

Valoración de la discapacidad laboral por deterioro cognitivo en la fibromialgia y en el síndrome de fatiga crónica

Regal Ramos RJ

Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid

La prevalencia de la fibromialgia (FM) en la población española es del 2,7%, 4,2% para el sexo femenino y 0,2% para el masculino¹. Los estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos y en Reino Unido sobre el síndrome de fatiga crónica (SFC) indican prevalencias muy variables, de 0,006-2,5% en la población general; según estos datos foráneos, en España se estima un mínimo de un caso por 1.000 habitantes y unos 40.000 casos en todo el país².

La FM se encuentra tipificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0 y el SFC está clasificado con el código G93.3.

Entre los síntomas habituales de la FM y del SFC se encuentra el deterioro cognitivo (DC). Esta afectación cognitiva no tiene un mecanismo fisiopatológico aclarado, pero supone una limitación de la capacidad funcional de estos pacientes y puede causar diversos grados de discapacidad. Existen relativamente pocos estudios que puedan ayudar a los médicos evaluadores a estimar las limitaciones asociadas al déficit neuropsicológico que refieren los afectados.

El objetivo de esta revisión es responder a alguna de las cuestiones más relevantes que se nos plantean cuando valoramos a estos pacientes.

METODOLOGÍA

Se han revisado hasta Mayo de 2010 las bases de datos bibliográficas Medline, Embase y Cochrane.

El DC es un criterio diagnóstico de FM y SFC (**Tabla 1**) y en algunos estudios parece objetivada su asociación a ambas patologías^{3, 5}.

El DC no es sinónimo de demencia. Consiste en un rendimiento intelectual defectuoso deteriorado desde una situación previa y con un nivel de conciencia normal. Por definición (DSM-IV, CIE-10, Sociedad Española Neurología) la demencia conlleva una intensidad suficiente como para interferir en las actividades normales del sujeto, incluyendo las ocupacionales y sociales, mientras que en el DC leve (DCL), por definición⁶, el funcionamiento cognitivo global está intacto y no hay repercusión significativa en las actividades de la vida diaria. Por otro lado, el avance en los conocimientos anatómopatológicos y clínicos ha propiciado que la organicidad de las demencias sea incuestionable⁷, algo que no ha sido demostrado en el DC de los pacientes con SFC y/o FM.

Pericot-Nierga et al⁸ han obtenido similares puntuaciones al comparar la exploración neuropsicológica de pacientes con FM y la de pacientes con DCL. Éste es encuadrado en la clasificación GDS ("Global Deterioration Scale") de Reisberg y en la clasificación CDR ("Clinical Dementia Rating") de Hughes entre la normalidad (GDS 1 o CDR 0) y la demencia incipiente (GDS 3 y CDR 1) (**Figura 1**). La definición de demencia incipiente (GDS) es: "Disminución funcional objetiva de suficiente gravedad como para interferir en tareas ocupacionales o sociales complejas; el paciente, por primera vez, olvida citas importantes, puede perderse en lugares desconocidos aunque no tiene dificultades en el desempeño de tareas rutinarias". Aunque las puntuaciones de los tests neuropsicológicos sean similares, la progresión a demencia incipiente objetivada en una parte de los pacientes con DCL no se ha observado ni en FM ni en SFC.

