

**VALORACIÓN MÉDICA
DE LA INCAPACIDAD O
DISCAPACIDAD,
DE LA FIBROMIALGIA Y FATIGA
CRÓNICA**

Dr. José Alfredo Ojeda Gil

Ponencia presentada en el

1º Congreso Nacional de Fibromialgia y Fatiga Crónica

Madrid, 5,6 y 7 de Junio de 2008.

INTRODUCCIÓN

La Ponencia que presento a continuación consta de tres partes:

1. **Características del médico evaluador y/o perito médico.**
2. **Valoración de los déficits funcionales consecuentes al Dolor, Fibromialgia y Fatiga crónica.**
3. **Esquema de un Informe Médico Pericial.**

Características del Médico Evaluador: Tiene que tener “Euritmia”, que es la unión de:

- “Eunoia”, equilibrio de la mente y el hacer.
- “Eucinesia”, exposición fácil y comprensible.
- “Eubulia”, actuar con buena voluntad y con profesionalidad.

La peritación ideal debe constar con los rasgos de objetividad, concisión, claridad y coherencia, además de ser completa y no corporativa, (Jornet y otros).

Para poder demostrar una incapacidad o discapacidad, se tienen que cumplir una serie de condiciones:

- Que las reducciones anatómicas o funcionales sean objetivables, es decir, que se puedan constatar médicamente de forma ineludible.

- Que sean previsiblemente definitivas, esto es, incurables, irreversibles, siendo suficiente una previsión seria de irreversibilidad.

- Que las reducciones sean graves, desde la perspectiva de su incidencia laboral, hasta el punto de que anulen o disminuyan su capacidad laboral en una escala gradual que va del 33 a 100% de esa disminución del rendimiento normal para una actividad laboral.

Relación del Médico Evaluador y la Judicatura:

El médico evaluador, el especialista o el perito médico, tiene que tener presente, que en caso de actuaciones judiciales, es el encargado de facilitar a los jueces, la información médica, dando el diagnóstico y los déficits funcionales que padece el paciente, y que pueden dar lugar a una incapacidad o discapacidad, **nunca el grado**, pues es la Judicatura la única responsable de su valoración.

VALORACIÓN MÉDICA DE LA INCAPACIDAD O DISCAPACIDAD, DE LA FIBROMIALGIA Y FATIGA CRÓNICA

Al valorar la Fibromialgia y la Fatiga Crónica, observamos un denominador común: El Dolor. Pero, ¿es el dolor igual en todos los enfermos?, ¿podemos medirlo?, ¿puede el dolor ser la causa de incapacidad o discapacidad?. Veamos cuales pueden ser las respuestas a estas cuestiones.

El dolor es una experiencia común a todo ser humano. Desde el nacimiento hasta la muerte, el individuo está sometido a una interacción constante entre su entorno y su propia realidad psicofísica, y de ambas vertientes puede provenir la agresión que se traduzca en dolor.

Concepto:

El dolor puede definirse como la sensación desagradable, displacentera, que aflora a la conciencia del individuo como consecuencia de diferentes estímulos nociceptivos procedentes de una o varias áreas u órganos corporales. Puede añadirse que es una experiencia sensorial y emocional displacentera asociada a un daño tisular real o potencial.

Clasificación de los diversos tipos de dolor:

Puede atenderse a diferentes criterios, entre ellos la duración y la procedencia.

Según su duración:

- **DOLOR AGUDO.** Es el que tiene una duración generalmente inferior a seis meses; o también cuando se considera como “adecuado” al cuadro clínico que lo origina, (por ejemplo, en un esguince de tobillo, el dolor adecuado sería aproximadamente de cuatro a seis semanas, sobrepasado ese tiempo ya no se considera “adecuado”, con lo cual sería procedente hablar de cronificación de ese dolor).
- **DOLOR CRÓNICO,** El dolor que dura por más, Decimos que el dolor se ha cronificado cuando no se correlaciona con el estímulo que

originariamente lo desencadenó, más que cuantificar su duración en semanas o meses.

