

Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia, 2012

Health related quality of life in adults with fibromyalgia, 2012

Jaiberth Antonio Cardona-Arias¹, Vanessa León-Mira², Alejandro Antonio Cardona-Tapias²

Palabras clave:

Fibromialgia, calidad de vida, salud, Colombia.

RESUMEN

Introducción: La fibromialgia constituye un grave problema de salud por la afectación de las capacidades funcionales de los pacientes, su elevada prevalencia, los costos de su tratamiento, y el deterioro de la calidad de vida individual y familiar.

Objetivo: Describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y su asociación con aspectos demográficos, socioeconómicos y de salud, en personas con fibromialgia de Medellín.

Materiales y métodos: Estudio transversal en 100 adultos con fibromialgia. Se aplicó una encuesta y el FIQ (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*). El análisis se realizó con proporciones, medidas de resumen, intervalos de confianza, t Student, U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis, ANOVA y regresión lineal múltiple.

Resultados: 92% fueron mujeres, la prevalencia de comorbilidad fue de 81%. En las dimensiones del FIQ la función física presentó el resultado más favorable, mientras que los puntajes más deficientes se registraron en dolor, fatiga y sentirse bien; el puntaje global de CVRS fue de 60,5. Algunos factores asociados a la CVRS fueron la edad, el ingreso económico, la escolaridad, la ocupación y el régimen de afiliación en salud. Según los modelos de regresión, la salud percibida es el factor más relevante para la CVRS en fibromialgia, y las variables incluidas en cada dimensión del FIQ presentaron coeficientes de determinación entre 14% y 39%.

Conclusión: La CVRS fue baja en el grupo de estudio, su medición resulta de gran relevancia para diseñar, implementar, seguir y evaluar programas de prevención, atención y rehabilitación, y complementar indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad y expectativa de vida.

Recibido:
8 de noviembre de 2012

Aceptado:
11 de febrero de 2013

Key words:

Fibromyalgia, quality of life, health, Colombia.

SUMMARY

Introduction: Fibromyalgia is public health problem for the impact in of the functional capabilities of patients, its high prevalence, treatment costs and the deterioration of the quality of life of the individual and his family.

Objective: To describe the health related quality of life (HRQOL) and its association with demographic, socioeconomic and clinical conditions in adults with fibromyalgia in Medellín.

Materials and methods: Cross-sectional study in 100 adults with fibromyalgia. A survey and FIQ were applied. The analysis was performed with proportions, summary measures, confidence intervals, t Student, U Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, ANOVA and multiple linear regression.

Results: 92% were women, the prevalence of comorbidity was 81%. The dimensions of the FIQ Physical Function presented the most favorable outcome, while poorer scores were in Pain, Fatigue and Feeling good, global HRQoL score was 60,5. Some factors associated with HRQoL were age, income, education, occupation and health system affiliation. According to the regression models the perceived health is the most important factor for HRQOL in fibromyalgia and the variables included in each dimension of FIQ showed coefficients of determination between 14% and 39%.

Conclusion: HRQL was low in the study group, its measurement is of great importance to design, implement, monitor and evaluate programs for prevention, care and rehabilitation, and complement traditional measures of morbidity, mortality and life expectancy.

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés al momento de la redacción del manuscrito.

1 Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Colombia.

2 Unidad de Investigación. Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Medellín.

Correspondencia:

Jaiberth Cardona Arias: jaiberthcardona@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por la presencia de dolor músculo-esquelético generalizado, asociado a fatiga, trastornos del sueño, parestesias en extremidades, depresión, ansiedad, sensación de tumefacción en manos, cefaleas, rigidez articular e intestino irritable¹⁻². Su diagnóstico se realiza según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, los cuales incluyen dolor generalizado por un tiempo igual o superior a tres meses y dolor músculo-esquelético e hipersensibilidad inducida por la presión en 11 de 18 puntos dolorosos²⁻³.

A pesar de las controversias existentes sobre este diagnóstico, como el no tener un mecanismo fisiopatológico claro y presentar elevada subjetividad en la medición del dolor, esta enfermedad es reconocida por la Organización Mundial de la Salud, OMS, como un diagnóstico diferenciado desde 1992, cuando se incluyó en la CIE-9, debido a la necesidad de agrupar e identificar un grupo de personas con un cuadro clínico similar y un proceso fisiopatológico común^{1,4}.

Constituye un trastorno reumático común pero pobremente diagnosticado². Su prevalencia puede oscilar entre 0,7% y 5% en la población general, siendo mayor en personas entre 35 y 60 años de edad, baja escolaridad, niños y adolescentes^{2,5-6}. Afecta nueve veces más a mujeres que a hombres, principalmente después de los 20 años. Los costos de su manejo son altos, se estima que en Europa son de 7.800 euros por paciente por año, incluyendo consultas con medicina general y especializada, medicamentos formulados y no formulados, y programas de rehabilitación^{1,7}. En personas con algunas comorbilidades, principalmente migraña, se han hallado prevalencias de fibromialgia que oscilan entre 10% y 37%⁸. En Colombia no hay datos sobre la epidemiología de este síndrome.

