

# RELACIÓ ENTRE COMORBIDITAT I ESTAT FUNCIONAL EN PACIENTS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA AMB FIBROMIÀLGIA (ESTUDI FIBROQOL)

**Autors:** Otilia C. Torres Villar<sup>1</sup>, Aldara Martínez Barreira<sup>1</sup>, Dafne L. Soriano Villanueva<sup>1</sup>, Rita Fernández-Vergel<sup>1</sup>, Juan V. Luciano Devis<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Teresa Peñarrubia-María<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Metgesses de Família. ABS Bartomeu Fabrés Anglada, SAP Delta del Llobregat, Unitat docent Costa Ponent, Institut Català de la Salut, Gavà.

<sup>2</sup> Doctor en Psicologia. Fundació Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat.

**Correspondència:** [32829mpm@comb.cat](mailto:32829mpm@comb.cat)

**Correctors:** Ernest Vinyoles, Mercè Sola i Maria Badenes

\*Font de finançament: "Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques" en el període 2007 - 2010

**Publicat:** octubre 2013

Otilia C. Torres Villar, Aldara Martínez Barreira, Dafne L. Soriano Villanueva, Rita Fernández-Vergel, Juan V. Luciano Devis, M<sup>a</sup> Teresa Peñarrubia-María (2013)

*Relació entre comorbiditat i estat funcional en pacients d'atenció primària amb fibromiàlgia (estudi FIBROQOL)*

**Available at:** <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol31/iss2/3>

*Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

## RESUM

**Objectius:** Descriure la comorbiditat de pacients amb fibromiàlgia (FM) i analitzar la seva possible relació amb l'estat funcional.

**Disseny:** Transversal. Anàlisi descriptiu i de línia base d'un assaig clínic aleatoritzat, multicèntric (estudi FIBROQOL).

**Emplaçament:** Àmbit urbà. Marc d'Atenció Primària (AP).

**Participants:** Criteris d'inclusió: confirmació del diagnòstic de FM segons criteris ACR 1990, 18-75 anys. Criteris d'exclusió: deteriorament cognitiu, malaltia reumatològica concomitant greu, esperança de vida menor de 12 mesos, analfabetisme. Es va contactar amb 484 subjectes, 268 es van excloure (80 no contacte, 128 rebutgen, 60 criteris d'exclusió). Mostra final de 216 participants.

**Mesures principals:** variables sociodemogràfiques, història de la malaltia, patologies comòrbides, Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).

**Resultats:** 97,68% dones; edat 55,2 anys (Desviació Estàndard (DE) 8,5); 31,9% actives laboralment; 56% estudis primaris; 14,7 anys d'evolució; patologies comòrbides més freqüents: 72,2% artrosi, 64,4% depressió, 63,9% lumbàlgia, 62,2% ansietat 61,6% cervicàlgia. Valor mig del FIQ (0-80) 57,4 (DE 13,1). La variabilitat del FIQ es

correlaciona amb el nombre de malalties comòrbides de forma estadísticament significativa ( $r=0,183$ ;  $p<0,001$ ). Segons anàlisi de regressió múltiple s'observa correlació negativa entre la presència de patologia mental, respiratòria i cardíaca i l'estat funcional.

**Conclusió:** El perfil de pacient amb FM de l'estudi és una dona de mitjana edat, amb estudis primaris i mestressa de casa. Malalties més prevalents: artrosi, depressió i ansietat. Existeix una correlació negativa entre comorbiditat i estat funcional. La presència de patologia mental, respiratòria o cardíaca empitjora l'estat funcional.

**Paraules clau:** Fibromiàlgia; Comorbiditat; Estat Funcional; FIQ.

## ABSTRACT

**Title:** Relationship between comorbidity and functional status in primary care patients with fibromyalgia (FIBROQOL STUDY).

**Aim:** To describe comorbidity in patients with fibromyalgia (FM) and analyze their possible relationship to functional status.

**Design:** Transversal. Descriptive analysis from baseline of a multicenter randomized clinical trial (FIBROQOL study).

**Location:** Urban areas. Framework Primary Care (PC).

**Participants:** Inclusion criteria: confirming diagnosis of FM according to ACR criteria 1990, 18-75 years old.

**Exclusion criteria:** cognitive impairment, severe concomitant rheumatological disease, life expectancy less than <12 months, illiteracy. 484 subjects were contacted, 268 were excluded (80 non-contact, 128 rejected, 60 exclusion criteria), the final sample consisted of 216 participants with FM.

**Main measurements:** Socio-demographic variables, history of the disease, comorbid conditions, Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).

**Results:** 97.68% female, mean age 55.2 years old (Standard Deviation (SD) 8.5), 31.9% work active, 56% primary education, 14.7 years of evolution; more frequent comorbid conditions: osteoarthritis 72.2%, 64.4% depression, 63,9% back pain, 62.2% anxiety 62,2% ansietat 61,6% neck pain. Mean FIQ (0-80) 57.4 (SD 13.1). FIQ variability correlates with the number of comorbid conditions in a statistically significant ( $r = 0.183$ ,  $p < 0.001$ ). According to multiple regression analysis shows a negative correlation between the presence of mental illness, respiratory and cardiac and functional status.