Según su procedencia:

- **DOLOR DE ORIGEN PERIFÉRICO.** El que se produce por la excitación de nociceptores periféricos, pudiendo ser de origen **somático**, (superficial cuando el dolor se experimenta en la piel, o profundo, mal localizado, difícilmente definible, que se origina en estructuras como superficies articulares, tendones, etc.), y **visceral**, (procedente de órganos internos y que suele acompañarse de reacciones vegetativas intensas).
- **DOLOR DE ORIGEN CENTRAL.** El que tiene su origen en alguna patología del Sistema Nervioso Central.
- **DOLOR PSICÓGENO.** No tiene naturaleza orgánica sino características psicósomáticas derivadas de una patología psiquiátrica más o menos importante. Se presenta en individuos con una personalidad alterada, ansiosos, depresivos, neuróticos, etc.

En muchos casos el médico evaluador se encuentra con el problema de saber si el dolor es real o simulado.

En los casos en los que se sospeche la presencia de una simulación o disimulación, el perito tiene la dificultad añadida de que, con toda certeza, en ningún momento, el sujeto va a colaborar, por lo que el perito tiene que conocer las técnicas adecuadas que le permitan descubrir cuáles son los procedimientos que el simulador está empleando para poder llegar al esclarecimiento de este tipo de situaciones fraudulentas.

Existen dos clases de simuladores: el simulador o defraudador ocasional, que es frecuentemente un exagerador; y el simulador profesional del accidente. Este último es más complejo desde una perspectiva médico legal. Se trata de sujetos que, haciendo uso de conocimientos sobre determinados síntomas de enfermedades, bien por su propia formación o bien por información recibida de terceros, es capaz de fingir lo que no padece, lo cual suele hacer de forma repetida, contando en su historia con varias simulaciones.

| Diferencias entre el Paciente con Dolor Psicossomático y el Simulador | | | | |
|--|------------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | Dolor EXAGERADO | Dolor PSICOSOMÁTICO | Dolor OBJETIVO | SIMULACIÓN |
| Control consciente de síntomas | NO | NO | NO | SÍ |
| Dramatismo | SÍ | NO | NO | SÍ |
| Deseo de participar en los exámenes | SÍ | SÍ | SÍ | NO |
| Respuesta a la Psicoterapia | MODERADA | BUENA | MODERADA | POBRE |
| Resolución con un convenio legal a su favor | NO | NO | NO | SÍ |
| Síntomas visibles | NO SIEMPRE | SIEMPRE | NO SIEMPRE | SIEMPRE |
| Preocupación por los síntomas | MUCHA PERO FÁCIL DISTRACCIÓN | LEVE | LEVE | TOTAL PERO NO DISTRÁIDO |
| Base orgánica | SÍ | NO | SÍ | NO |
| Conducta variable con el médico | NO | SÍ | NO | SÍ |

El médico evaluador tiene que encontrar causas objetivables que puedan ocasionar dolor. En estos casos, los pacientes pueden ser candidatos a una incapacidad o discapacidad. Por ejemplo, lesiones óseas que originen dolor, como artrosis, osteoporosis y lesiones traumáticas, fracturas y neoplasias; ratificadas con exploración radiológica, TAC, RMN, Gammagrafías.

Lesiones neurológicas, como radiculopatías, objetivables con las exploraciones neurofisiológicas, EMG y ENG (electromiografía y electroneurografía, respectivamente).

La termografía nos permite objetivar alteraciones circulatorias, desórdenes neuropáticos, síndrome miofascial y síndrome doloroso; últimamente está aceptada como prueba para diferenciar los dolores simulados.

En el Centro de Traumatología Teldense, desde 1997, para la Valoración Clínica del Dolor, se ha adoptado la prueba propuesta por los doctores López de Lamela- Ojeda- Padrón, (L.O.P), método recomendado por la Asociación Canaria de Valoración del Daño Corporal y presentada por los autores en las Segundas Jornadas Canarias de Valoración del Daño Corporal y publicada en la revista Medicina y Derecho Nº 2, del año 1997. (Fig. 1).

La prueba se aplica en todos aquellos casos en los que los pacientes nos refieren una clínica dolorosa. Nuestra casuística, de más de 250 casos,

tenemos un 83% de casos en los que el resultado de la prueba ha ratificado la existencia de unas patologías que producían manifestaciones dolorosas, y se ha podido establecer una cuantificación y graduación de ese dolor. En un 15%, los resultados no han sido positivos y, finalmente en un 2%, no se han podido relacionar los resultados de la prueba con las patologías que presentaba el paciente.

DESARROLLO DE LA PRUEBA: El Centro ha diseñado unas hojas en las que se reflejan todos los datos relativos al paciente y a las pruebas realizadas para valorar su dolor.