Sumado a lo anterior, existen otros factores que agudizan esta problemática como: i) alteración en el desarrollo de las actividades diarias y en el desempeño laboral, ii) desarrollo de depresión, trastornos de ansiedad y del sueño, iii) disminución del tiempo de reincorporación laboral y aumento de incapacidades médicas, iv) baja efectividad del tratamiento, v) deterioro de la salud individual y familiar, vi) repercusiones económicas y sociales, y vii) impacto negativo

sobre la capacidad física, la actividad intelectual, el estado emocional, las relaciones personales y la salud mental; todo ello afecta considerablemente la calidad de vida de los enfermos^{1,3,7,9}.

La calidad de vida y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), según la OMS, aluden a la forma en que un sujeto percibe su cotidianidad, sus objetivos, normas, criterios y preocupaciones, y el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive; subsume la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y las creencias personales¹⁰⁻¹¹. El conocimiento de las dimensiones de CVRS más afectadas por la fibromialgia resulta de gran relevancia para evaluar el funcionamiento de los pacientes en diferentes áreas, conocer su estado de salud, realizar detección precoz de problemas, predecir la evolución de la enfermedad, desarrollar y evaluar modelos de atención-intervención en salud, optimizar el uso de recursos institucionales y orientar la formulación e implementación de medidas de salud pública¹².

No obstante, la relevancia de la evaluación de la CVRS de personas que viven con fibromialgia, en Colombia son reducidas las publicaciones que han abordado este tópico, por lo cual se realizó una investigación con el objetivo de describir la CVRS y su asociación con aspectos demográficos, socioeconómicos y de salud en personas con fibromialgia atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Medellín durante el 2012.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo transversal.

Sujetos: El estudio se desarrolló en 100 sujetos mayores de 18 años con fibromialgia, diagnosticados según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, los cuales asisten a consulta con especialista en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Medellín.

Recolección de la información: Se utilizó fuente de información primaria basada en una encuesta de aplicación individual que incluyó variables demográficas, socioeconómicas, de salud, el cuestionario de adherencia SMAQ (*Simplified Medication Adherence*

Questionnaire), este último permitió determinar si cada participante era o no adherente al tratamiento farmacológico¹³. Además, se aplicó el FIQ para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud.

FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*

Desde 1994 se desarrolló este instrumento específico para medir el impacto de la fibromialgia en la capacidad funcional y en la calidad de vida de las personas que la padecen. El instrumento evalúa el impacto de la fibromialgia en 10 dimensiones: 1) capacidad física, 2) posibilidad de realizar el trabajo habitual, 3) el grado de afectación de la actividad laboral remunerada (ausencia laboral); valoración subjetiva de algunos aspectos relevantes del cuadro clínico como 4) dolor, 5) fatiga, 6) sensación de cansancio y 7) rigidez; y tres dominios relacionados con el estado emocional, 8) sentirse bien, 9) ansiedad y 10) depresión. Las 10 dimensiones generan un puntaje de 1 a 10, indicando 1 el mejor resultado de CVRS o menor afectación a causa de la fibromialgia; con ellas se genera un puntaje global en un rango de 0 a 100.

Los puntos que componen el instrumento fueron extraídos de la interacción clínica con los pacientes, de los trabajos preexistentes acerca de fibromialgia y de otros instrumentos de valoración del estado de salud de los pacientes reumatológicos. La evaluación psicométrica del instrumento ha evidenciado que el FIQ es un instrumento válido tanto para la investigación como para la clínica, ha sido validado y adaptado en diferentes idiomas, inclusive el español; además, la validación de la versión en español fue transcultural, con coeficientes de correlación intraclase superiores a 0,81 y buena reproducibilidad test-retest¹². El FIQ como medida de resultado, es el instrumento de elección para evaluar el impacto global de la fibromialgia en el estado de salud y la CVRS^{4,14}.

Análisis estadístico

Para la descripción de los pacientes se calcularon medidas de resumen y proporciones.

Para cada una de las 10 dimensiones FIQ y para su puntaje global se calcularon medidas de resumen con el fin de describir el perfil de CVRS en una escala de 1 (mejor) a 10 (peor), adicional a ello, se evaluó la percepción de la calidad de vida y de la salud a partir de una escala visual análoga donde la mejor valoración

presentaba el puntaje 1 y la peor 10, para mantener la misma puntuación del FIQ.

Los puntajes de cada una de las dimensiones del FIQ se compararon según las variables independientes así: i) con la edad, los años de estudio, los ingresos mensuales y el IMC a través de coeficientes de correlación de Spearman, ii) con variables dicotómicas como sexo, patrimonio, comorbilidad, presencia de enfermedad el último mes y hospitalización el último año, adherencia terapéutica y régimen de salud mediante las pruebas t Student y U de Mann Whitney, y iii) con las variables politómicas como estrato social, estado civil y ocupación a través de Anova y H de Kruskal Wallis. La elección de pruebas paramétricas o no paramétricas se realizó según el cumplimiento del supuesto de normalidad bi variada y el de homocedasticidad para el Anova. Se realizaron las pruebas de normalidad de Kolmogorov Smirnov con corrección de la significación de Lilliefors y Shapiro-Wilk, y prueba de homogeneidad de varianzas por el estadístico de Levene.