**Conclusion:** The profile of patients with FM in this study is a woman of middle age, with primary studies and homemaker. Most prevalent diseases osteoarthritis, depression and anxiety. There is a negative correlation between comorbidity and functional status. The presence of mental, respiratory or cardiac illness worsens functional status.

**Key words:** Fibromyalgia, Comorbidity, Functional Status, FIQ

## INTRODUCCIÓ

La fibromiàlgia (FM) es defineix com un dolor crònic generalitzat, no articular, amb afectació predominantment al raquis i als músculs, que s'acompanya d'una exagerada sensibilitat local a la pressió de múltiples punts predefinitos sense alteracions orgàniques demostrables<sup>1,2</sup>. L'American College of Rheumatology va establir, al 1.990, dos criteris principals per al diagnòstic: història de dolor moderat a intens als darrers 3 mesos i dolor a 11 dels 18 punts sensibles mitjançant palpació digital. La prevalença de la FM a Espanya, segons l'estudi EPISER 2000 [3], oscil·la entre el 2,4% i el 2,7%, amb una relació dona/home de 21:1 i un predomini màxim entre els 40 i els 49 anys<sup>2,4,5</sup>.

Estudis previs han mostrat que els pacients amb FM presenten una alta comorbiditat no reumatològica. Segons

una revisió sistemàtica de la Societat Espanyola de Reumatologia<sup>2,6</sup> és freqüent trobar associats amb la FM alguns complexos sindròmics com la síndrome de fatiga crònica, la síndrome de còlon irritable, la disfunció temporo-mandibular, la cefalea crònica; així com diversos trastorns psicopatològics (depressió, ansietat, trastorn per estrès posttraumàtic i trastorn límit de la personalitat), tot i que de moment no s'ha arribat a identificar amb claredat el nexa entre ells<sup>2,6-20</sup>. Tanmateix, s'ha observat que els pacients amb FM presenten un augment de comorbiditat infecciosa, neoplàsica i cardiovascular, amb un conseqüent augment de la mortalitat<sup>21, 22</sup>.

Alguns estudis han conclòs que els pacients amb FM presenten una important afectació de l'estat funcional i una elevada repercussió a la seva qualitat de vida en comparació amb d'altres patologies osteoarticulars i amb d'altres malalties cròniques, donada la gran repercussió que té en la capacitat física, intel·lectual i emocional de les persones afectes<sup>2,8,23-27</sup>.

L'objectiu principal d'aquest estudi és descriure la comorbiditat dels pacients amb FM i establir si existeix alguna associació entre aquesta i l'estat funcional que presenten.

## **MATERIAL I MÈTODES**

### **Disseny**

Estudi descriptiu transversal en què es van utilitzar les dades de la línia base de l'assaig clínic FIBROQOL<sup>28,29</sup>. A la

mostra inicial obtinguda se'ls va realitzar una primera avaluació, de la que es van extreure les anàlisis que presentem. A la figura 1 queda reflectit el diagrama de l'estudi FIBROQOL.

El protocol de l'estudi va ser aprovat el 25 de juliol de 2005 pel comitè d'ètica de la Fundació Jordi Gol i Gurina (Barcelona).

### **Localització**

Estudi realitzat a l'àmbit urbà de la província de Barcelona, concretament als municipis de Gavà i Viladecans, d'aproximadament 90.000 habitants.

Varen participar 3 centres d'Atenció primària (AP) ubicats als citats municipis (Gavà-1, Gavà-2 i Viladecans-2).

### **Participants**

La mostra estava formada per pacients d'entre 18 i 75 anys dels tres centres participants que havien estat derivats, entre setembre de 2005 i gener de 2008, al Servei de Reumatologia de l'hospital de referència (Hospital de Viladecans) per avaluació diagnòstica i que complien criteris diagnòstics de la American College of Rheumatology (ACR 1990). Els criteris d'exclusió van ser la presència de deteriorament cognitiu com a antecedent patològic donat que no podien auto-complimentar els qüestionaris, tenir una malaltia reumatològica concomitant greu, tenir una esperança de vida inferior a 12 mesos i/o analfabetisme.

Al càlcul de la mostra necessària es va tenir en compte que la diferència de mitjanes entre els pacients que responen a la teràpia i els que no fos de 5 punts en la Fibromyalgia Impact Questionnaire Spanish Version (FIQ-S). Aquests 5 punts sorgeixen d'una aproximació a la diferència esperada segons les diferents fonts bibliogràfiques consultades<sup>30</sup>. Si s'assumeix un error tipus I de 0,05, una potència del 80%, una DE en estudis previs del 12,1<sup>30</sup>, en contrast bilateral i un percentatge de pèrdues del 15% són necessaris 108 pacients al grup intervenció i 108 al control (Granmo 5.2, càlcul de la mida de la mostra per a comparar dos mitjanes independents).

### Recollida de dades

En primer lloc, un psicòleg va contactar telefònicament amb els pacients candidats, explicant-los l'objectiu de l'estudi i la metodologia. Els pacients que varen acceptar participar a l'estudi, foren citats i després de signar el consentiment informat, van realitzar una primera avaluació, de la qual en procedeixen els resultats que aquí es presenten.