Esquema del Centro de Traumatología Teldense.

- Datos del paciente, filiación completa.
- Características morfológicas, peso, talla, TA, temperatura, pulso, FR, etc.
- Valoración de la sensibilidad mediante la Prueba de LIBMAN.
- Realización de la Prueba del Torniquete. Test de la Prueba de Presión, (para valorar el componente subjetivo),
- Valoración subjetiva del paciente de su grado de dolor mediante la Escala de KEELE.
- Valoración con las Escalas de Grises y Rojos.
- Escala de THIERRY, en la que orientamos la intensidad del Dolor según la necesidad del tratamiento empleado y su efectividad.

Figura 1

(Presentado y publicado en el libro **“Medicina y Derecho”** del Órgano Oficial de la Asociación Canaria de Valoración del Daño Corporal, Febrero de 1997).

VALORACIÓN MÉDICA DE LA INCAPACIDAD O DISCAPACIDAD EN PACIENTES AFECTOS DE FIBROMIALGIA.

Desde el año 1989, la OMS en el epígrafe M79.0 considera la Fibromialgia como Enfermedad Reumática. En 1990, el American College of Rheumatology, señala las siguientes condiciones clínicas para el diagnóstico de la enfermedad: dolor duradero y generalizado de más de tres meses, con mayor afectación en los puntos gatillo en un número de 18; 11 puntos positivos, van a favor de un paciente fibromiálgico.

En la actualidad hay más de 3 millones de pacientes afectos de dicha enfermedad, con una frecuencia del 3.5% para las mujeres y del 0.5% para los hombres, es por lo que se la considera como la principal causa del dolor crónico generalizado.

El médico evaluador o perito médico, lo primero que tiene que hacer es ratificar el diagnóstico de Fibromialgia. Nosotros, desde hace años, aplicamos un **Protocolo Clínico** para llegar a dicho diagnóstico. Está formado por tres partes:

- Anamnesis clínica, que consta de 31 preguntas divididas en seis apartados:
 - Astenia.
 - Sintomatología neurovegetativa.
 - Sintomatología neurocognitiva.
 - Clínica Álgida.
 - Alteraciones en el patrón del sueño.
 - Sintomatología inmunológica.
- Puntos de Dolor, (18 según el American College of Rheumatology, y 22 según nuestro Protocolo Clínico).
- Valoración del Dolor según la prueba L.O.P.

En base a nuestra experiencia, se puede aceptar que el paciente está afecto de un Síndrome Fibromiálgico cuando:

1. Contesta positivamente a más de 25 del total de las 31 preguntas divididas en 6 apartados.
2. Presenta dolor en 13 de los puntos fibromiálgicos, (22 puntos, según nuestro Protocolo clínico), o en 11 de los puntos fibromiálgicos, (18 según el American College of Rheumatology). La valoración de los mismos se ha realizado clínicamente por presión digital, con buscapuntos láser y algometría inferior a 4 kilos de presión.
3. La Valoración del Dolor sea de 26 a 36 puntos en las pruebas L.O.P.

DIAGNÓSTICO DE LA FIBROMIALGIA

Protocolo seguido en el Gabinete de Valoración del Daño Corporal del Centro de Traumatología Teldense

Anamnesis Clínica:

1º Astenia progresiva desde el inicio, de forma que actualmente ha causado un descenso de actividad respecto la premórbida en menos de 25%. Dicha astenia:

- ✓ → a) Predomina a primera hora del día con sueño no reparador.
- ✓ → b) Ha causado un descenso paulatino de su actividad física de forma que:
 - ✓ → Presenta una intolerancia a la deambulación lenta de mas de 15 minutos lentamente por aparición de astenia, palpitaciones, inestabilidad cefálica y aumento del dolor, por eso se desplaza en coche siempre.
 - ✓ → Marcadísima intolerancia al esfuerzo físico con astenia post-esfuerzo desproporcionada, de hasta dos días según el esfuerzo. Precisa incluso reposo en cama varias horas.
 - ✓ → Precisa descansos en cama como mínimo dos veces al día durante varias horas.
 - ✓ → Sueño de mala calidad con insomnio.

2º Sintomatología Neurovegetativa en forma de:

- ✓ → Inestabilidad cefálica con sensación prelipotímica a la marcha o al bajar escaleras. Ha sufrido varias caídas.
- ✓ → Clínica de hipotensión postural.
- ✓ → Intolerancia a los cambios de temperatura y al calor.