Con el fin de describir el efecto simultáneo y recíproco de las variables independientes en cada uno los puntajes del FIQ se realizó análisis multivariante a través de modelos de regresión lineal, en éstos se evaluó el cumplimiento de los supuestos de aleatoriedad de Y (cada dimensión de calidad de vida) con la prueba de las rachas, el de linealidad con ANOVA, la normalidad y varianza constante de los residuos, la incorrelación de los residuos con Durbin Watson, la no colinealidad o multicolinealidad con la estimación de la tolerancia de cada variable y el FIV (Factor de Inflación de la Varianza), y la significación estadística de los coeficientes de regresión.

En todos los análisis se tomó un nivel de significación estadística de 0,05. Los datos fueron almacenados y analizados en una base de datos en *Statistical Package for the Social Sciences for Windows, software SPSS versión 20,0*.

Aspectos éticos: En todas las etapas del proyecto se tuvieron presentes los principios de la resolución 8430 y de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Prevalció el respeto a la dignidad de los sujetos de estudio y la protección de sus derechos y de su privacidad, a los participantes se les informó el propósito, riesgos y beneficios del estudio, mediante el consentimiento informado.

RESULTADOS

El 92% del grupo de estudio fueron mujeres, aproximadamente la mitad pertenecientes a estrato social medio, casados o en unión libre, el 46% tiene como ocupación los oficios de hogar, el 64% no presenta patrimonio, la prevalencia de comorbilidad fue de 81%, el 85% presentó enfermedad o accidente el mes previo a la realización del estudio, el 80% fue hospitalizado al menos una vez durante el último año y el 94% está afiliado al régimen contributivo en

salud (Tabla 1). Entre las principales comorbilidades se registró osteoartritis (23%), artritis reumatoide (16%), osteoporosis (10%) y lupus eritematoso sistémico (7%).

La edad promedio fue 54 años, con rango entre 21 y 79 años; el 50% presenta 5 o menos años de estudio aprobados con rango entre 2 y 11, el 50% del grupo de estudio presentó sobrepeso u obesidad (Tabla 1).

El puntaje promedio de salud percibida fue 5, mientras que el de calidad de vida percibida fue 3. En

Variable	Categorías	%	
Sexo	Masculino	8	
	Femenino	92	
Estrato social	Bajo (1-2)	44	
	Medio (3-4)	52	
	Alto (>4)	4	
Estado civil	Soltero	18	
	Casado/unión libre	56	
	Separado/divorciado	13	
	Viudo	13	
Ocupación	Trabajando	34	
	Estudiando	2	
	Oficios del hogar	46	
	Otra actividad	13	
	Incapacitado permanente	5	
Patrimonio	Ninguno	64	
	Alguno	36	
Otra enfermedad	No	19	
	Si	81	
Enfermedad último mes	Si	85	
	No	15	
Hospitalización último año	Si	80	
	No	20	
Adherencia al tratamiento	Si	54	
	No	46	
Afiliación en salud	Contributivo	94	
	Subsidiado	6	
	X ± DE	Me (RI)	Rango
Edad	54,1 ±12,3	54,0 (47,3 - 64,0)	21 - 79
Escolaridad	5,8 ±3,1	5,0 (3,0 - 8,0)	2 - 11
Índice de masa corporal	27,0 ±4,5	25,8 (23,9 - 30,1)	16,2 - 39,1
Ingresos en miles	827 ±576	567 (567 - 1.000)	80 - 3.200

X: Media. DE: Desviación estándar. Me: Mediana. RI: Rango intercuartil.

Tabla 1.
Descripción de algunas características sociodemográficas y de salud del grupo de estudio.

las 10 dimensiones del FIQ el resultado más favorable fue la función física, mientras que los puntajes más deficientes se registraron en dolor, fatiga y sentirse bien; por su parte, el puntaje global de CVRS presentó una media de 60,5 y el 50% de los valores centrales estuvo entre 48 y 77 puntos (Tabla 2).

En la comparación de las dimensiones del FIQ, según las características del grupo de estudio, se observó una correlación estadísticamente significativa con la salud y calidad de vida percibidas; la edad presentó correlación con sentirse bien, fatiga, cansancio matutino, rigidez y el puntaje global de CVRS; el ingreso se correlacionó con la función física, mientras que la escolaridad y el IMC no presentaron correlación estadísticamente significativa con ninguna dimensión (Tabla 3).

La ausencia laboral y la fatiga presentaron asociación estadísticamente significativa con la ocupación, el trabajo con las comorbilidades, el cansancio matinal con el patrimonio y la ocupación, y la rigidez con el presentar enfermedad o accidente durante el último mes (Tabla 4). Entre tanto, el sentirse bien presentó asociación estadística con el patrimonio, el régimen y la ocupación, la ansiedad con la hospitalización y el régimen de afiliación en salud, la depresión con las comorbilidades, la adherencia al tratamiento y el régimen de afiliación en salud; finalmente, el puntaje global de CVRS presentó asociación estadística con la hospitalización (Tabla 5).