### Variables

- Variables sociodemogràfiques: Gènere, edat, estat civil, nivell educatiu i situació laboral.

- Història de la malaltia: anys d'evolució de la malaltia, tractament farmacològic dels 3 mesos previs i tractament no farmacològic rebut durant els 12 mesos anteriors.

- Llistat de patologies comòrbides (OMS): llistat si/no de patologia mèdica crònica. Es va passar el dia 0 (avaluació 1) amb dades referides als darrers 12 mesos, estaven incloses les següents variables: hàbit tabàquic, consum d'alcohol, artrosi, malalties reumatològiques, dolor cervical crònic, lumbàlgia crònica, malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), asma, diabetis, hipertensió arterial (HTA), arítmies cardíques, cardiopatia isquèmica (IAM), accident vascular cerebral (AVC) / embòlia, úlcera gàstrica o duodenal, cefalees cròniques o mals de cap freqüents, insuficiència venosa a les extremitats inferiors (varius), menopausa o climateri, trastorns d'ansietat, trastorns depressius, càncer, problemes de visió, problemes d'audició i d'altres patologies.

D'altres patologies de diagnòstic clínic o d'exclusió, com ara el colon irritable, no varen ser recollides de forma específica donat que com les dades s'obtenien d'una entrevista amb els pacients i, no consultant l'historial clínic, es va considerar que la dada recollida podia no ser fiable. Encara així, a la variable "altres patologies" es recollien totes les malalties que referien els pacients i no constaven al llistat.

- Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ - versió espanyola)<sup>30,31</sup>, es va utilitzar una versió adaptada i validada al castellà, el qual és un instrument auto-administrat compost per 10 ítems, que avaluen l'estat funcional i els símptomes en pacients amb FM. A la

versió espanyola el primer ítem (funció física) conté 9 preguntes (una menys que la versió original) que puntuen de 0 a 3. El ítem 2 avalua els dies que s'han sentit bé a la darrera setmana i puntua de 0 a 7. Els ítems 3 i 4 pregunten pels dies que es van sentir bé i el nombre de dies que no van poder anar a treballar degut als símptomes de la FM. Els ítems del 5 al 10 són escales visuals analògiques per a avaluar el dolor, la son, la fatiga, la rigidesa muscular, l'ansietat i la depressió. Un cop es va completar el qüestionari, el resultat numèric dels ítems 1 i 2 està subjecte a un procediment de recodificació, de tal manera que la puntuació en aquests ítems pugui oscil·lar també entre 0 i 10. La puntuació total en l'instrument complet pot variar entre 0 i 100, on a major puntuació correspon un major impacte de la malaltia, és a dir, un pitjor estat funcional. En el nostre cas la puntuació va oscil·lar entre 0 i 80, doncs els ítems 3 i 4 relatius a l'impacte a nivell laboral no varen ser administrats per tractar-se d'una mostra amb baix percentatge de persones en situació laboralment activa, com així s'ha fet en alguns estudis previs<sup>32, 33</sup>.

### **Anàlisi estadístiques**

Les anàlisis estadístiques es van realitzar amb el paquet estadístic SPSS V. 17.0. En primer lloc, es va fer una anàlisi descriptiva de les característiques socio-demogràfiques de la mostra, així com de les condicions comòrbides que van presentar. A continuació, es va realitzar una anàlisi correlacional (Pearson) per a conèixer

el nivell d'associació entre el nombre de malalties comòrbides i el deteriorament funcional (FIQ total i per ítems). Finalment, es va dur a terme una anàlisi de regressió múltiple per a conèixer quines de les variables sociodemogràfiques i de les condicions comòrbides avaluades afectaven significativament el funcionament del pacient.

## **RESULTATS**

Com es mostra a la [Figura 1](#), hi havia un total de 484 potencials participants, que havien estat derivats des d'AP al Servei de Reumatologia per a confirmació del diagnòstic o seguiment terapèutic. En total 268 pacients van ser exclosos per diverses raons: en 80 casos per no poder-hi contactar, en 128 per rebuig a participar, i en 60 casos per no complir els criteris d'inclusió (24 no van complir el criteri d'edat, 29 no van complir els criteris ACR, 4 per analfabetisme, 2 per dèficit cognitiu i 1 per tenir una esperança de vida menor a 12 mesos). Finalment, es va obtenir una mostra de 216 pacients. Les característiques socio-demogràfiques de la mostra s'exposen a la taula 1. De manera general, destaca que un 97,68% van ser dones, amb una mitjana d'edat de 55,2 anys (Desviació Estàndard (DE) 8,5; rang 31 a 75 anys), amb un temps mig d'evolució des del diagnòstic de la malaltia de 14,7 anys. El 80,6% eren casats/des, el 48,6% conviuen amb la seva parella i/o fills, el

48,6% tenien estudis primaris i un 30,1% eren dones de la llar ([taula 1](#)).