✓ → Palpitaciones esporádicas con ocasional dolor torácico; ha precisado varias asistencias en los servicios de Urgencias por esos episodios.

✓ → Clínica de colon irritable (hasta diez deposiciones diarias).

✓ → Intolerancia marcada al alcohol.

3ª Sintomatología Neurocognitiva con:

✓ → Desorientación témporo-espacial en lugares conocidos en varias ocasiones.

✓ → Dificultad a la conducción por inseguridad y falta de reflejos.

✓ → Obnubilación del pensamiento con conductas absurdas.

✓ → Lentitud de pensamiento, e incapacidad de coordinar dos tareas a la vez. Alteración en la memoria de trabajo, concentración y planificación de tareas. Marcada confusión con olvidos frecuentes.

✓ → Cefaleas opresivas fronto-occipitales.

✓ → Alteraciones visuales en forma de fotofobia y sonofobia muy marcada.

✓ → Imposibilidad de leer porque no entiende lo que lee, antes era un lector asiduo. Imposibilidad al cálculo.

✓ → Cambia las palabras al hablar, con ocasionales episodios de afasia nominal o dice palabras cambiadas.

✓ → Algún episodio de descoordinación motora con varias caídas.

4º Clínica Álgida:

✓ → Presenta dificultades para su autoaseo por dolor, con dificultad a los movimientos finos.

✓ → Mialgias como agujetas con debilidad muscular y marcadas caídas de objetos, con fatiga muscular precoz.

✓ → Contracturas musculares.

✓ → Parestesias, disestesias e hipoestesia en cara y piernas.

✓ → Intolerancia la bipedestación más de 10-15 minutos por pérdida de fuerza muscular, (lleva a todos los sitios una silla portátil para poderse sentar).

✓ → Marcados dolores en pie por talalgias que le obligan a cambiarse varias veces al día de zapatos (hasta 3 y 4 veces).

5º Alteración en el patrón del sueño

✓ → Insomnio y alteraciones en el ritmo del sueño.

6º Sintomatología Inmunológica en forma de:

✓ → Aftas bucales recurrentes sin claros herpes.

✓ → Sensación distérmica continúa con fiebre continúa desde el inicio del cuadro.

✓ → Síndrome seco clínico bucal no ocular. (No estudiado).

✓ → Odinofagia de repetición.

El diagnóstico se hace en base a las molestias que se han señalado previamente y a los datos que el Médico encuentra en la exploración. Se valora: (del Libro de Valoración de la Incapacidad Laboral, Dr. José A. Ojeda Gil, pág. 131, Editorial Díaz de Santos, 2005):

A - Cuadro doloroso de larga evolución (más de 12 meses) y existencia de los puntos dolorosos específicos, "Tender Points" (18 en total según el American College of Rheumatology, y 22 según nuestro Protocolo clínico). La valoración de los mismos se ha realizado clínicamente por presión digital, con buscapuntos láser y algómetro

✓1- Occipital bilateral a nivel inserción músculo suboccipital.

✓2- Cervical bajo, bilateral en región anterior correspondientes a espacios intertransversos C5-Cc6.

✓3- Trapecios, bilateral en mitad borde superior.

- ✓4- Supraespinoso: bilateral en su origen en la región escapular, cerca de la línea media.
- ✓5- Costilla 2ª: bilateral en la unión condrocostal segunda, lateral a las uniones superficiales.
- ✓6- Epicóndilo lateral: bilateral a 2 cm de los epicóndilos.
- ✓7- Glúteos: bilateral, en los cuadrantes superoexternos en el pliego anterior del músculo.
- ✓8- Trocánter mayor: bilateral, posterior a la eminencia trocantérea.
- ✓9- Rodillas: bilateral, en eminencia grasa media, próxima ala línea media.
- ✓10- Tendones Aquilianos bilateral, en su punto de inserción en el calcáneo.
- ✓11- Calcáneo bilateral, a la maniobra de compresión mediante pinza digital del examinador, este dolor es confundido muchas veces en exámenes anteriores con espolón de calcáneo bilateral. Se ratifican con el buscador de puntos de dolor láser dina presión.

B - Pruebas para la valoración del dolor, como la de L.O.P. (López-Ojeda-Padrón):

Es muy importante, en el historial de los pacientes, la valoración de las patologías coexistentes, pues la fibromialgia no es una enfermedad invalidante por sí misma, sino que causa baja en los periodos de agudización que presenta.

