616	4,7
FM-Limitación	12.669	37,1
FM-Aptitud Laboral	1.024	3
FM-Ineptitud sobrevenida	47	0,14

Fuente: <https://www.westlawinsignis.es>

Herramienta FM-Check

Vista la complejidad del síndrome, su cronicidad, su difícil objetivación y sus diferentes destinos finales con las matizaciones requeridas en cada caso, se ha propuesto una herramienta de valoración integral de la persona afectada por fibromialgia que permita unificar criterios, objetivarlos, homogeneizar la valoración y evitar inequidades.

Para su elaboración, se parte de una revisión de los criterios diagnósticos y terapéuticos vigentes por consenso en el momento actual en Fibromialgia y, del mismo modo, se han comprobado los criterios actuales para la valoración de la discapacidad asociada a esta enfermedad.

En base a los resultados obtenidos, se consensua también una historia clínica unificada como punto de partida que permita a todos los profesionales una valoración homogénea, contemplando los mismos aspectos y utilizando herramientas y baremos comunes en todos los pacientes.

Se definen las variables que se van a valorar e incluir en la herramienta y se agrupan en 4 bloques, a los que se asignan porcentajes de limitación, por cada variable y en conjunto por cada bloque (se detallan en la tabla 4)

Tabla 4.- VALORACIÓN GLOBAL. Distribución de PORCENTAJES

Bloque 1: aspectos personales	Edad Sexo Nivel de Formación Situación económica Apoyo del entorno (familiar o de otro tipo) Situación laboral	10%
Bloque 2: aspectos clínicos y terapéuticos	Gravedad de los síntomas de la FM (índice SS- score 1+2) Dolor en el último año (frecuencia e intensidad) Valoración del impacto de la FM: cuestionario CIF/FIQ Valoración del tratamiento de la enfermedad (respuesta obtenida y efectos adversos) Valoración de las comorbilidades asociadas a FM Exploración (raquis, hombros y caderas)	55%
Bloque 3: aspectos laborales	Check list-situación laboral. Este Check-list forma parte del protocolo para la valoración de la fibromialgia de los autores con permiso de APESEG/Deloitte	24%
Bloque 4: afectación en calidad de vida	cuestionario Barthel (actividades vida diaria)	10%
Resultado máximo global=99%		

Fuente: Vicente-Herrero MT, Capdevila García L, Ramírez Iñiguez de la Torre MV. Diseño de una herramienta para la valoración y clasificación de la limitación en fibromialgia. Rev Colomb Reumatol. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2017.02.003>

Se definen los test, check list y cuestionarios a utilizar para valorar aspectos concretos:

WPI+SS-SCORE [28], Índice de Barthel [29], CIF/FQI [30] (versión validada para España), escala analógica digital [31] y check list para valoración laboral.

La herramienta permite calificar la Fibromialgia en grados relacionados con el nivel de limitación que presenta el paciente. Los aspectos relativos a la Fibromialgia y sus consecuencias, así como los porcentajes de limitación asignados para cada uno de ellos (por consenso entre los autores) [32], se agrupan en bloques y se les asigna un grado final de calificación de la enfermedad en función de los porcentajes obtenidos en la valoración (tabla 5) siguiendo la siguiente descripción de cada uno de los grados:

Grado 1-No limitante: potencial compatibilidad con su actividad personal, laboral y social salvo en periodos de brote o reagudización (se valorará de forma pormenorizada en función del destino de la calificación y con el uso de las herramientas complementarias requeridas)

Grado 2-Limitación parcial: potenciales limitaciones en alguno o varios aspectos de su vida pero sin que suponga una limitación completa. Probablemente requerirá de apoyos u adaptaciones para su actividad normal, especialmente en periodos de brotes o reagudizaciones (se valorará de forma pormenorizada en función del destino de la calificación y con el uso de las herramientas complementarias requeridas).

Tabla 5. Calificación de la fm en grados según los resultados fm-check.