La comorbiditat que van presentar els pacients queda detallada a la taula 2, destacant com a més prevalents l'artrosi en un 72,2% (n=156), el trastorn depressiu en un 64,4% (n=139), la lumbàlgia en un 63,9% (n=138), el trastorn d'ansietat en un 62,2% (n=135) i la cervicàlgia en un 61,6 % (n=133) ([taula 2](#)).

La mitjana de malalties comòrbides enregistrades va ser de 4,5 (DE = 2,5; rang: 0 a 12). A la figura 2 es pot observar com es distribueix la mostra segons el nombre de malalties comòrbides que varen presentar.

Respecte a la percepció de l'estat funcional enregistrat amb el FIQ, es va trobar una puntuació mitjana de 57,4 (DE 13,1). A l'avaluar els ítems de forma individual es va trobar que els ítems 2 (nombre de dies no sentir-se bé) i el 6 (fatiga general) van ser els que es trobaven més afectats ([taula 3](#)).

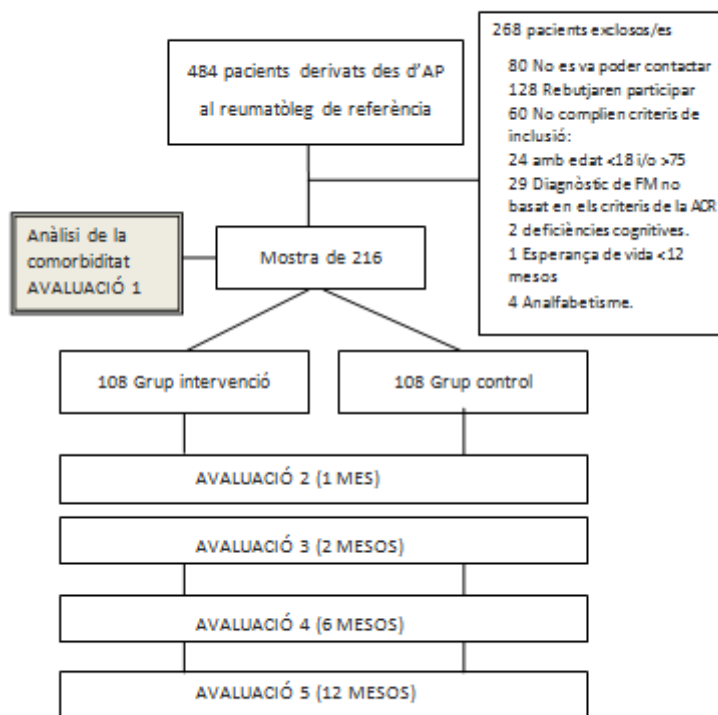
A la [figura 3](#) s'observa que a l'analitzar la relació entre l'estat funcional global i la comorbiditat s'obté una correlació

positiva i estadísticament significativa ( $r= 0,183$ ,  $p< 0,001$ ). Així doncs, a major nombre de malalties comòrbides pitjor estat funcional. A l'analitzar per ítems, també va esdevenir positiva i significativa la relació entre la comorbiditat i el deteriorament físic (ítem 1;  $r= 0,181$ ,  $p< 0,01$ ) i dolor (ítem 5;  $r= 0,193$ ,  $p< 0,01$ ).

No es va trobar cap relació estadísticament significativa (totes les  $p>0.05$ ) entre les variables sociodemogràfiques i l'estat funcional ( $\beta$  edat= -0.05;  $\beta$  estat civil= 0.08;  $\beta$  convivència= -0.05;  $\beta$  nivell d'estudis= -0.10;  $\beta$  situació laboral= -0.05; el gènere no es va incloure a l'equació perquè hi havia molts pocs homes).

A l'anàlisi de regressió múltiple realitzat a continuació ([taula 4](#)), es va observar una associació significativa entre la presència de patologia mental (trastorn depressiu o d'ansietat), respiratòria i cardiovascular (angina, infart agut de miocardi, accident cerebro-vascular, insuficiència venosa) amb l'estat funcional de les pacients amb FM. Així doncs, en cas de ser-hi presents aquests antecedents patològics la puntuació del FIQ era major.

Figura 1: Diagrama de l'estudi FIBROQOL





**Taula 1. Variables sociodemogràfiques**

	Mitjana (DE)
Edat (mitjana, DE)	55,2 ( 8,5 )
Temps d'evolució (mitjana, DE)	14,73 ( 11 )
Sexe ( N <sup>o</sup> , % )	N <sup>o</sup> ( percentatge )
Dona	211 ( 97,7 % )
Home	5 ( 2,3 % )
Estat civil (freqüència, percentatge)	Freqüència, ( % )
Solter/a	8 ( 3,7 % )
Casat/da	174 ( 80,6 % )
Separat/da	13 ( 6 % )
Vidu/a	21 ( 20,7 % )
Convivència (freqüència, percentatge)	Freqüència, ( % )
Sol/a	22 ( 10,2 % )
Amb parella	75 ( 34,7 % )
Parella i/o fills	105 ( 48,6 % )
Altres	14 ( 6,5 % )
Nivell d'estudis	Freqüència, ( % )
Sense estudis (sap llegir i escriure)	56 ( 25,9 % )
Estudis primaris	105 ( 48,6 % )
Estudis secundaris	43 ( 19,9 % )
Estudis universitaris	6 ( 2,8 % )
Situació laboral	Freqüència, ( % )
Estudiant	2 ( 0,9 % )
Dona de la llar	65 ( 30,1 % )
Desempleat/da	14 ( 6,5% )