En las patologías asociadas, encontramos siempre cuadros distímicos, patología psiquiátrica, que se pueden catalogar de crisis de depresión, ansiedad, depresión mayor, patologías crónicas recurrentes. Las encontramos antes de aparecer la fibromialgia, o durante el proceso, o en sus últimos estadios.

Según los estudios fisiopatológicos, la serotonina está disminuida en los dos procesos, la persistencia de esta unión-támdem, evoluciona al círculo álgido: a más dolor → más depresión, → a más depresión, → más dolor.

En otros casos la patología dolorosa es originada por lesiones radicales, que constituyen un foco de agudización del síndrome fibromiálgico, y alteraciones morfológicas, (contractura posicional, atrofias, ...etc). consecuentes a Síndrome Doloroso.

El médico evaluador tiene que tener presente las diferentes **formas de presentación de la fibromialgia:**

A.SEGÚN SU ORIGEN

- **Fibromialgia Primaria:** Cuadro Clásico de Fibromialgia de dolor generalizado y puntos sensibles, en ausencia de otras patologías.
- **Fibromialgia Concomitante:** La Fibromialgia aparece asociada con otra u otras patologías, que pueden determinar parte pero no toda la sintomatología del paciente (en particular, dolor local).
- **Fibromialgia Secundaria:** En la que la Fibromialgia aparece junto a otra patología como manifestación de la enfermedad subyacente, y en que mejorar los síntomas de la Fibromialgia con el tratamiento de la enfermedad primaria se ha atribuido tal relación a la polimialgia, a disturbios endocrinos, (hipotiroidismo), a infecciones (brucelosis) y a síndromes paraneoplásticos.
- **Fibromialgia Juvenil:** Entre los 9 y 17 años de edad, con incidencia especial en las niñas entre los 13 y 15 años de edad, que asemeja a la Fibromialgia del adulto.
- **Fibromialgia del Anciano:** De aparición por encima de los 65 años, que requiere especial atención al diagnóstico diferencial y a la patología concomitante y secundaria.
- **Fibromialgia Reactiva:** Incluye a aquellos pacientes a los cuales es identificable un episodio específico inmediatamente antes del inicio de la enfermedad: traumatismo (especialmente de accidente de tráfico), infección, cirugía y sucesos estresantes, incluso abuso sexual infantil.
- **Fibromialgia Regional:** Sería superponible al Síndrome del Dolor Miofascial, y se pueden diferenciar los cuatro cuadrantes, con afectación de todos o de cada uno.

B. SEGÚN SU EXPRESIÓN:

- Con predominio de **dolor y cansancio.**
- Con predominio de **múltiples puntos de dolor.**
- Con predominio de **sensación de tumefacción y agarrotamiento.**
- Con predominio de **clínica asociada.**
- Con predominio de **depresión, ansiedad y estrés.**

El médico evaluador, para llegar al diagnóstico de certeza, tiene que saber que hay otros procesos que obligan a hacer el diagnóstico diferencial de la fibromialgia

El **diagnóstico diferencial** se hará con diferentes patologías que se manifiesten con dolor muscular y rigidez: Síndrome de Fatiga Crónica. Síndrome Doloroso Miofascial. Polimiositis. Poliartritis Reumatoide. Polineuropatías Endocrinas. Osteoporosis, y otros.

| Diferencias entre FIBROMIALGIA y SÍNDROME DOLOROSO MIOFASCIAL | | |
|--|---|-------------------------------------|
| Características | FIBROMIALGIA | SÍNDROME DOLOROSO MIOFASCIAL |
| Distribución | Simétrica y dolores difusos | Asimétrica y local con puntadas |
| Sexo | Mayoritariamente mujeres (más del 80%). | Ambos sexos |
| Edad | Preferentemente entre 40 - 60 años | Cualquier edad |
| Localización | 18 tender points | Puntos gatillo/Trigger points |
| Algiometría | 4 kg de peso | Menos de 2 Kg de peso |
| Irradiación | Espalda/crónica | Puntos específicos |
| Actividad Muscular | Dolor difuso | Dolorida en áreas |
| Contracción local a la palpación | Ausente | Frecuente |