Tabla 1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE FM Y SFC

| FM (AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY 2010) | SFC (Fukuda 1994) |
|--|---|
| <p>Deben cumplirse los siguientes 3 criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de dolor ≥ 7 e índice de gravedad de síntomas (*) ≥ 5 o índice de dolor 3-6 e índice de gravedad de síntomas ≥ 9 - Los síntomas han estado presentes en un nivel similar durante al menos 3 meses. - Exclusión de otras enfermedades que pueden causar esta clínica. | <p>Deben cumplirse los siguientes 3 criterios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatiga crónica persistente (6 meses mínimo) o intermitente, inexplicada, que se presenta de nuevo o con inicio indefinido y que no es resultado de esfuerzos recientes; no mejora claramente con el descanso; ocasiona una reducción considerable del grado previo de actividad cotidiana del paciente - Exclusión de otras enfermedades que pueden causar fatiga crónica - De forma concurrente, deben estar presentes 4 o más signos o síntomas de los que se relacionan, todos ellos persistentes durante 6 o más meses, y posteriores a la presentación de la fatiga: <ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos de concentración o memoria reciente 2. Odinofagia 3. Adenopatías cervicales o axilares dolorosas 4. Mialgias 5. Poliartralgias sin signos inflamatorios 6. Cefalea de inicio reciente o de características diferentes a las habituales 7. Sueño no reparador 8. Malestar tras el esfuerzo de duración superior a 24 horas. |

* El índice de gravedad de síntomas valora: fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos

No podemos asegurar que el DC de estos pacientes se agrave después del ejercicio. Yoshiuchi et al⁹ y Cook et al¹⁰ no han encontrado variaciones

en los tests neuropsicológicos de los pacientes con SFC y/o FM antes y después del ejercicio.

Otros autores¹¹⁻¹⁴ observan que el DC en los pacientes con FM puede estar relacionado con la presencia del dolor, y de hecho otras patologías causantes de dolor crónico también muestran malos resultados en las exploraciones neuropsicológicas.

La patología psiquiátrica asociada desempeña un papel fundamental en el estado cognitivo, ya sea como causante principal de este deterioro¹⁵ o como agravante de un deterioro previo¹⁶.

Por último, no podemos considerar el DC de estos pacientes como irreversible (**Figura 2**), debido fundamentalmente a 2 motivos:

- La fisiopatología del DC no está aclarada¹⁶. El mero hecho de que la etiología sea desconocida es suficiente para que no consideremos estos DC como irreversibles. Existen teorías que postulan un origen carencial, tóxico, endocrino-metabólico o psicossomático; pues bien, incluso si aceptamos alguno de esos mecanismos fisiopatogénicos, debemos recordar que cualquiera de ellos se encuadra dentro de las etiologías reversibles de las demencias.

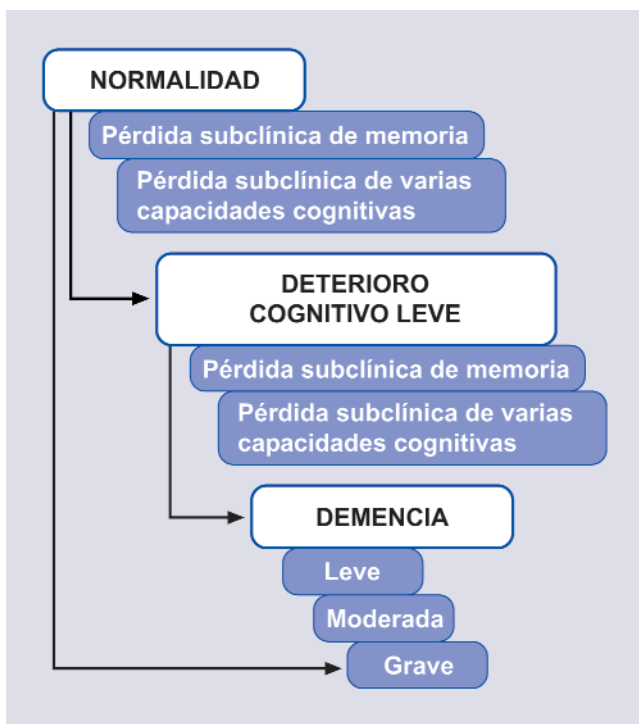


Figura 1. Estadios del deterioro cognitivo.