Desempleat/da sense subsidi	14 ( 6,5 % )
Empleat/da	50 ( 23,1 % )
Empleat/da de baixa laboral	19 ( 8,8 % )
Jubilat/da	13 ( 6 % )
Incapacitat permanent	26 ( 12 % )
Altres	13 ( 6 % )
<b>Típus de contracte</b>	<b>Freqüència, ( % )</b>
Funcionari/a	5 ( 2,3 % )
Contracte indefinit	36 ( 16,7 % )
Contracte temporal de més de 6 mesos	4 ( 1,9 % )
Contracte temporal de durada indefinida	5 ( 2,3 % )
Sense contracte	17 ( 7,9 % )
Autònom/a	10 ( 4,6 % )

Taula 2: Descripció de la comorbiditat

Artrosi	156 ( 72,2% )
Depressió	139 ( 64,4% )
Lumbàlgia	138 ( 63,9% )
Ansietat	135 ( 62,2% )
Cervicàlgia	133 ( 61,6% )
Insuficiència venosa	105 ( 48,6% )
Menopausa	130 ( 60,2% )
Cefalea	105 ( 48,6% )
HTA	70 ( 32,4% )
Malaltia reumatològica	62 ( 28,7% )
Problemes de visió	92 ( 42,6% )
Arítmia cardíaca	40 ( 18,5% )
Problemes d'audició	54 ( 25% )
Diabetis	36 ( 16,7% )
Úlcera gàstrica	29 ( 13,4% )
MPOC	32 ( 14,8% )
Asma	21 ( 9,7% )
Càncer	15 ( 6,9% )
AVC	6 ( 2,8% )
IAM	8 ( 3,7% )
Hàbit tabàquic	47 (21,7%)
Consum excessiu d'alcohol	2 (0,9%)
Altres patologies	142 ( 65,7% )

Figura 2: Nombre de malalties comòrbides concomitants de la mostra

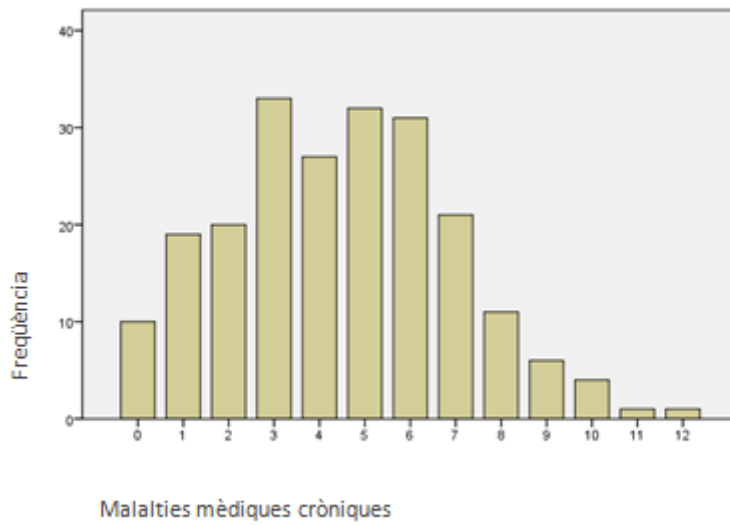
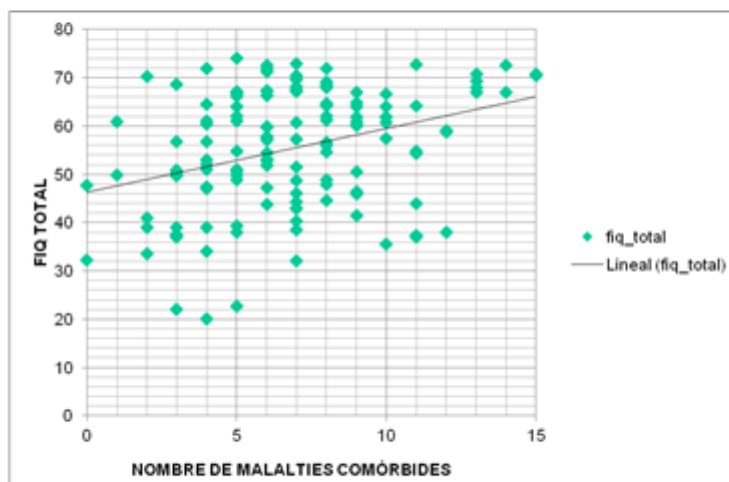


Figura 3. Variabilitat del qüestionari de l'impacte de la fibromiàlgia (FIQ) segons la comorbiditat.