En la tabla 6 se presentan los modelos de regresión para cada una de las dimensiones de CVRS y el puntaje global, en éstos se observó que la salud percibida fue una de las variables más importantes para casi todos los dominios analizados, además, las variables incluidas en cada dimensión del FIQ presentaron un valor explicativo importante al registrar coeficientes de determinación entre 14% y 39% (Tabla 6).

DISCUSIÓN

En el actual estudio se halló un índice mujer: hombre de 9, el 81% presentó alguna comorbilidad y la prevalencia de sobrepeso u obesidad fue del 50%. La dimensión de CVRS con mejor puntaje fue la función física, los resultados más desfavorables se hallaron en dolor, fatiga y sentirse bien, y los principales factores asociados con la CVRS de las personas incluidas en el estudio fueron la edad, el ingreso económico, la ocupación, el régimen de afiliación en salud y las comorbilidades.

Con respecto a la magnitud de este problema de salud y su distribución por sexo, se han realizado estudios que refieren una prevalencia de fibromialgia entre 2% y 5% en la población general, con predominio en mujeres de todos los grupos etarios³; en mayores de 20 años se han realizado reportes que indican una prevalencia del 2,4%, fluctuando entre 0,2% para

Calidad de vida	X ± DE	Me (RI)	Rango
Dimensiones del FIQ			
Función física	3,0±2,4	2,9(1,3 - 4,4)	1,0 - 10,0
Sentirse bien	7,3±3,2	8,6 (4,3 - 10,0)	1,0 - 10,0
Ausencia laboral	4,5±4,3	4,0(1,0 - 10,0)	1,0 - 10,0
Trabajo	6,8 ±3,2	8,0(5,0 - 10,0)	1,0 - 10,0
Dolor	8,0±2,3	9,0(7,0 - 10,0)	1,0 - 10,0
Fatiga	7,7 ±2,6	8,0(7,0 - 9,0)	1,0 - 10,0
Cansancio matutino	7,0±3,2	8,0(5,0 - 9,0)	1,0 - 10,0
Rigidez	4,3±3,7	1,5 (1,0 - 8,0)	1,0 - 10,0
Ansiedad	5,5 ±3,6	6,0(1,0 - 9,0)	1,0 - 10,0
Depresión	5,8±3,5	7,0 (1,0 - 9,0)	1,0 - 10,0
Puntaje global	60,5±21,5	64,2 (47,8 - 76,7)	9,4 - 95,7
Calidad de vida percibida	3,02±1,959	2,00 (2,00 - 4,00)	1 - 8
Salud percibida	5,16±2,381	6,0(4,0- 8,0)	1 - 8

Tabla 2.

Descripción de la calidad de vida relacionada con la salud según las dimensiones del FIQ

X: Media. DE: Desviación estándar. Me: Mediana. RI: Rango intercuartil.

	Edad	Escolaridad	Ingreso	IMC	Salud percibida	CV percibida
Función física	-0,080	0,057	-0,365**	0,057	0,352**	0,269**
Sentirse bien	-0,305**	0,090	-0,057	0,049	0,458**	0,208*
Ausencia laboral	-0,056	0,094	0,013	0,121	0,290	0,429**
Trabajo	-0,183	0,027	-0,265	0,047	0,481**	0,139
Dolor	-0,115	-0,083	-0,091	0,134	0,529**	0,231*
Fatiga	-0,247*	-0,087	-0,059	0,086	0,511**	0,348**
Cansancio matutino	-0,347**	-0,074	-0,071	0,147	0,539**	0,329**
Rigidez	-0,214*	-0,031	0,000	-0,053	0,300**	0,304**
Ansiedad	0,006	-0,022	-0,089	-0,054	0,434**	0,230*
Depresión	0,000	0,089	-0,225	0,077	0,483**	0,273**
Puntaje global	-0,223*	0,018	-0,183	0,080	0,607**	0,379**

Tabla 3.
Correlación de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud del FIQ según algunas características del grupo de estudio.

CV: Calidad de vida

* Coeficiente de correlación de Spearman es significativo en el 0,05.

