

# RELACIÓN ENTRE COMORBILIDAD Y ESTADO FUNCIONAL EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA CON FIBROMIALGIA (ESTUDIO FIBROQOL)

**Autores:** 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> Médica de Familia. ABS Bartomeu Fabrés Anglada, SAP Delta del Llobregat, Unitat docent Costa Ponent, Institut Català de la Salut, Gavà.

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

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

**Correctores:** Ernest Vinyoles, Mercè Sola y Maria Badenes

\*Fuente de financiación: "Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques" en el período 2007 - 2010

**Publicado:** 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)

*Relación entre comorbilidad y estado funcional en pacientes de atención primaria con fibromialgia (estudio FIBROQOL)*

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

*Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

## RESUMEN

**Objetivos:** Describir la comorbilidad de pacientes con fibromialgia (FM) y analizar su posible relación con el estado funcional.

**Diseño:** Transversal. Análisis descriptivo y de línea base de un ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico (estudio FIBROQOL).

**Emplazamiento:** Ámbito urbano. Marco de Atención Primaria (AP).

**Participantes:** Criterios de inclusión: confirmación del diagnóstico de FM según criterios ACR 1990, 18-75 años. Criterios de exclusión: deterioro cognitivo, enfermedad reumatológica concomitante grave, esperanza de vida menor de 12 meses, analfabetismo. Se contactó con 484 sujetos, 268 se excluyeron (80 no contacto, 128 rechazan, 60 criterios de exclusión). Muestra final de 216 participantes.

**Medidas principales:** variables socio-demográficas, historia de la enfermedad, patologías comórbidas, Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).

**Resultados:** 97,68% mujeres; edad 55,2 años (Desviación Estándar (DE) 8,5); 31,9% activas laboralmente; 56% estudios primarios; 14,7 años de evolución; patologías comórbidas más frecuentes: 72,2% artrosis, 64,4% depresión, 63,9% lumbalgia, 62,2% ansiedad 61,6% cervicalgia. Valor

medio del FIQ (0-80) 57,4 (DE 13,1). La variabilidad del FIQ se correlaciona con el número de enfermedades comórbidas de forma estadísticamente significativa ( $r=0,183$ ;  $p<0,001$ ). Según análisis de regresión múltiple se observa correlación negativa entre la presencia de patología mental, respiratoria y cardíaca y el estado funcional.

**Conclusión:** El perfil de paciente con FM del estudio es una mujer de edad media, con estudios primarios y ama de casa. Enfermedades más prevalentes: artrosis, depresión y ansiedad. Existe una correlación negativa entre comorbilidad y estado funcional. La presencia de patología mental, respiratoria o cardíaca empeora el estado funcional.

**Palabras clave:** Fibromialgia; Comorbilidad; Estado 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

## INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) se define como un dolor crónico generalizado, no articular, con afectación predominantemente en el raquis y en los músculos, que se acompaña de una exagerada sensibilidad local a la presión de múltiples puntos predefinidos sin alteraciones orgánicas demostrables<sup>1,2</sup>. La American College of Rheumatology estableció, en 1990, dos criterios principales para el diagnóstico: historia de dolor moderado a intenso en los últimos 3 meses y dolor a 11 de los 18 puntos sensibles mediante palpación digital. La prevalencia de la FM en España, según el estudio EPISER 2000<sup>3</sup>, oscila entre el 2,4% y el 2,7%, con una una relación mujer/home de 21:1 y un predominio máximo entre los 40 y los 49 años<sup>2,4,5</sup>.