GRADO	PORCENTAJE OBTENIDO	CONCLUSIÓN
Grado 1	<20%	Patología No limitante
Grado 2	20 - 40%	Patología No limitante o con Limitación Parcial
Grado 3	41 - 70%	Patología con Limitación Permanente Total
Grado 4	>70%	Patología con Limitación Permanente Absoluta

Grado 3-Limitación Total: Limitaciones que pudieran ser incompatibles con el desempeño laboral o actividades de su vida, y que requerirán de apoyo o adaptaciones, e incluso en algunos casos, y pese a estos apoyos, no será posible una vida normal. (se valorará de forma pormenorizada en función del destino de la calificación y con el uso de las herramientas complementarias requeridas)

Grado 4-Limitación Absoluta: Situación extrema en que la intensidad de los síntomas o la frecuencia de los brotes impiden el desarrollo de una vida normal requiriendo de apoyos para las actividades más elementales y dificultando su integración sociolaboral y personal o familiar (se valorará de forma pormenorizada en función del destino de la calificación y con el uso de las herramientas complementarias requeridas)

Discusión

Diversas enfermedades plantean difícil ejercicio de valoración por el profesional valorador, al sustentar su base clínica en aspectos subjetivos, como el dolor y restar objetividad al proceso valorativo. Destacan entre ellas la migraña, fatiga crónica, colon irritable y una buena parte de patologías musculoesqueléticas. En la última década ha ido adquiriendo cada vez mayor peso la FM, tanto por el incremento en las cifras de prevalencia como por la complejidad del manejo de sus limitaciones. Es por ello que el aspecto más conflictivo ha resultado el asociado a la incapacidad laboral del paciente con FM cuando se encuentra en su etapa laboralmente activa.

Tampoco es sencillo su manejo clínico y algunos autores, tras revisiones bibliográficas relativas a este tema encuentran estudios con variadas propuestas de clasificación basadas en aspectos fisiopatológicos y en el papel que desempeñan las enfermedades asociadas a FM, estableciendo diferencias entre los pacientes con FM que no tienen otras enfermedades (tipo I), que se acompa-

ñan de patologías autoinmunes, reumáticas o crónicas (tipo II), que se acompañen de patología psiquiátrica (tipo III) o pacientes con simulación (tipo IV). Sin embargo, no se encuentran muchos trabajos que hayan analizado de forma concreta la clasificación de la FM en subgrupos con una expresión clínica más homogénea. Por ello, los autores sugieren la necesidad de una correcta clasificación de los pacientes con FM que integre dos aspectos que se consideran clave: la evaluación psicopatológica y la coexistencia de procesos comórbidos, y todo ello dentro de una evaluación diagnóstica individualizada y por un equipo multidisciplinario [33].

Se parte de la base de que la forma de medir o cuantificar las limitaciones relacionadas con una patología supone siempre un aspecto rodeado de controversia y un reto para el valorador, de ahí la importancia que se da en este trabajo al uso de una herramienta común que permita que todos los evaluadores consideren los mismos parámetros y utilicen escalas y métodos de evaluación similares, minimizando así las inequidades debidas al sesgo interobservador.

Desde el punto de vista medicolegal, la propia subjetividad del síntoma básico de la FM, el dolor, exige una ponderación y acreditación real y objetivable, tal y como demuestra la adaptación que han sufrido los criterios diagnósticos de consenso, que va más allá de los tradicionales puntos gatillo, con el riesgo que suponen de simulación por parte del paciente. Se requiere también valorar globalmente al paciente con sus antecedentes previos, su situación laboral y personal, la evolución de su proceso y la respuesta obtenida con las terapias, para considerar en su conjunto el impacto de sus limitaciones.

A esto se añade la propia singularidad de cada persona, su aceptación y tolerancia de las limitaciones y la compatibilidad con los aspectos sociales recogidos en las actividades de su vida diaria y con el desempeño laboral,

en concordancia con los riesgos y exigencias de su puesto de trabajo. Esto ha hecho que, de forma genérica, no se hable de incapacidades o de discapacidades, sino de incapacitados o discapacitados, tratando de valorar de forma individual a cada persona y a cada trabajador en sus circunstancias concretas.

Por ello, y aunque nos hallamos ante un cuadro clínico difícilmente objetivable, si es posible determinarlo clínicamente, se puede establecer su cronicidad, se ha de considerar la presencia de otras patologías asociadas en los pacientes y en cualquier caso ha de individualizarse cada caso [34].