** Coeficiente de correlación de Spearman es significativo en el 0,01.

	Función física		Ausencia laboral		Trabajo		Dolor		Fatiga		Cansancio matinal		Rigidez	
	X	M	X	M	X	M	X	M	X	M	X	M	X	M
Sexo														
Masculino	4	3	7	8	6	7	7	9	7	8	7	8	6	7
Femenino	3	3	4	2	7	8	8	9	8	8	7	8	4	1
Valor p	0,646a		0,147a		0,841a		0,739a		0,545a		0,757a		0,372a	
Patrimonio														
Ninguno	3	3	5	5	7	8	8	9	8	8	7	9	4	2
Alguno	3	2,5	4	3	7	8	8	9	7	8	6	8	4	2
Valor p	0,917b		0,604a		0,620a		0,687a		0,421a		0,037*a		0,653a	
Otra enfermedad														
No	3	2,5	4	0	8	9	9	9	8	9	8	9	5	5
Si	3	3	5	4	6	7	8	9	7	8	7	8	4	1
Valor p	0,600a		0,427a		0,041*a		0,095a		0,130a		0,118a		0,463a	
Enfermedad último mes														
Si	3	2,5	5	5	7	8	8	9	8	8	7	8	4	1
No	4	4	3,5	0	7	9	8	10	8	10	7	10	6	8
Valor p	0,268a		0,339a		0,439a		0,346a		0,162a		0,218a		0,038*a	
Hospitalización último año														
Si	3	3	4	2	7	8	8	9	8	8	7	8	4	1
No	3,5	3	5,5	6	7	9	8	10	8	9	8	9	5	5
Valor p	0,412b		0,519a		0,431a		0,140a		0,119a		0,123a		0,124a	
Adherencia														
Si	3	3	4	2	6	8	8	9	8	8	7	8	4	1
No	3	2	5	6	7	8	8	9	8	9	7	8	5	5
Valor p	0,262a		0,541a		0,753a		0,357a		0,592a		0,664a		0,256a	
Régimen														
Contributivo	3	3	4,5	4	7	8	8	9	8	8	7	8	4	1
Subsidiado	3	3	4	4	8	9	9	10	8	10	8	10	5	6
Valor p	0,838a		1,000a		0,299a		0,289a		0,393a		0,207a		0,419a	
Estrato social														
Bajo	3	3	6	6	7	8	8	9	8	8	7	8	5	5
Medio	3	3	4	2	7	8	8	9	8	8	7	8	4	1
Alto	1	1	0	0	5	5	8	8	7	9	7	9	4	3
Valor p	0,357c		0,102c		0,389c		0,475c		0,946c		0,647c		0,487c	

Tabla 4.
Comparación de las dimensiones del FIQ referidas con la salud física, según características sociodemográficas y de salud.

	Función física		Ausencia laboral		Trabajo		Dolor		Fatiga		Cansancio matinal		Rigidez	
Estado civil														
Soltero	3	2	4		7	8	8	9	8	9	7	8	4	2
Casado	3	3	5	6	7	8	8	9	8	8	7	8	4	1
Separado	2	3	4	2	7	7	8	9	7	8	7	8	5	5
Viudo	4	4	3	2	6	8	9	9	7	8	6	5	4	1
Valor p	0,516c		0,871c		0,968c		0,796c		0,965c		0,356c		0,945c	
Ocupación														
Trabaja	3	2	3,6	2	7	9	8	9	8	9	8	9	5	7
Estudia	2	2			8	8	8	8	9	9	9	9	1	1
Hogar	3	3	4	2	6	8	8	9	7	8	6	8	4	1
Otra	3	3	8	8	6	7	7	8	7	8	6	7	5	5
Incapacitado	6	5	10	10	9	10	9	9	9	9	9	9	4	1
Valor p	0,193c		0,023*d		0,168d		0,231d		0,029*d		0,044*d		0,125d	

X: Media. M: Mediana. *Estadístico significativo en el 0,05 ** Estadístico significativo en el 0,01.

a U de Mann-Whitney. b TStudent. c Anova. d Prueba H de Kruskal Wallis.

Continuación
Tabla 4.
Comparación de las dimensiones del FIQ referidas con la salud física, según características sociodemográficas y de salud.

hombres y 4,2% para mujeres¹. Estos datos evidencian el predominio de la enfermedad en las mujeres quienes son más comúnmente diagnosticadas, en razones superiores al 7:1 frente los hombres².

La diferencia en la magnitud del problema según el sexo impacta de forma importante varios ámbitos de la salud individual y familiar, dado que las mujeres generalmente presentan mayores responsabilidades en el hogar; la confluencia de los roles doméstico y laboral son factores psicosociales que influyen en la mayor morbilidad, y peor estado de salud percibido en este grupo. Algunos autores han aludido que la focalización de la enfermedad en las mujeres se podría atribuir al hecho que el sexo femenino generalmente presenta un sentido de responsabilidad y autoexigencia excesivos; todo ello evidencia la necesidad de abordar próximas investigaciones en fibromialgia con énfasis de género⁴.

En la población incluida se halló una frecuencia de comorbilidad del 81% y de sobrepeso u obesidad de 50%; esto es convergente con algunos estudios que han referido que la fibromialgia está asociada con comorbilidades reumatológicas, neurológicas y psicológicas, y con aspectos relacionados con el estilo de vida, especialmente el sedentarismo que deriva en sobrepeso y múltiples problemas de funcionalidad física y psicológica².

Lo anterior implica que la intervención de las comorbilidades o de los factores de riesgo, del individuo con fibromialgia, podría mejorar su CVRS; por ello,

en las guías de práctica clínica se sugiere un manejo interdisciplinario y multifactorial como educación para la salud, ejercicio, rehabilitación, apoyo social, técnicas de relajación y tratamiento farmacológico³. Específicamente en el ejercicio, algunos estudios con un elevado grado de evidencia como los meta análisis, sugieren que el ejercicio mejora el bienestar individual y comunitario, especialmente en las mujeres¹⁵.