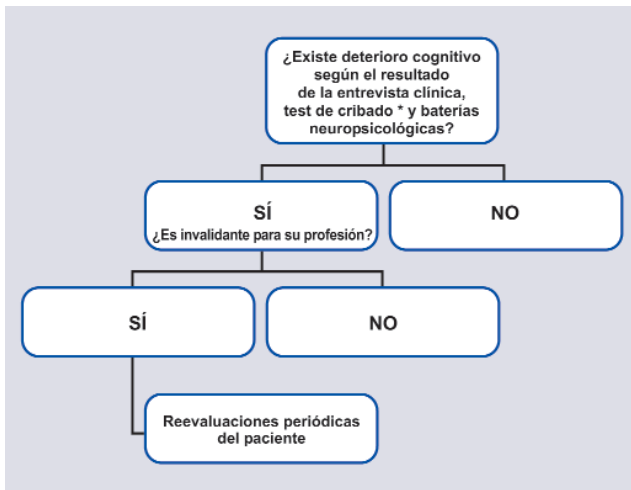


Figura 2. Manejo de la discapacidad laboral secundaria al deterioro cognitivo en pacientes con FM y/o SFC

- El curso de la enfermedad. Aunque son patologías que en la mayor parte de los casos tienden a la cronicidad, lo cierto es que el curso de la

enfermedad es fluctuante, con periodos de mejoría y de agravamiento.

CONCLUSIONES

La existencia de DC en la FM y el SFC ha sido cuestionada en diversos estudios, pero se trata de un criterio diagnóstico de ambas enfermedades y, por tanto, no nos corresponde a los médicos evaluadores de discapacidades plantearnos su existencia en nuestra labor.

La evaluación laboral de estos pacientes debe ser siempre individualizada, considerando las limitaciones orgánicas y/o funcionales y relacionándolas con los requerimientos del puesto de trabajo; no obstante, su DC no puede equipararse con el de los pacientes diagnosticados de demencia y, en caso de ser considerado invalidante, debería ser siempre reevaluado ante la posibilidad de mejoría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a nation – wide study. *Ann Rheum Dis* 2001;60:1040-5.
2. Fernández Sola J. Síndrome de fatiga crónica y su relación con la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2004;31:535-7.
3. Capuron L et al. Chronic fatigue syndrome and cognitive dysfunction. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:1777-84.
4. Dobbs BM, Dobbs AR, Kiss I. Working memory deficits associated with chronic fatigue syndrome. *J Int Neuropsychol Soc* 2001;7:285-93.
5. DeLuca J et al. Working memory deficits in chronic fatigue syndrome: differentiating between speed and accuracy of information processing. *J Int Neuropsychol Soc* 2004;10:101-9.
6. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999;56: 303-8.
7. López-Pousa et al. Demencia, concepto, clasificación, epidemiología, aspectos socioeconómicos. *Medicine* 2007;9:4921-7.
8. Pericot-Nierga et al. Perfil cognitivo en la fibromialgia. Comparación con un grupo con deterioro cognitivo leve. *Med Clin (Barc)* 2009;133:91-4.
9. Yoshiuchi et al. *Physiol Behav* 2007;92:963-8.
10. Cook DB et al. *Med Sci Sports Exerc* 2005;37:1460-7.
11. Roldán-Tapia L et al. Déficits mnésicos y perceptivos en la fibromialgia y la artritis reumatoide. *Reumatol Clin* 2007;3:101-9.
12. Glass JM et al. Review of cognitive dysfunction in fibromyalgia: a convergence on working memory and attentional control impairments. *Rheum Dis Clin North Am* 2009;35:299-311.
13. Etherton JL, Bianchini KJ, Ciota MA et al. Pain, malingering and the WAIS-III Working Memory Index. *Spine J* 2006;6:61-71.
14. Eccleston C. Chronic pain and distraction: An experimental investigation into the role of sustained and shifting attention in the processing of chronic persistent pain. *Behav Res Ther* 1995;33:391-405.
15. Castel A. Rendimiento cognitivo y percepción de problemas de memoria en pacientes con dolor crónico: con fibromialgia versus sin fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2008;6:358-70.
16. Glass JM Fibromyalgia and cognition. *J Clin Psychiatry* 2008;69 (suppl 2):20-4.