Estudios previos han mostrado que los pacientes con FM presentan una alta comorbilidad no reumatológica. Según una revisión sistemática de la Sociedad Española de Reumatología<sup>2,6</sup> es frecuente encontrar asociados con la FM algunos complejos sindrómicos como el síndrome de fatiga crónica, el síndrome de colon irritable, la disfunción temporo-mandibular, la cefalea crónica; así como varios trastornos psicopatológicos (depresión, ansiedad, trastorno por estrés post traumático y trastorno límite de la personalidad), a pesar de que de momento no se ha llegado a identificar con claridad el nexo entre ellos<sup>2,6-20</sup>. Asimismo, se ha observado que los pacientes con FM presentan un aumento de comorbilidad infecciosa, neoplásica y cardiovascular, con un consecuente aumento de la mortalidad<sup>21,22</sup>.

Algunos estudios han concluido que los pacientes con FM presentan una importante afectación del estado funcional y una elevada repercusión en su calidad de vida en comparación con otras patologías osteoarticulares y con otras enfermedades crónicas, dada la gran repercusión que tiene en la capacidad física, intelectual y emocional de las personas afectadas<sup>2,8,23-27</sup>.

El objetivo principal de este estudio es describir la comorbilidad de los pacientes con FM y establecer si existe alguna asociación entre ésta y el estado funcional que presentan.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

Estudio descriptivo transversal en que se utilizaron los datos de la línea base del ensayo clínico FIBROQOL<sup>28,29</sup>. En la muestra inicial obtenida se les realizó una primera evaluación, de la que se extrajeron los análisis que presentamos. En la [figura 1](#) queda reflejado el diagrama del estudio FIBROQOL.

El protocolo del estudio fue aprobado el 25 de julio de 2005 por el comité de ética de la Fundació Jordi Gol i Gurina (Barcelona).

### Localización

Estudio realizado en el ámbito urbano de Barcelona, concretamente en los municipios de Gavà y Viladecans, de aproximadamente 90.000 habitantes.

Participaron 3 centros de Atención primaria (AP) pertenecientes a los citados municipios (Gavà-1, Gavà-2 y Viladecans-2).

### Participantes

La muestra estaba formada por pacientes de entre 18 y 75 años de los tres centros participantes que habían sido derivados, entre septiembre de 2005 y enero de 2008, al Servicio de Reumatología del hospital de referencia (Hospital de Viladecans) para evaluación diagnóstica y que cumplían criterios diagnósticos de la American

College of Rheumatology (ACR 1990). Los criterios de exclusión fueron la presencia de deterioro cognitivo como antecedente patológico dado que no podían auto-cumplimentar los cuestionarios, tener una enfermedad reumatológica concomitante grave, tener una esperanza de vida inferior a 12 meses y/o analfabetismo.

En el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta que la diferencia de medias entre los pacientes que responden a la terapia y los que no fuera de 5 puntos en la Fibromyalgia Impact Questionnaire Spanish Version (FIQ-S). Estos 5 puntos surgen de una aproximación a la diferencia esperada según las diferentes fuentes bibliográficas consultadas<sup>30</sup>. Si se asume un error tipo I de 0,05, una potencia del 80%, una DE en estudios previos del 12,1<sup>30</sup>, en contraste bilateral y un porcentaje de pérdidas del 15% son necesarios 108 pacientes en el grupo intervención y 108 al control (Granmo 5.2, cálculo del volumen de la muestra para comparar dos medias independientes).

### Recogida de datos

En primer lugar, un psicólogo contactó telefónicamente con los pacientes candidatos, explicándoles el objetivo del estudio y la metodología. Los pacientes que aceptaron participar en el estudio, fueron citados y después de firmar el informado, realizaron una primera evaluación, de la que proceden los resultados que aquí se presentan.