**Taula 3. Puntuació global del FIQ i específica per ítems.**

	Media	Desviació típica	N
FIQTotal (Rango 0-80)	57,4329	13,13843	216
FIQ1 (deteriorament físic)	3,0552	2,34913	216
FIQ2 (dies a la setmana sentint-se malament)	8,5027	2,48547	216
FIQ5 (intensitat del dolor)	7,37	1,977	216
FIQ6 (fatiga general)	8,15	1,853	216
FIQ7 (fatiga matutina)	7,92	2,342	216
FIQ8 (rigidesa)	7,62	2,377	216
FIQ9 (ansietat)	7,69	2,329	216
FIQ10 (depressió)	7,12	3,073	216

**Taula 4. Anàlisi de regressió múltiple entre el deteriorament funcional (FIQ) i diverses condicions clíniques (solament es mostren els coeficients estandaritzats de les variables significatives en l'equació).**

Variables predictives	$\beta$	t	Sig.	I.C 95%
Patologia mental	0,24	3,47	0,001	1,60 a 5,82
Patologia respiratòria	0,17	2,36	0,019	0,63 a 7,02
Patologia cardíaca	0,14	2,01	0,046	0,05 a 4,67

**Figura 4. Punts clau**

El conegut sobre el tema:

- Els pacients amb Fibromiàlgia (FM) presenten un elevat nombre de malalties comòrbides.
- Les malalties mentals són una patologia comòrbida molt prevalent en FM.
- Els pacients amb FM solen tenir afectat en major o menor grau el seu estat funcional.

Què aporta aquest estudi:

- Cap de les condicions sociodemogràfiques analitzades es relaciona amb l'estat funcional en fibromiàlgia
- Existeix una relació inversament proporcional entre l'estat funcional dels pacients amb FM i el nombre de malalties comòrbides que presenten.
- Les malalties que millor prediuen el deteriorament funcional del pacient són la patologia mental, respiratòria i cardíaca.

## DISCUSSIÓ

El perfil dels pacients amb FM del nostre estudi és similar al trobat a la literatura, donat que la majoria eren dones, d'aproximadament 55 anys, que vivien en parella i/o amb fills, amb estudis primaris o inferiors i que duïen més de 10 anys d'evolució de la malaltia<sup>6,8,9,12,14</sup>.

Respecte a la comorbiditat a la mostra reclutada, destaquen la presència de artrosi, depressió, lumbàlgia, ansietat i cervicàlgia com a malalties més prevalents. Això té concordança amb el trobat a d'altres estudis on es mostra una alta prevalença d'aquests mateixos trastorns, tot i que en la majoria de casos la mostra no hagi estat seleccionada de l'àmbit d'AP<sup>6,8-11,14</sup>.

Quant als trastorns psiquiàtrics, al nostre estudi destaquen la depressió i

l'ansietat, amb una prevalença superior al 60%. En el cas de l'estudi de García-Bardón s'observa que un 47% dels pacients amb FM pateix algun trastorn de l'ànim, sigui prèviament o concomitantment a la FM<sup>9</sup>. En d'altres estudis, com el de Raphael, destaca que fins el 68,5% dels pacients presenta patologies psiquiàtriques com distímia, depressió major, trastorns ansiosos-depressius i trastorn adaptatiu<sup>14</sup>. Aquesta variabilitat pot ésser deguda a la font d'on s'extreu la mostra a estudi i del mètode de mesura, que en aquest cas era per entrevista telefònica. En el cas del nostre treball, el percentatge està al límit superior del trobat a la literatura i probablement s'ajusti més a la població general donat que la mostra ha sigut obtinguda del primer nivell assistencial.

D'altra banda, en una revisió sistemàtica de la comorbiditat en

pacients amb FM<sup>21</sup>, no s'observen diferències en la prevalença de malalties infeccioses ni cardiovasculars ni d'hipertensió arterial versus la població general. Al nostre estudi la prevalença d'aquestes patologies no difereix de l'esperada a la població general.

A d'altres treballs científics es va observar que els pacients amb FM desenvolupaven amb més freqüència càncer que aquells que no presentaven dolor crònic, destacant-hi el càncer de mama en dones i el de pròstata en homes<sup>2,4,8,9,24</sup>. Aquest resultat difereix del trobat al nostre estudi on la prevalença del càncer no arriba al 7%. Aquesta dada no pot ser debatuda amb precisió, donat que en recollíem el diagnòstic de càncer de forma general i no especificant la seva localització com sí feien els estudis revisats.

A un estudi d'àmbit hospitalari, Rojas et al.<sup>12</sup> van trobar que algunes patologies reumatològiques, com l'artritis reumatoide (11%) i el lupus eritematós sistèmic (5%) tenien una prevalença destacable en els pacients amb FM. En canvi, al nostre estudi la prevalença de la malaltia reumatològica va ser del 28,7%, creiem que aquesta diferència pot ser deguda a que l'ítem es considerava de manera global incloent-hi més patologies reumatològiques de las recollides per Rojas et al.<sup>12</sup>.

Tanmateix, en alguns estudis s'observa una elevada prevalença de patologia funcional com colon irritable, bufeta irritable, dolor pelvià crònic o trastorns

de la son entre d'altres<sup>7</sup>, no havent-s'hi detectat al nostre estudi. Els casos detectats els vam incloure a la variable "altres patologies". Un 60% de la mostra tenen la menopausa i hi ha algunes patologies que augmenten la seva prevalença en aquest període de la vida, com ara la bufeta irritable o la síndrome de l'ull sec, però com ja hem comentat aquestes patologies no estaven incloses al qüestionari "Llistat de patologies comòrbides", i els que vàrem detectar es van incloure a la variable "altres patologies".