Ante situaciones de potencial incapacidad laboral o de no aptitud laboral o de limitaciones con opciones adaptativas o restrictivas, se deberán relacionar con la actividad laboral desempeñada (evaluación de riesgos y estudios de puesto de trabajo) para una posterior valoración y calificación adecuada con el mayor apoyo de documentos y elementos de constatación clínica de la propia FM y de las patologías asociadas.

Por ello, ha de prestarse el máximo cuidado y huir de las automaticidades procurando la constatación de los máximos elementos objetivos posibles [35]. En esta línea de pensamiento se enfoca la herramienta FM-Check cuyo objetivo es limitar la subjetividad y homogeneizar la forma de valorar la patología entre todos los profesionales llegando a resultados que puedan resultar equitativos y comparables.

Conclusiones

La Fibromialgia es en el momento actual un síndrome complejo con repercusión crónica y difícil de objetivar en sus limitaciones.

La valoración de las limitaciones abarca desde la discapacidad a la incapacidad laboral, el menoscabo cuantificable en daño o la valoración de aptitud del trabajador afectado.

La calificación parte de una valoración que debe ser individualizada objetiva y homogénea, no existiendo un modelo actualmente que homogenice aspectos tan variados como los personales, sociales, laborales, de calidad de vida y los aspectos clínico-terapéuticos de la persona afectada.

La conflictividad medicolegal se centra en los últimos 10 años especialmente en la incapacidad laboral y las limitaciones de la FM y, por ello, en el área jurídica de lo social, siendo fundamental la labor del perito como experto ante los tribunales.

La herramienta FM-Check aporta una valoración homogénea, integral, objetiva y evita inequidades, pudiendo complementarse con otras en función del destino de la valoración y calificación al que se encamine al paciente/trabajador afectado.

Conflictos de interés: este trabajo forma parte de un trabajo global realizado por el grupo de autores para APESEG-Deloitte.