### Variables

- Variables sociodemográficas: Género, edad, estado civil, nivel educativo y situación laboral.
- Historia de la enfermedad: años de evolución de la enfermedad, tratamiento farmacológico de los 3 meses previos y tratamiento no farmacológico recibido durante los 12 meses anteriores.
- Listado de patologías comórbidas (OMS): listado si/no de patología médica crónica. Se pasó el día 0 (evaluación 1) con datos referidos en los últimos 12 meses, estaban incluidas las siguientes variables: hábito tabáquico, consumo de alcohol, artrosis, enfermedades reumatológicas, dolor cervical crónico, lumbalgia crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (MPOC), asma, diabetes, hipertensión arterial (HTA), arritmias cardíacas, cardiopatía isquémica (IAM), accidente vascular cerebral (AVC) / embolia, úlcera gástrica o duodenal, cefaleas crónicas o dolores de cabeza frecuentes, insuficiencia venosa en las extremidades inferiores (varices), menopausia o climaterio, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, cáncer, problemas de visión, problemas de audición y otras patologías.

Otras patologías de diagnóstico clínico o de exclusión, como el colon irritable, no fueron recogidas de forma específica dado que como los datos se obtenían de una entrevista con los pacientes y no consultando el historial clínico, se consideró que el dato recogido podía no ser fiable. A pesar de

eso, en la variable “otras patologías” se recogían todas las enfermedades que referían los pacientes y no constaban en el listado.

- Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-versión española)<sup>30,31</sup>, se utilizó una versión adaptada y validada al castellano, que es un instrumento auto-administrado compuesto por 10 ítems, que evalúan el estado funcional y los síntomas en pacientes con FM. En la versión española el primer ítem (función física) contiene 9 preguntas (una menos que la versión original) que puntúan de 0 a 3. El ítem 2 evalúa los días que se ha sentido bien en la última semana y puntúa de 0 a 7. Los ítems 3 y 4 preguntan por los días que se sintió bien y el número de días que no pudo ir a trabajar debido a los síntomas de la FM. Los ítems del 5 al 10 son escalas visuales analógicas para evaluar el dolor, el sueño, la fatiga, la rigidez muscular, la ansiedad y la depresión. Una vez completado el cuestionario, el resultado numérico de los ítems 1 y 2 está sujeto a un procedimiento de recodificación, de tal manera que la puntuación en estos ítems pueda oscilar también entre 0 y 10. La puntuación total en el instrumento completo puede variar entre 0 y 100, donde mayor puntuación corresponde un mayor impacto de la enfermedad, es decir, un peor estado funcional. En nuestro caso la puntuación osciló entre 0 y 80, ya que los ítems 3 y 4 relativos al impacto a nivel laboral no fueron administradas por tratarse de una muestra con bajo porcentaje de

personas en situación laboralmente activa, como así se ha hecho en algunos estudios previos<sup>32,33</sup>.

### Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS V. 17.0. En primer lugar, se hizo un análisis descriptivo de las características socio-demográficas de la muestra, así como de las condiciones comórbidas que presentaron. A continuación, se realizó un análisis correlacional (Pearson) para conocer el nivel de asociación entre el número de enfermedades comórbidas y el deterioro funcional (FIQ total y por ítems). Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple para conocer qué variables sociodemográficas y de las condiciones comórbidas evaluadas afectaban significativamente el funcionamiento del paciente.

## RESULTADOS

Como se muestra en la [figura 1](#), había un total de 484 potenciales participantes, que habían sido derivados desde AP al Servicio de Reumatología para confirmación de diagnóstico o seguimiento terapéutico. En total 268 pacientes fueron excluidos por varias razones: en 80 casos por no poder contactar con ellos, en 128 por rechazo a participar, y en 60 casos por no cumplir los criterios de inclusión (24 no cumplieron el criterio de edad, 29 no cumplieron los criterios ACR, 4 por

analfabetismo, 2 por déficit cognitivo y 1 por tener una esperanza de vida menor a 12 meses). Finalmente, se obtuvo una muestra de 216 pacientes. Las características socio-demográficas de la muestra se exponen en la [tabla 1](#). De manera general, destaca que un 97,68% fueron mujeres, con una media de edad de 55,2 años (Desviación Estándar (DE) 8,5; rango 31 a 75 años), con un tiempo medio de evolución desde el diagnóstico de la enfermedad de 14,7 años. El 80,6% eran casados/das, el 48,6% convivían con su pareja y/o hijos, el 48,6% tenían estudios primarios y un 30,1% eran amas de casa ([tabla 1](#)).