L'estat funcional de les pacients amb FM es va avaluar mitjançant el FIQ. Al nostre estudi la puntuació mitjana va ser de 57,4; similar al valor mig registrat per autors que mesuren el FIQ entre 0-80<sup>32</sup>. És ben coneguda l'elevada repercussió del funcionament global que pateixen els pacients amb FM i l'exacerbació que pot haver-hi en relació a la comorbiditat associada<sup>5,8,9</sup>; els estudis que reporten aquestes dades<sup>2,4,8,9,24</sup> han estat realitzats fora de l'àmbit de primària, és per això que les dades que aporta el nostre estudi són d'interès.

A l'analitzar les possibles correlacions entre comorbiditat i estat funcional es va observar una correlació positiva i estadísticament significativa entre el nombre de malalties comòrbides i la puntuació del FIQ total. Quan posteriorment es va analitzar quines patologies en concret s'associaven a un pitjor estat funcional, es va poder veure que els trastorns mentals, respiratoris i

cardíacs eren predictors d'un pitjor estat funcional.

Aquesta troballa concorda amb el que Rojas et al. van observar al seu estudi on depressió i ansietat eren indicadors de pitjor estat funcional<sup>12</sup>.

Les troballes han de ser interpretades amb cura tenint en compte les següents limitacions; en primer lloc, la possible presència d'un biaix d'informació, doncs el qüestionari utilitzat per a la medició de l'estat funcional (FIQ) és auto-administrat i els pacients afectats de FM solen referir una major comorbiditat que la població general [20] i una major percepció dels símptomes. En segon lloc, també hi podria existir un biaix de memòria al recollir les variables, ja que en alguns casos es va preguntar per variables dels últims 12 mesos. En tercer lloc, es podria haver produït un biaix de selecció en excloure de l'estudi els pacients que presentessin malalties reumatològiques i/o psiquiàtriques greus. En darrer lloc, també podria ser una limitació el fet de no haver comparat la mostra amb una població similar sense fibromiàlgia per saber quina correlació existeix amb les patologies mentals, respiratòries i cardíques i el seu estat funcional.

Com a conclusions d'aquest estudi (figura 4), cal destacar en primer lloc que les malalties comòrbides més prevalents en els pacients amb FM són l'artrosi, depressió, lumbàlgia, ansietat i cervicàlgia; en segon lloc, l'existència d'una relació inversa entre

comorbiditat i estat funcional; i finalment, que la presència de patologia mental, respiratòria i/o cardíaca prediu un pitjor estat funcional.

Amb aquests resultats, seria raonable concloure que un bon abordatge de les malalties comòrbides, principalment de les que comporten una pitjor predicció de l'estat funcional, podria dur associada una millora en l'estat funcional dels pacients amb FM. Així doncs, proposem la realització de nous estudis on es pugui demostrar que el millor control de les patologies concomitants pot millorar l'estat funcional de la FM. En aquest sentit, és de gran importància el paper que hi juga l'Atenció Primària (AP), amb tots els seus professionals implicats (metges, infermers, treballadors socials) en el diagnòstic, tractament i evolució de la FM i en l'abordatge de les patologies comòrbides.

## AGRAÏMENTS

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM 077/25/2006), entitat finançadora de l'estudi FIBROQOL; Grup FIBROQOL: R Fernández Vergel, MT Peñarrubia, JV Luciano, E Blanco, M Jiménez Cots, C Verduras, JM Ruiz, A Serrano); Fundació IDIAP Jordi Gol; RediAPP: Xarxa d'Investigació en Activitats Preventives i Promoció de la Salut (Xarxa RD06/0018/0017).



## BIBLIOGRAFIA

1. Csillag C. Fibromyalgia: The Copenhagen declaration (conference). *Lancet* 1992;340:663-4.
2. Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel F, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia (documento de consenso) En: I Simposio de dolor en reumatología; 2005 Oct 18. *Reumatol Clin.* 2006;2 (Supl 1):55-66.
3. Carmona L, Gabriel R, Ballina JF, Laffon A, Grupo de Estudio EPISER. Proyecto EPISER 2.000: Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. *Rev Esp Reumatol* 2001; 28:18-25
4. Collado A, Alijotas J, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña (documento de consenso). *Med Clin (Barc)* 2002;118(19):745-9.
5. Rotés-Querol J. La fibromialgia en el año 2002 (conferencia) En: Reunión de la Sociedad Catalana de Reumatología; 2002 Dic 9 (retractación de Rotés-Querol J. (editorial) En: *Rev Esp Reumatol.* 2003;30(4):145-9). *Rev Esp Reumatol.* 2005;32(3):77-81.
6. Bosh Romero E, Sáenz Moya N, Valls Esteve M, Viñolas Valer S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Aten Primaria* 2002. Jun 15;30(1):16-21.
7. Bernatsky S, Dobkin PL, de Civita M, Penrod JR. Comorbidity and physician use in fibromyalgia. *Swiss Med Wkly* 2005;135:76-81
8. Gelman SM, Lera S, Caballero F, López MJ. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev Esp Reumatol* 2002; 29(7):323-9.
9. Felipe García-Bardón V de, Castel-Bernal B, Vidal-Fuentes J. Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. En: I Simposio de dolor en reumatología; 2005 Oct 18. *Reumatol Clin.* 2006;2 (Supl 1):38-43.
10. Belenguer R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura (revisión). *Reumatol Clin.* 2009;5(2):55-62.
11. Valls Llobet C. Diagnóstico diferencial del dolor y la fibromialgia. *Anuario de Psicología.* 2008;39(1):87-92.
12. Rojas Villarraga A, Zapata Castellanos AL, Manuel Anaya J, Pineda Tamayo R. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Rev Colomb Reumatol.* 2005;12(4):295-300.
13. Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of Fibromyalgia and Psychiatric Disorders. 68<sup>o</sup> Annual Meeting American College of