CUADRO COMPARATIVO

| | Fibromialgia | Síndrome Fatiga Crónica |
|--------------------------------|------------------------------------|---|
| DOLOR | Puntos Tender | Dolor Generalizado |
| RIGIDEZ | Principalmente matutina | No tan marcada |
| CANSANCIO | Sí, pero se recupera con el reposo | Sí, no se recupera con el reposo 24 horas |
| SUEÑO | Mala calidad | Mala calidad |
| FARINGITIS/GANGLIOS | No | Sí |
| ANSIEDAD/DEPRESIÓN | Sí | Sí |
| PRUEBAS LABORATORIO ESPECIALES | DE No | No |

El médico tratante, evaluador o perito, después de haber estudiado el historial médico, la exploración realizada y pruebas solicitadas, tendrá que valorar la confirmación del Síndrome Fibromiálgico y las patologías adjuntas que la acompañan, formando una verdadera constelación en el que el epicentro es la Fibromialgia.

Estos procesos reactivan el Síndrome Fibromiálgico transformándolo en un cuadro doloroso crónico persistente. En el momento de realizar la valoración hay que tener en cuenta el déficit funcional causado por el dolor y por las alteraciones psiquiátricas o de otra índole, por dolores radiculares, déficit funcional en articulaciones.. etc, presentes en el enfermo.

Para la Valoración de una Incapacidad, relacionada con la Fibromialgia, lo más importante es hacer el **diagnóstico de Fibromialgia**, que será cuando:

- Se realice el Protocolo Clínico para el diagnóstico de la Fibromialgia y conteste positivamente a 25 o más de las 31 preguntas de las que consta.
 - Se presenten más del 80% de los puntos fibromiálgicos.
 - Se realicen pruebas de valoración del dolor, como la prueba L.O.P., u otras, que objetiven patologías que originan dolor y exista tratamiento por la Unidad del Dolor, debido a la intensidad del dolor que presenta el paciente
 - Aparezcan alteraciones morfológicas: atrofas, actitudes posicionales antiálgicas... etc.
 - Haya valoración psiquiátrica que se pueda incluir en uno de los apartados del DSM-IV de Trastornos Adaptativos, o de otras patologías psiquiátricas. La cronificación de los mismos, da lugar a la aparición del círculo álgido: más dolor más depresión más depresión más dolor.....
-
- **Hiperactividad simpática.**
-
- Los **Tenders Points** fibromiálgicos **son puntos de alta resistencia eléctrica y baja capacitancia celular**, comparativamente con otros puntos dolorosos o en una paciente normal.
-
- **Pobre oxigenación celular**, según lo observado en frotis sanguíneo y pulsioximetría

Un enfermo diagnosticado de Fibromialgia, y que se acompaña de otras patologías, no podrá realizar una vida normal ni en el ámbito personal ni de ocio. Laboralmente no podrá actuar con la necesaria continuidad, dedicación, eficacia y profesionalidad exigible a todo trabajador, fuera de todo heroísmo o espíritu de superación excepcional por su parte, para poder ser rentable a la Empresa y a la Sociedad.

DISCAPACIDAD

Si tenemos que valorar la discapacidad de una persona en relación al **Real Decreto 1971/1999 de 23 de Diciembre de Procedimientos para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía**, no encontramos la Fibromialgia como enfermedad discapacitante, pero sí que se puede valorar cada una de las discapacidades que presenta en **las diferentes localizaciones fibromiálgicas**, (déficits articulares, neuropatías, radiculopatías, etc). Se hace la suma de las discapacidades obtenidas aplicando la Tabla de Valores Combinados, y obtendremos la discapacidad que presenta el paciente.

VALORACIÓN MÉDICA DE LA FATIGA CRÓNICA

Y SU REPERCUSIÓN SOBRE LA INCAPACIDAD LABORAL.

Se diagnostica basándonos en los criterios descritos en Atlanta.

- **Criterios Básicos Mayores**

- Persistencia del cuadro distímico de más de 6 meses, (Cansancio que no mejora con el descanso, no han existido antecedentes de sobrecarga o sobreesfuerzo, y que origina un déficit funcional orgánico, psíquico en todas las actividades del paciente, personales, de ocio, laborales.

- A estas alteraciones básicas, se añaden los llamados **criterios menores:**

- Polimialgias con debilidad muscular.
- Poliartralgias sin signos inflamatorios.
- Adenopatías cervicales o axilares.
- Cuadros de faringitis de repetición.
- Cefaleas de intensidad y persistencia variable.
- Persistencia de la fatiga en más de 24 h.
- Sueño no reparador.
- Trastornos de la concentración y de la memoria.