La comorbilidad que presentaron los pacientes queda detallada en la [tabla 2](#), destacando como más prevalentes la artrosis en un 72,2% (n=156), el trastorno depresivo en un 64,4% (n=139), la lumbalgia en un 63,9% (n=138), el trastorno de ansiedad en un 62,2% (n=135) y la cervicalgia en un 61,6 % (n=133) ([tabla 2](#)).

La media de enfermedades comórbidas registradas fue de 4,5 (DE = 2,5; rango: 0 a 12). En la [figura 2](#) se puede observar cómo se distribuye la muestra según el número de enfermedades comórbidas que presentaron.

Respecto a la percepción del estado funcional registrado con el FIQ, se encontró una puntuación media de 57,4 (DE 13,1). Al evaluar los ítems de forma individual se encontró que los ítems 2 (número de días de no sentirse

bien) y el 6 (fatiga general) fueron los que se encontraban más afectados ([tabla 3](#)).

En la [figura 3](#) se observa que al analizar la relación entre el estado funcional global y la comorbilidad se obtiene una correlación positiva y estadísticamente significativa ( $r= 0,183$ ,  $p< 0,001$ ). Así pues, a mayor número de enfermedades comórbidas peor estado funcional. Al analizar por ítems, también fue positiva y significativa la relación entre la comorbilidad y el deterioro físico (ítem 1;  $r= 0,181$ ,  $p< 0,01$ ) y dolor (ítem 5;  $r= 0,193$ ,  $p< 0,01$ ).

No se encontró ninguna relación estadísticamente significativa (todas las  $p>0.05$ ) entre las variables sociodemográficas y el estado funcional ( $\beta$  edad= -0.05;  $\beta$  estado civil= 0.08;  $\beta$  convivencia= -0.05;  $\beta$  nivel de estudios= -0.10;  $\beta$  situación laboral= -0.05; el género no se incluyó en la ecuación porque había pocos hombres).

En el análisis de regresión múltiple realizado a continuación ([tabla 4](#)), se observó una asociación significativa entre la presencia de patología mental (trastorno depresivo o de ansiedad), respiratoria y cardiovascular (angina, infarto agudo de miocardio, accidente cerebro-vascular, insuficiencia venosa) con el estado funcional de las pacientes con FM. Así pues, en caso de estar presentes estos antecedentes patológicos la puntuación del FIQ era mayor.