Estudios previos sobre la CVRS en fibromialgia han encontrado una prevalencia de comorbilidades del 56%, la que resulta considerablemente menor a la reportada en los individuos del actual estudio; no obstante esta diferencia, ambos estudios evidencian la elevada prevalencia de comorbilidades en las personas que padecen esta enfermedad¹⁶.

Con respecto a los puntajes de las dimensiones del FIQ estudios previos han referido como las más afectadas el dolor, la fatiga y los trastornos del sueño, con 6.8, 8.0 y 7.3 puntos, respectivamente¹⁶; esto es convergente con los hallazgos de la población abordada en el presente estudio donde el dolor presentó un puntaje de 8.0, la fatiga de 7.7 y el cansancio matutino 7.0; y se suman a otras investigaciones donde se corrobora el efecto negativo de los dominios aludidos sobre la CVRS.

Estudios previos realizados en Colombia han observado un puntaje medio del FIQ de 60,5; y la fatiga, el malestar al levantarse y el dolor se han reportado como los dominios con los mayores puntajes, mientras que el menor puntaje corresponde a la función física⁷.

	Sentirse bien		Ansiedad		Depresión		FIQ Global	
Sexo	X	M	X	M	X	M	X	M
Masculino	7	9	4	2	4	2	57	66
Femenino	7	9	6	7	6	7	60,8	64,2
Valor p	0,826a		0,412a		0,144a		0,959a	
Patrimonio								
Ninguno	8	10	5	5	6	6	62,1	66,2
Alguno	7	7	5	7	6	7	57,8	62,8
Valor p	0,041*a		0,732a		0,562a		0,344b	
Otra enfermedad								
No	8	9	7	7	7	8	66,6	67,1
Si	7	9	5	5	5	6	59,1	64,1
Valor p	0,894a		0,203a		0,036*b		0,284a	
Enfermedad último mes								
Si	8	9	5	5	6	7	60,4	63,3
No	6	9	6	7	6	8	61,7	76,1
Valor p	0,370a		0,631a		0,514a		0,284a	
Hospitalización último año								
Si	7	9	5	5	6	7	59,2	63,0
No	7	9	7	9	6	8	65,9	73,5
Valor p	0,849a		0,014*a		0,299a		0,044*a	
Adherencia								
Si	8	9	5	5	5	5	58,0	61,4
No	7	9	6	7	7	8	62,4	64,9
Valor p	0,311a		0,109a		0,035*b		0,321a	
Régimen								
Contributivo	7	9	5	5	6	7	59,8	63,7
Subsidiado	9	10	8	9	8	9	72,6	74,0
Valor p	0,000**b		0,050a		0,040*a		0,149a	
Estrato social								
Bajo	8	9	6	7	6	7	64,0	67,1
Medio	7	9	5	5	6	7	57,9	60,1
Alto	7	7	8	8	7	8	58,3	59,5
Valor p	0,747d		0,532d		0,710c		0,346d	
Estado civil								
Soltero	8	10	6	7	6	8	62,3	62,8
Casado	8	9	5	5	6	6	60,9	67,0
Separado	7	7	5	5	6	6	58,6	64,1
Viudo	5	4	6	7	6	7	58,8	61,6
Valor p	0,064c		0,749c		0,951c		0,957c	
Ocupación								
Trabaja	8	9	6	7	6	7	64,2	66,3
Estudia	7	7	8	8	7	7	64,7	64,7
Hogar	7	9	5	5	5	5	57,2	60,2
Otra	5	4	5	5	6	7	55,3	63,3
Incapacitado	9	10	6	8	7	8	78,5	80,3
Valor p	0,039*d		0,678c		0,836c		0,161d	

Tabla 5.

Comparación de las dimensiones del FIQ referidas con la salud psicológica, según características sociodemográficas y de salud.

X: Media. M: Mediana. *Estadístico significativo en el 0,05 **Significativo en el 0,01.

a. U de Mann-Whitney. b. TStudent. c. Anova. d. Prueba H de Kruskal Wallis.

Estos resultados son coherentes con los de nuestro grupo de estudio y permiten la focalización de los clínicos en las dimensiones que registran el mayor grado de afectación por la fibromialgia; además, se suman a investigaciones que han referido el dolor, la

fatiga y cansancio matutino, como las áreas de mayor interés en esta enfermedad.