Clínicamente, se acepta la presencia de un criterio mayor, más cuatro de los menores para concretar el diagnóstico clínico de Síndrome de Fatiga Crónica.

A partir de 1997, se acepta como valoración objetivable, datos de laboratorio: Rnase-L Ratio (LMW/HMW) x 10) elevado Th1/Th2 Cytokine Arrays, elevado Positividad Citomegalovirus y V.E.B. (virus de Epstein Barr).

En el momento actual, el médico evaluador tendrá que tener presente:

1. Diagnóstico clínico según los indicadores - criterios citados.
2. Datos de laboratorio, orientativo.
3. Valoración médica de isocinéticos y electromiografía para valoración de la debilidad muscular y pruebas de esfuerzo.

4. Pruebas de polisomnografía del sueño.
5. Valoración psiquiátrica para poder descartar patología psiquiátrica o síndrome adaptativo consecuente a su enfermedad. Pruebas neurofisiológicas.

El paciente afecto de Síndrome de Fatiga Crónica, no puede realizar ninguna actividad personal, de ocio o laboral, sin que conlleve la consecuencia de tener que hacer reposo a continuación y que éste no pueda recuperarse sino transcurridas 24 horas o más.

Un enfermo diagnosticado de Fatiga Crónica, y que se acompaña de otras patologías, no podrá realizar una vida normal ni en el ámbito personal ni de ocio. Laboralmente no podrá actuar con la necesaria continuidad, dedicación, eficacia y profesionalidad exigible a todo trabajador, fuera de todo heroísmo o espíritu de superación excepcional por su parte, para poder ser rentable a la Empresa y a la Sociedad.

DISCAPACIDAD

Si tenemos que valorar la discapacidad de una persona en relación al **Real Decreto 1971/1999 de 23 de Diciembre de Procedimientos para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía**, no encontramos la **Fatiga Crónica como enfermedad discapacitante**, pero sí que se puede valorar cada una de las discapacidades que presenta en los diferentes aparatos y sistemas, (déficits articulares, neuropatías, radiculopatías, etc). Se hace la suma de las discapacidades obtenidas aplicando la Tabla de Valores Combinados, y obtendremos la discapacidad que presenta el paciente.

ESTRUCTURA FORMAL ORIENTATIVA DE UN INFORME MÉDICO PERICIAL

- ***PREÁMBULO***

Datos del perito: doctor, médico, especialista, número de colegiado y dirección del despacho.

Requerido a instancias de: persona, entidad o autoridad.

Objeto del informe: valoración médico pericial, valoración de causas y secuelas, etc.

Identificación del lesionado: nombre, D.N.I. fecha de nacimiento y profesión.

- ***HISTORIAL MÉDICO***

Confección de una historia clínica concretando antecedentes familiares, patológicos y en caso de accidente, cómo ha ocurrido (muy importante)

El paciente, aportará toda la documentación que posea para acreditar sus manifestaciones. También debe referir cómo se encuentra o las patologías que presenta o padece en la actualidad.

- ***EXPLORACIÓN CLÍNICA***

Se seguirán los protocolos que se dispongan. Se aconseja una exploración general de todos los sistemas e insistiendo en aquellos que estén afectados por la enfermedad o por el traumatismo.

- ***EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS***

Valorar las exploraciones que aporta el paciente y solicitar las que se consideren necesarias para poder realizar un juicio diagnóstico. Pueden ser las de laboratorio, radiografías, radiología especializada, electromiografías, electroencefalogramas, electrocardiogramas, etc. Protocolo del Centro de Traumatología Teldense para el diagnóstico de la Fibromialgia.

- ***JUICIO DIAGNÓSTICO***

Con el historial médico, la exploración clínica efectuada y las pruebas aportadas por el paciente, se hace un **juicio diagnóstico**.

Se valorará el tratamiento médico-quirúrgico y si hay posibilidades de efectuarlo. **En el momento actual hay que tener en cuenta la aceptación del actor mediante el consentimiento informado.**

Se señalarán los DÉFICIT FUNCIONALES QUE LE QUEDAN, precisando qué actividades no podrá realizar, razonando cada una de ellas, realizando para ello un acercamiento ergonómico en relación a la Lesión- Secuela.