Figura 1: Diagrama del Estudio FIBROQOL

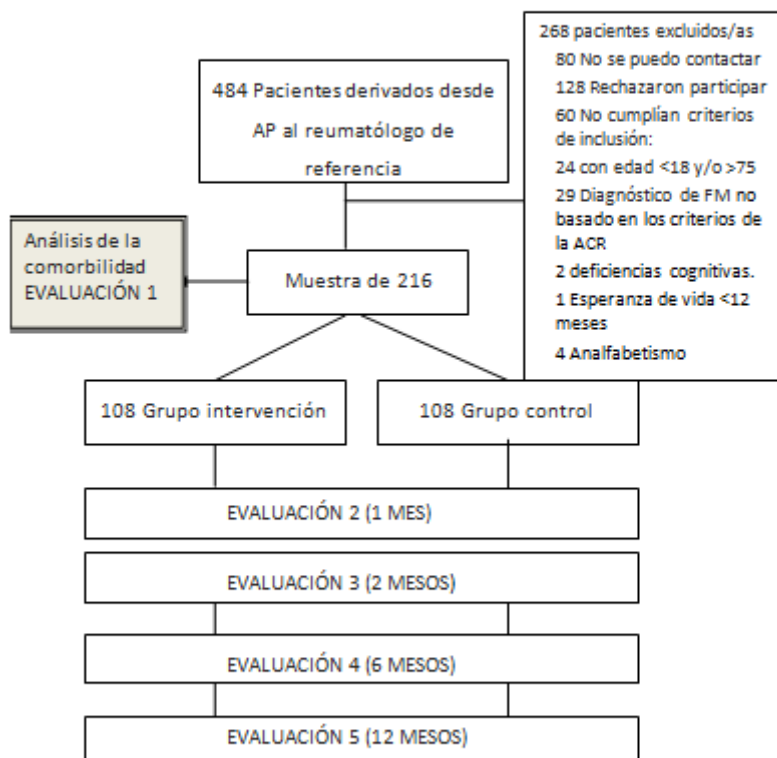




Tabla 1. Variables sociodemográficas

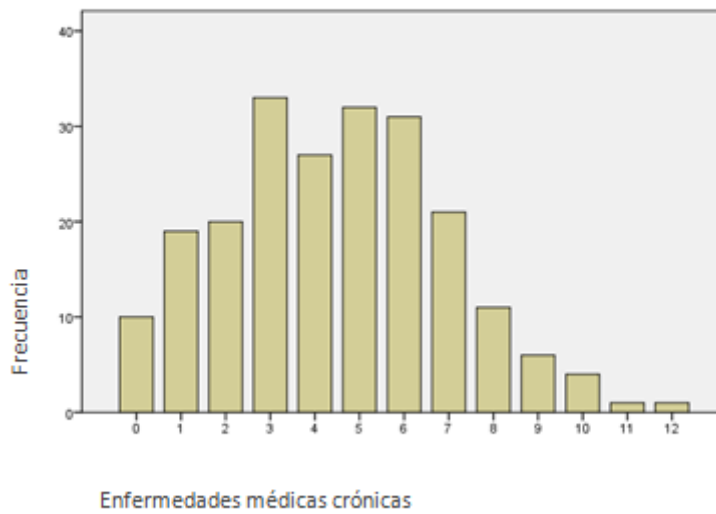
	Media (DE)
Edad (media, DE)	55,2 ( 8,5 )
Tiempo de evolución (media, DE)	14,73 ( 11 )
Sexo ( Nº, % )	Nº (porcentaje)
Mujer	211 ( 97,7 % )
Hombre	5 ( 2,3 % )
Estado civil (frecuencia, porcentaje)	Frecuencia, ( % )
Soltero/a	8 ( 3,7 % )
Casado/da	174 ( 80,6 % )
Separado/da	13 ( 6 % )
Viudo/a	21 ( 20,7 % )
Convivencia (frecuencia, porcentaje)	Frecuencia, ( % )
Solo/a	22 ( 10,2 % )
Con pareja	75 ( 34,7 % )
Pareja y/o hijos	105 ( 48,6 % )
Otros	14 ( 6,5 % )
Nivel de estudios	Frecuencia, ( % )
Sin estudios (sabe leer y escribir)	56 ( 25,9 % )
Estudios primarios	105 ( 48,6 % )
Estudios secundarios	43 ( 19,9 % )
Estudios universitarios	6 ( 2,8 % )
Situación laboral	Frecuencia, ( % )
Estudiante	2 ( 0,9 % )
Labores de la casa	65 ( 30,1 % )
Desempleado/da	14 ( 6,5 % )
Desempleado/da sin subsidio	14 ( 6,5 % )
Empleado/da	50 ( 23,1 % )

Empleado/da de baja laboral	19 ( 8,8 % )
Jubilado/da	13 ( 6 % )
Incapacidad permanente	26 ( 12 % )
Otros	13 ( 6 % )
<b>Tipo de contrato</b>	<b>Frecuencia, ( % )</b>
Funcionario/a	5 ( 2,3 % )
Contrato indefinido	36 ( 16,7 % )
Contrato temporal de más de 6 meses	4 ( 1,9 % )
Contrato temporal de duración indefinida	5 ( 2,3 % )
Sin contrato	17 ( 7,9 % )
Autónomo/a	10 ( 4,6 % )