Distintos estudios refieren un deterioro importante de la función física, el desempeño de funciones sociales y el estado emocional de los pacientes con

Dimensión	Variables del modelo	Coefficiente de regresión	Coefficiente de determinación
Función física	Salud percibida Ingresos Adherencia al tratamiento IMC	0,284* -1,572** -1,979** 0,160*	39,3%
Sentirse bien	Salud percibida Edad Enfermedad último mes Adherencia al tratamiento	0,621** -0,060* 1,573* -1,060*	36,6%
Ausencia laboral	Enfermedad último mes Estrato social Calidad de vida percibida	3,145* -2,871** 1,051**	35,4%
Trabajo	Salud percibida	0,641**	23,1%
Dolor	Salud percibida	0,484**	24,4%
Fatiga	Salud percibida	0,500**	20,4%
Cansancio matutino	Salud percibida Edad IMC	0,589** -0,067** 0,127*	36,2%
Rigidez	Salud percibida Calidad de vida percibida	0,333* 0,423*	13,8%
Ansiedad	Salud percibida	0,625**	16,9%
Depresión	Salud percibida	0,671**	20,8%
Puntaje global	Salud percibida	0,720**	37,6%

*El coeficiente de regresión es significativo en el 0,05.
**El coeficiente de regresión es significativo en el 0,01.

Tabla 6.
Modelos de regresión lineal multivariante para las dimensiones de CVRS del FIQ.

fibromialgia; aunado a ello, otros han reportado una mayor frecuencia de ansiedad, depresión y trastorno obsesivo compulsivo en este grupo, en comparación con la población general¹⁶⁻¹⁷, esto puede relacionarse con los hallazgos de los demás dominios de CVRS de los pacientes de Medellín, donde los puntajes de depresión, ansiedad y sentirse bien fueron desfavorables.

Ésta y otras investigaciones confirman que la fibromialgia empeora la CVRS de los pacientes, en sus esferas biológica (reflejada en la falta de energía, dolor y alteraciones de sueño), psicológica (depresión, ansiedad) y social¹⁸.

Por otra parte, las investigaciones médicas sobre fibromialgia han relegado la importancia del sueño, en comparación con otros síntomas; el Colegio Americano de Reumatología y algunos modelos de orientación biopsicosocial han propuesto que este aspecto resulta determinante para la valoración clínica y la calidad de vida de los pacientes. Estudios previos han hallado asociaciones entre la alteración del sueño, las anomalías neuroendocrinas e inmunitarias, y los síntomas clínicos de la fibromialgia, por lo cual el sueño se debería estudiar como causa y consecuencia de la enfermedad¹⁹.

Entre los principales factores asociados a las diferentes dimensiones de CVRS en personas con fibromialgia, la literatura ha referido como factores protectores el mejor nivel educativo, tener una profesión remunerada y la ausencia de trastornos psiquiátricos; mientras que las dificultades laborales pueden afectar el pronóstico³. Otros factores están relacionados con el acceso a los servicios de salud como la educación, el trabajo, el nivel de ingresos y el lugar de residencia, los cuales pueden modificar el perfil de CVRS en fibromialgia⁴. Estos factores coinciden con lo presentado en este manuscrito en el cual se observó que el sentirse bien presentó asociación con la edad, el patrimonio, el régimen de afiliación en salud y la ocupación; la ansiedad con la hospitalización y el régimen de salud, la depresión con las comorbilidades, la adherencia al tratamiento y el régimen de salud, la fatiga con la edad y la ocupación, el cansancio matutino con la edad, el patrimonio y la ocupación, la rigidez con la edad y el presentar enfermedad o accidente el último mes, la función física con el ingreso, la ausencia laboral con la ocupación, el trabajo con las comorbilidades y el puntaje global de CVRS con la hospitalización y la edad.

No obstante, los factores asociados citados previamente, debe destacarse que en los modelos de regresión se evidenció que el factor más importante para la calidad de vida de las personas con fibromialgia es la salud percibida, sumada a los ingresos, el IMC y la adherencia terapéutica para el dominio de función física; la edad, la enfermedad y la adherencia al tratamiento para la dimensión sentirse bien, y la enfermedad y el estrato social para la ausencia laboral. Esto permite identificar los focos de intervención en estudios posteriores y la necesidad de impactar aspectos clínicos como la presencia de enfermedades y adherencia al tratamiento, y factores socioeconómicos como los ingresos mensuales y el estrato social; todo ello confluye en la necesidad de realizar trabajos de intervención intersectorial e interdisciplinaria.

Con respecto a las dimensiones evaluadas por el FIQ, se debe explicitar que éste aborda la multidimensionalidad de la CVRS, lo que resulta de gran valor clínico al incluir la valoración que el paciente hace sobre aspectos de su cotidianidad directamente afectados por la fibromialgia, principalmente la percepción de síntomas (dolor, fatiga y problemas de sueño), el impacto físico/funcional (reducción de las actividades

cotidianas y de ocio, reducción de la actividad física, interrupción de la promoción profesional o educativa) y el impacto psicológico (depresión y ansiedad, problemas de concentración y problemas de memoria)⁴. Este instrumento es de gran relevancia debido a la ausencia de pruebas biológicas o radiológicas que indiquen la gravedad de la fibromialgia y permite la monitorización clínica, la toma de decisiones de tratamiento o los análisis de costo-efectividad⁴.