- Rheumatology; 2004 Oct 16-21 Sant Antonio, Texas. *J Clin Psychiatry*. 2006 Aug;67(8):1219-25.
14. Karen GR, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain* 2006 Sep;124 (1-2):117-125.
  15. Kato K, Sullivan PF, Evengard B, Pedersen NL. Chronic Widespread Pain and Its Comorbidities. A Population-Based Study. *Arch Intern Med* 2006 Aug 14-28;166 (15):1649-54.
  16. Fietta P, Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders (review). *Acta Biomed* 2007;78:88-95.
  17. Carta MG, Cardia C, Mannu F, Intilla G, Hardoy MC, Anedda C, et al. The high frequency of manic symptoms in fibromyalgia does influence the choice of treatment? *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006 Dec 19;2(36):1-5.
  18. Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, et al. Psychiatric Disorders in Patients With Fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics* 1999 Jan-Feb;40(1):57-63.
  19. Gil Yubero J, Llena Cubarsí I, Mas Marquès M, Buñuel Álvarez JC. Comorbilidad registrada en los pacientes diagnosticados de fibromialgia en un centro de atención primaria (carta). *Aten Primaria* 2007;39(4):217.
  20. Schur EA, Afari N, Furberg H, Olarte M, Goldberg J, Sullivan PF, et al. Feeling bad in more ways than one: comorbidity patterns of medically unexplained and psychiatric conditions. *J Gen Intern Med*. 2007 Jun;22(6):818-21.
  21. Chamizo-Carmona E. ¿Existe asociación entre la fibromialgia, el aumento de la comorbilidad por enfermedad neoplásica, cardiovascular e infecciones, y el de la mortalidad? (revisión sistemática). *Reumatol Clin*. 2005;1(4):200-10.
  22. Sañudo Corrales B, Galiano Orea D. Relación entre capacidad cardiorrespiratoria y fibromialgia en mujeres. *Reumatol Clin*. 2008;4(1):8-12.
  23. Amaro T, Martín MJ, Antón Soler P, Granados J. Fibromialgia: Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico. *C. Med. Psicosom*. 2006;79-80:47-52.
  24. Esteve Vives JJ, Batlle Gualda E. Evaluación de pacientes con fibromialgia. Estudio comparativo de 4 versiones españolas del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Reumatol Clin*. 2006;2(6):283-8.
  25. Martínez JE, Ferraz MB, Sato EI, Atra E. Fibromialgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *J. Rheumatol* 1995;22:270-4.
  26. World Health Organization (WHO): Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. Geneva 2002.

27. Burckhardt CS, Sharon RC, Bennett RM. Fibromyalgia and Quality of life: a comparative Analysis. *J Rheumatol* 1993;20:475-9
28. Fernández R, Peñarrubia MT, Luciano JV, Blanco ME, Jiménez M, Montesano A, Verduras C, Ruíz JM, Serrano-Blanco A., FIBROQOL Study Group. Effectiveness of a psycho-educational program for improving quality of life of fibromyalgia patients. *BMC Musculoskeletal Disord* 2008;9:2
29. Luciano JV, Martínez N, Peñarrubia-María MT, Fernández-Vergel R, García-Campayo J, Verduras C, Blanco ME, Jiménez M, Ruiz JM, Del Hoyo YL, Serrano-Blanco A. Effectiveness of a Psycho educational Treatment Program Implemented in General Practice for Fibromyalgia Patients: A Randomized Controlled Trial. *Clin J Pain*. 2011 Feb 11.
30. Rivera J, González T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: A validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin and Exp. Rheumatol* 2004;22:554-60.
31. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991;18:728-733.
32. Arnold LM, Lu Y, Crafford LJ, Wohlreich M, Detke MJ, Iyengar S, Goldstein DJ. A Double-Blind, Multicenter Trial Comparing Duloxetine With Placebo in the Treatment of Fibromyalgia Patients With or Without Major Depressive Disorder. *Arthritis Rheum*. 2004;50:2974-84.
33. Bennett, R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol* 2005; 23 (Suppl. 39).