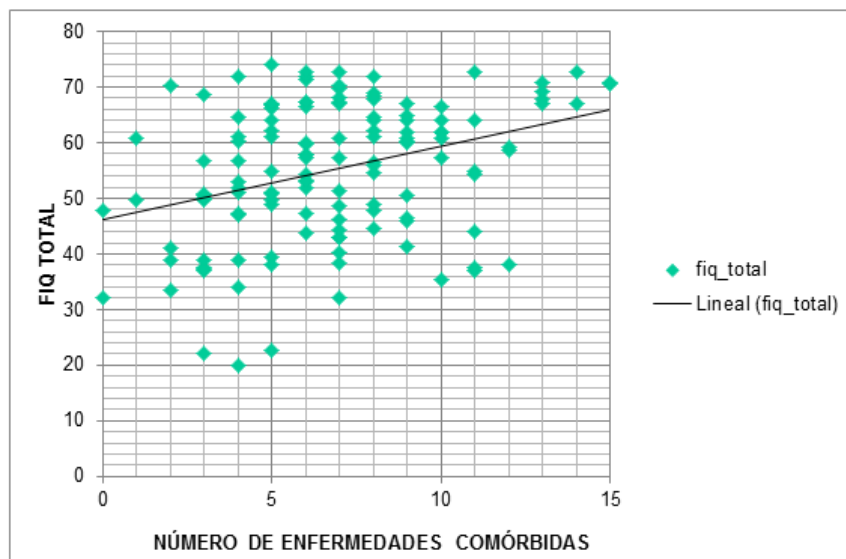
**Tabla 2: Descripción de la comorbilidad.**

Artrosis	156 ( 72,2% )
Depresión	139 ( 64,4% )
Lumbalgia	138 ( 63,9% )
Ansiedad	135 ( 62,2% )
Cervicalgia	133 ( 61,6% )
Insuficiencia venosa	105 ( 48,6% )
Menopausia	130 ( 60,2% )
Cefalea	105 ( 48,6% )
HTA	70 ( 32,4% )
Enfermedad reumatológica	62 ( 28,7% )
Problemas de visión	92 ( 42,6% )
Arritmia cardíaca	40 ( 18,5% )
Problemas de audición	54 ( 25% )
Diabetes	36 ( 16,7% )
Úlcera gástrica	29 ( 13,4% )
EPOC	32 ( 14,8% )
Asma	21 ( 9,7% )
Cáncer	15 ( 6,9% )
AVC	6 ( 2,8% )
IAM	8 ( 3,7% )
Hábito tabáquico	47 ( 21,7% )
Consumo excesivo de alcohol	2 ( 0,9% )
Otras patologías	142 ( 65,7% )

**Figura 2: Número de enfermedades comórbidas concomitantes de la muestra**



**Figura 3. Variabilidad del cuestionario del impacto de la fibromialgia (FIQ) según la comorbilidad**



**Tabla 3. Puntuación global del FIQ y específica por ítems.**

	Media	Desviación típica	N
FIQ Total (Rango 0-80)	57,4329	13,13843	216
FIQ1 (deterioro físico)	3,0552	2,34913	216
FIQ2 (días a la semana encontrándose mal)	8,5027	2,48547	216
FIQ5 (intensidad del dolor)	7,37	1,977	216
FIQ6 (fatiga general)	8,15	1,853	216
FIQ7 (fatiga matutina)	7,92	2,342	216
FIQ8 (rigidez)	7,62	2,377	216
FIQ9 (ansiedad)	7,69	2,329	216
FIQ10 (depresión)	7,12	3,073	216

**Tabla 4. Análisis de regresión múltiple entre el deterioro funcional (FIQ) y varias condiciones clínicas (solo se muestran los coeficientes estandarizados de las variables significativas en la ecuación).**

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

#### Figura 4. Puntos clave

Lo conocido sobre el tema:

- Los pacientes con Fibromiàlgia (FM) presentan un elevado número de enfermedades comórbidas.
- Las enfermedades mentales son una patología comórbida muy prevalente en FM.
- Los pacientes con FM suelen tener afectado en mayor o menor grado su estado funcional.