BIBLIOGRAFÍA

American Medical Association. *Guías para la evaluación de las deficiencias permanentes*. 4ª Edición. 2ª impresión. 1994

Barrot, Robert: *Le dommage corporel et sa compensation*. Págs. 230 y 231. Editions Litec, París. 1988.

B.O.E. Nº 22 del [26.01.00](#). Pág. 3317. Real Decreto 1971/99 del 23 de Diciembre.

CIE-9 MC Conferencias y apuntes de la Diplomatura de Valoración de Incapacidades del ESSSCAN.2002

De Ángel, R.: *La experiencia española en materia de valoración del daño corporal*. CDC 89, Madrid 21 y 22 de Junio. 1989

Diccionario Jurídico: Edit. Fórum. 5ª edición.

Diccionario Médico: Edit. Masson. 13ª edición.

Diez Agúndez, Mª del Rosario: *Comentarios sobre valoración clínica del dolor corporal*. www.peritajemedicoforense.com (07.02.03).

Idoate García V. M.: *El problema del diagnóstico del síndrome fibromiálgico en salud laboral*. Revista Española del Daño Corporal, nº 5. Pág. 32. 1997.

Instituto Nacional de la Salud: *Manual de gestión de la incapacidad temporal*. 2ª edición. 1998.

Isasi Zaragoza, C.: *Valoración de la incapacidad laboral en Reumatología. Fibromialgia. Guía de valoración del menoscabo permanente*. INMST. Tomo I. Pág. 215. 1998.

Lain-Entralgo, P.: *El diagnóstico médico*. Edit. Salvat, reimpresión. 1988.

León Iglesias, J.: *Algunas consideraciones médico legales entorno a la Fibromialgia y/o Síndrome de la Fatiga Crónica*. Revista Rheuma, nº 3. Pág. 28. 2002.

Mellenec, L.: *Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo internacional de invalideces*. Editorial Masson.

Ojeda Gil, J. A.: *Dolor corporal. Aspectos médico legales*. Medicina y Derecho nº 2. Pág. 96. 1997.

Ojeda Gil, J. A. y Diez Agúndez M^a R.: *La historia clínica en la pericia médica y el informe médico pericial*. Canarias Médica Quirúrgica. Pág. 43. Septiembre-Diciembre 2003.

Ojeda Gil, J. A. y Otros: *Miscelánea sobre Patología Ósea, Social y Laboral*. Ediciones P. Fleitas y CTT. Gran Canaria. 1995.

Ojeda Gil, J. A. y Otros: *Valoración del daño corporal personal. Comentarios*. Ediciones P. Fleitas y CTT. Gran Canaria. 1997.

Ojeda Gil, J.A. y Otros: *Consideraciones acerca del Síndrome Fibromiálgico y su repercusión sobre la Incapacidad Laboral*. www.peritajemedicoforense.com (junio 2007).

Ojeda Gil, J.A: *Valoración del la Incapacidad Laboral*. Editorial Díaz de Santos. Año 2005.

Ojeda Gil, J.A: *Protocolo Clínico para el Diagnóstico de la Fibromialgia*, www.peritajemedicoforense.com (2007), y revista "Avanzando" de la Asociación del Enfermos de Fibromialgia y Fatiga Crónica de Ávila, (AFMAVI) Nº 5 Noviembre 2007.

Ollo Luri, M. P.: *La Fibromialgia. ¿Enfermedad Incapacitante?. Principales problemas médicos y jurídicos laborales de esta enfermedad y su tratamiento*. Jurisdicción Social. Revista Social Mes a Mes, nº 79. Noviembre 2002.

Palma Gutiérrez, J: *La mal llamada enfermedad del Síndrome de Fatiga Crónica*. Sevilla 2007. ISBN 978346118075-2

Rodríguez Jouvencel, M.: *Ergonomía básica aplicada a la medicina del trabajo*. Edit. Díaz de Santos. 1994.

Rodríguez Jouvencel, M.: *Manual del perito médico*. Edit. Bosch. 1991 y edición 2002

Rousseau, C.: *Incapacité temporaire totale et incapacité temporaire partielle dans la réparation du dommage corporel en droit commun*. Rev. Franc. Dommage Corporel. 2: 167-176. 1991.

Rubisten, S.J.: *Las incapacidades laborativas*. Edit. Ábaco de Rodolfo Depalma. Pág. 74. Buenos aires.