Sumado al efecto negativo que presenta la fibromialgia sobre la CVRS, ésta constituye un grave problema de salud pública debido, entre otras razones, a su alta prevalencia en población adulta, insuficiente conocimiento sobre su etiología, ausencia de tratamiento curativo, requiere abordaje multidisciplinario, daña la vida familiar y de pareja por ruptura psicoafectiva, genera problemas familiares por la redistribución de tareas, pérdidas económicas por inactividad laboral y el costo de la enfermedad, entre otros aspectos que justifican el desarrollo de investigación en esta entidad clínica^{1,3}.

Es importante aclarar que las enfermedades mentales, especialmente la depresión mayor, son frecuentes en pacientes con fibromialgia; no obstante la relevancia de este tipo de comorbilidad, el estudio de su impacto sobre la CVRS ha sido exiguo. Otros estudios han abordado el efecto de la comorbilidad psiquiátrica sobre la CVRS de pacientes con dolor crónico en general, pero no directamente en fibromialgia; dichos autores sugieren que la evaluación y el tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica en los pacientes con fibromialgia podrían mejorar su CVRS²⁰.

Entre las principales limitaciones de esta investigación se encuentran las inherentes al tipo de estudio, en este sentido se debe reconocer la presencia del sesgo temporal; no es posible generalizar los resultados a personas con características diferentes a las descritas, y los resultados del análisis bivariado y multivariado no presentan carácter predictivo ni de asociación causal.

Finalmente, los hallazgos de éste y otros estudios evidencian la necesidad de medir la CVRS para brindar apoyo y seguimiento a la evolución de la fibromialgia desde una perspectiva multidisciplinaria, dada la afectación de múltiples dominios de la cotidianidad de los pacientes.

La CVRS en los pacientes con fibromialgia resulta de gran relevancia para complementar indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad y expectativa

de vida; orientar la toma de decisiones sobre tratamientos médicos, establecer prioridades en salud y diseñar, implementar, seguir y evaluar programas de prevención, atención y rehabilitación.

Agradecimientos

A los pacientes que permitieron el desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS

- Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Carmona L, Castel B, *et al*. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *ReumatolClin*. 2006;2(Sup1):55-66.
- Lauren W. Fibromyalgia: Diagnosing and managing a complex syndrome. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2012;24:184-92.
- Secretaría de Salud de México. Guía de Práctica Clínica paradiagnóstico y tratamiento de fibromialgia en el adulto. 2008. [Sitio de Internet]. Disponible en: http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_075_08_FIBROMIALGIA_EN_EL_ADULTO/IMSS_075_08_EyR.pdf. Consultado: 10 de junio de 2012.
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Fibromialgia. 2011. [Sitio de Internet]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>. Consultado: 10 de junio de 2012.
- Arnold L, Clauw D, Dunegan J, Turk D. A Framework for Fibromyalgia Management for Primary Care Providers. *ClinProcMay*. 2012;87(5):488-96.
- Cavalcante A, Sauer J, Chalot S, Assumpção A, Lage L, Matsutani L, *et al*. A Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura. *RevBrasReumatol*. 2006;46(1):40-8.
- Rojas A, Zapata A, Anaya J, Pineda R. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2005;12(4):295-300.
- Tommaso M. Prevalence, clinical features and potential therapies for fibromyalgia in primary headaches. *Expert Rev Neurother*. 2012;12(3):287-96.
- Gelman S, Lerab S, Caballero F, López M. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *RevEspReumatol*. 2005;32(3):99-105.
- Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? *Revista internacional de desarrollo sanitario*. 1996; 17(4).
- Thivierge G. Calidad de vida y opciones existenciales. La calidad de vida de la persona: desafío actual del nuevo milenio. *Federación Internacional de las Universidades Católicas*; 1992. p. 33-55.
- Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *RevEspReumatol*. 2004;31(9):507-13.
- Métodos indirectos para evaluar adherencia terapéutica. [Sitio de Internet]. Disponible en: http://www.fundapoyarte.org/contenidos/METODOS_INDIRECTOS_ADHERENCIA.pdf. Consultado: 10 de junio de 2012.
- Williams D, Arnold L. Measures of Fibromyalgia. *Arthritis Care & Research*. 2011;63(S11):S86-S97.
- Kelley G, Kelley K, Hootman J, Jones D. Exercise and global well-being in community-dwelling adults with fibromyalgia: a systematic review with meta-analysis. *BMC Public Health*. 2010;10(198):1-11.
- Castelli A, Maisterrena C, Kerzberg E, Panelo A, Bermolen L, Vázquez S. Calidad de vida en fibromialgia y artritis psoriásica. *Revista Latinoamericana de Psoriasis y Artritis Psoriásica*. 2012;5:26-33.
- Fietta P, Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and Psychiatric Disorders: review. *Acta biomed*. 2007;78(2):88-95.
- Amaro T, Martín J, Anton P, Granados J. Fibromialgia: Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2006;(79-80):47-52.
- Prados G, Miró E. Fibromialgia y sueño: Una revisión. *Revista de Neurología*. 2012;54(4):227-240.
- González E, Elorza J, Failde I. Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas EspPsiquiatr* 2010;38(5):295-300.