Qué aporta este estudio:

- Ninguna de las condiciones sociodemográficas se relaciona con el estado funcional en fibromiàlgia
- Existe una relación inversamente proporcional entre el estado funcional de los pacientes con FM y el número de enfermedades comórbidas que presentan.
- Las enfermedades que mejor predicen el deterioro funcional del paciente son la patología mental, respiratoria y cardíaca.

## DISCUSIÓN

El perfil de los pacientes con FM de nuestro estudio es similar al encontrado en la literatura, dado que la mayoría eran mujeres, de aproximadamente 55 años, que vivían en pareja y/o con hijos, con estudios primarios o inferiores y que llevaban más de 10 años de evolución de la enfermedad<sup>6,8,9,12,14</sup>.

Respecto a la comorbilidad en la muestra reclutada, destacan la presencia de artrosis, depresión, lumbalgia, ansiedad y cervicalgia como enfermedades prevalentes. Eso tiene concordancia con lo encontrado en otros estudios donde se muestra una alta prevalencia de estos mismos trastornos, a pesar de que en la mayoría de

casos la muestra no haya sido seleccionada del ámbito de AP<sup>6,8-11,14</sup>.

En cuanto a los trastornos psiquiátricos, en nuestro estudio destacan la depresión y la ansiedad, con una prevalencia superior al 60%. En el caso del estudio de García-Bardón se observa que un 47% de los pacientes con FM sufre algún trastorno del ánimo, sea previamente o concomitantemente a la FM<sup>9</sup>. En otros estudios, como el de Raphael, destaca que hasta el 68,5% de los pacientes presenta patologías psiquiátricas como distimia, depresión mayor, trastornos ansiosos-depresivos y trastorno adaptativo<sup>14</sup>. Esta variabilidad puede ser debida a la fuente de donde se extrae la muestra a estudio y del método de medida, que en este caso era por entrevista telefónica. En el caso de nuestro

trabajo, el porcentaje está en el límite superior de lo encontrado en la literatura y probablemente se ajuste más a la población general dado que la muestra ha sido obtenida del primer nivel asistencial.

Por otra parte, en una revisión sistémica de la comorbilidad en pacientes con FM<sup>21</sup>, no se observan diferencias en la prevalencia de enfermedades infecciosas ni cardiovasculares ni de hipertensión arterial versus la población general. En nuestro estudio la prevalencia de estas patologías no difiere de la esperada en la población general.

En otros trabajos científicos se observó que los pacientes con FM desarrollaban con más frecuencia cáncer que aquellos que no presentaban dolor crónico, destacando el cáncer de mama en mujeres y el de próstata en hombres<sup>2,4,8,9,24</sup>. Este resultado difiere del encontrado en nuestro estudio donde la prevalencia del cáncer no llega al 7%. Este dato no puede ser debatido con precisión, dado que recogíamos el diagnóstico de cáncer de forma general y no especificando su localización como sí hacían los estudios revisados.

En un estudio de ámbito hospitalario, Rojas et al.<sup>12</sup> encontraron que algunas patologías reumatológicas, como la artritis reumatoide (11%) y el lupus eritematoso sistémico (5%) tenían una prevalencia destacable en los pacientes con FM. En cambio, en nuestro estudio,

la prevalencia de la enfermedad reumatológica fue del 28,7%, creemos que esta diferencia puede ser debida a que el ítem se consideraba de manera global incluyendo más patologías reumatológicas de las recogidas por Rojas et al.<sup>12</sup>.