Fuentes de financiación: este estudio no ha contado con financiación

Literatura citada

1. World Health Organization. **International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. 10º Revision.** 2010 Ed. Malta: World Health Organization; 2011.
2. Arias M. **[Is fibromyalgia a neurological disease?]** *Neurología* 2008; 23(9):593-601.
3. Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B, EPISER Study Group. **Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain.** *Clin Exp Rheumatol* 2008; 26(4):519-526.
4. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, AbelloCarbónell J, Blotman F, Spaeth M, et al. **Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries.** *Semin Arthritis Rheum* 2010; 39(6):448-453.
5. Collado A, Gómez E, Coscolla R, Sunyol R, Solé E, Rivera J, et al. **Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: an epidemiological study: EPIFFAC study.** *BMC Health Serv Res* 2014; 14:513.
6. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Measa P, et al. **The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity.** *Arthritis Care Res* 2010; 62:600-10.
7. Moyano S, Kilstein JG, Alegre de Miguel C. **Nuevos criterios diagnósticos en fibromialgia. ¿Vinieron para quedarse?** *Reumatol Clin* 2015; 11(4):210-4.
8. Segura-Jiménez V, Aparicio VA, Álvarez-Gallardo IC, Soriano-Maldonado A, Estévez-López F, Delgado-Fernández M, et al. **Validation of the modified 2010 American College of Rheumatology diagnostic criteria for fibromyalgia in a Spanish population.** *Rheumatology (Oxford)* 2014; 53(10):1803-11.
9. Casanueva B, García-Fructuoso F, Belenguer R, Alegre C, Moreno-Muelas J, 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* (En prensa) 2016.
10. Suresh E. **How to diagnose fibromyalgia.** *Br J Hosp Med (Lond)* 2015; 76(12):696-702.
11. Perrot S, Schaefer C, Knight T, Hufstader M, Chandran AB, Zlateva G. **Societal and individual burden of illness among fibromyalgia patients in France: association between disease severity and OMERACT core domains.** *BMC Musculoskelet Disord* 2012; 13:22.
12. Ghavidel-Parsa B, Bidari A, Amir Maafi A, et al. **The Iceberg Nature of Fibromyalgia Burden: The Clinical and Economic Aspects.** *Korean J Pain* 2015; 28(3):169-76.
13. Reid GD. **Disabling fibromyalgia: appearance vs reality.** *J Rheumatol* 1994; 21(8):1578-9.
14. Pérez de Heredia Torres M, Huertas Hoyas E, Sánchez-Camarero C, et al. **The Occupational Profile of Women with Fibromyalgia Syndrome.** *Occup Ther Int* 2015; 23(2):132-42.
15. Chandran A, Schaefer C, Ryan K, Balk R, Nc-Nett M, Zlateva G. **The comparative economic burden of mild, moderate, and severe fibromyalgia: results from a retrospective chart review and cross-sectional survey of working-age U.S. adults.** *J Manag Care Pharm* 2012; 18(6):415-26.
16. Vicente-Herrero MT, Terradillos-García MJ, Capdevila-García L, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre MV, López-González A. **Fibromyalgia and laboral activities on the Spain legislation.** *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 201; 49(5):511-6.
17. Wolfe F, Potter J. **Fibromyalgia and work disability: Is Fibromyalgia a disabling disorder?** *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22(2):369-91.
18. **Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.** (Boletín Oficial del Estado, Gobierno de España, núm. 269, p. 32590-611, 10 de noviembre, 1995).
19. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. **Guías para la Evaluación de las Deficiencias Permanentes.** Madrid: American Medical Association. Versión Castellana; 1999.
20. Vicente-Herrero MT, Terradillos-García MJ, Capdevila-García L, Ramírez-Iñiguez de la Torre, Aguilar-Jiménez E, López-González A. **Minusvalía, discapacidad e incapacidad. Una revisión desde la legislación española.** *Semerger* 2010; 36:456-61.
21. **Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.** (Boletín Oficial del Estado, Gobierno de España, núm. 269, p. 58455-611, 15 de julio, 2015).
22. **Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.** (Boletín Oficial del Estado, Gobierno de España, núm. 22, p.3317-410, 26 de enero, 2000).
23. **Real Decreto 1169/2003, de 12 de septiembre, por el que se modifica el anexo I del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.** (Boletín Oficial del Estado, Gobierno de España, núm. 238, p. 36136-8, 4 de octubre, 2003).

24. Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de **procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad**, y por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, 26 de diciembre de 2009, núm. 311, p. 110413-15.
25. **Real Decreto 1364/2012, de 27 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.** (Boletín Oficial del Estado, Gobierno de España, núm. 245, p. 72772-74, 11 de octubre, 2012).
26. 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**. Boletín Oficial del Estado, 29 de junio de 1994. núm. 154, p. 20658-708.
27. **Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.** (Boletín Oficial del Estado, Gobierno de España, núm. 261, p. 103291-519, 31 de octubre, 2015).
28. 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* 2010; 62:600-10.
29. Cid Ruzafa J, Damián Moreno J. **Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel**. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71:177-37.
30. Esteve-Vives J, Rivera J, Salvat MI, et al. **Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española**. *Reumatol Clin* 2007; 3(1):21-4.
31. Ho K, Spence J, Murphy MF. **Review of pain-measurement tools**. *Ann Emerg Med* 1996; 27:427-32.
32. Belenguer R, Ramos-Cassals M, Siso A, Rivera J. **Classification of fibromyalgia. A systematic review of the literature**. *Reumatol Clin* 2009; 5(2):55-62.
33. Vicente-Herrero MT, Capdevila-García L, Ramírez-Iñiguez de la Torre MV. **Diseño de una herramienta para la valoración y clasificación de la limitación en fibromialgia**. *Rev Colomb Reumatol* 2017; 24(3):131-137.
34. Domingo Monforte J, Bermejo Ferrer Y. **Tratamiento jurídico forense de los efectos invalidantes de la fibromialgia**. *Actualidad jurídica Aranzadi* 2005; 667: 1-3.
35. de Alcántara y Colón JM. **La fibromialgia. Concepto. Evolución jurisprudencial. Su naturaleza incapacitante y grados. Criterios de determinación. Conclusiones**. *Revista de información laboral* 2014; 3:65-75.