Asimismo, en algunos estudios se observa una elevada prevalencia de patología funcional como colon irritable, vejiga irritable, dolor pélvico crónico o trastornos del sueño, entre otros<sup>7</sup>, no habiéndose detectado en nuestro estudio. Incluimos los casos detectados en la variable "otras patologías". Un 60% de la muestra tienen la menopausia y hay algunas patologías que aumentan su prevalencia en este periodo de la vida, como la vejiga irritable o el síndrome del ojo seco, pero como ya hemos comentado estas patologías no estaban incluidas en el cuestionario "Listado de patologías comórbidas", y los que detectamos se incluyeron en la variable "otras patologías".

El estado funcional de los pacientes con FM se evaluó mediante el FIQ. En nuestro estudio la puntuación media fue de 57,4; similar al valor medio registrado por autores que miden el FIQ entre 0-80<sup>32</sup>. Es bien conocida la elevada repercusión del funcionamiento global que sufren los pacientes con FM y la exacerbación que puede haber en relación a la comorbilidad asociada<sup>5,8,9</sup>; los estudios que reportan estos datos<sup>2,4,8,9,24</sup> han sido realizados fuera del ámbito de primaria, por eso,



los datos que aporta nuestro estudio son de interés.

Al analizar las posibles correlaciones entre la comorbilidad y el estado funcional se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el número de enfermedades comórbidas y la puntuación del FIQ total. Cuando posteriormente se analizaron qué patologías en concreto se asociaban a un peor estado funcional, se pudo ver que los trastornos mentales, respiratorios y cardíacos eran predictores de un peor estado funcional.

Este hallazgo concuerda con lo que Rojas et al. observaron en su estudio donde la depresión y la ansiedad eran indicadores de peor estado funcional<sup>12</sup>.

Los hallazgos deben ser interpretados con cuidado teniendo en cuenta las siguientes limitaciones; en primer lugar, la presencia de un sesgo de información, ya que el cuestionario utilizado para la medición del estado funcional (FIQ) es autoadministrado y los pacientes afectados de FM suelen referir una mayor comorbilidad que la población general<sup>20</sup> y una mayor percepción de los síntomas. En segundo lugar, también podría existir un sesgo de memoria al recoger variables, ya que en algunos casos se preguntó por variables de los últimos 12 meses. En tercer lugar, se podría haber producido un sesgo de selección al excluir del estudio a los pacientes que presentaran enfermedades reumatológicas y/o

psiquiátricas graves. En último lugar, también podría ser una limitación el hecho de no haber comparado la muestra con una población similar sin fibromialgia para saber qué correlación existe con las patologías mentales, respiratorias y cardíacas y su estado funcional.

Como conclusiones de este estudio (figura 4), cabe destacar en primer lugar que las enfermedades comórbidas más prevalentes en los pacientes con FM son la artrosis, depresión, lumbalgia, ansiedad y cervicalgia; en segundo lugar, la existencia de una relación inversa entre comorbilidad y estado funcional; y finalmente, que la presencia de patología mental, respiratoria y/o cardíaca predice un peor estado funcional.

Con estos resultados, sería razonable concluir que un buen abordaje de las a enfermedades comórbidas, principalmente de las que comportan una peor predicción del estado funcional, podría llevar asociada una mejoría en el estado funcional de los pacientes con FM. Así, pues, proponemos la realización de nuevos estudios donde se pueda demostrar que el mejor control de las patologías concomitantes puede mejorar el funcional de la FM. En este sentido, es de gran importancia el papel que juega la Atención Primaria (AP), con todos sus profesionales implicados (médicos, enfermeras, trabajadores sociales) en el diagnóstico, tratamiento y evolución de la FM y en

el abordaje de las patologías comórbidas.

## AGRADECIMIENTOS

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM 077/25/2006), entidad financiadora del estudio 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).

## BIBLIOGRAFÍA

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 cardio-respiratoria 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. Psicossom*. 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).