



Original

Impacto de la fibromialgia en el síndrome de fatiga crónica



Mónica Faro^{a,*}, Naia Sáez-Francàs^b, Jesús Castro-Marrero^b, Luisa Aliste^b,
Antonio Collado^c y José Alegre^b

^aEAP CAP Terrassa Nord, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^bUnidad de Fatiga Crónica, Institut de Recerca Vall d'Hebron, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^cUnidad de Fibromialgia, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de marzo de 2013

Aceptado el 27 de junio de 2013

On-line el 2 de enero de 2014

Palabras clave:

Síndrome de fatiga crónica

Fibromialgia

Comorbilidad

Calidad de vida

RESUMEN

Fundamento y objetivo: Diferentes estudios han demostrado la asociación del síndrome de fatiga crónica (SFC) con otras enfermedades, entre ellas, la fibromialgia (FM). El objetivo de este estudio es analizar si existen diferencias en la clínica y la valoración de la fatiga en los pacientes con SFC asociado o no con FM. **Pacientes y método:** Estudio transversal con casos consecutivos sobre un registro de pacientes con SFC en la Unidad de Diagnóstico de SFC en el Hospital Vall d'Hebron, desde enero de 2008 hasta marzo de 2011. Las variables analizadas fueron la presencia de FM, las características de la fatiga, del dolor y del sueño, y la sintomatología neurocognitiva y neurovegetativa. Valoración de los cuestionarios de impacto de fatiga, intensidad de fatiga y calidad de vida SF-36.

Resultados: Se incluyeron 980 pacientes afectados de SFC (edad media [DE] de 48 [9] años; 91% mujeres). La FM estuvo presente en 528 pacientes (54%). Los niveles de la fatiga ($p = 0,001$) y del dolor ($p < 0,001$) fueron mayores en los pacientes con FM. Los pacientes con SFC y FM tenían más prevalencia de fenómenos relacionados con el sueño. El porcentaje de pacientes y el nivel de gravedad de la sintomatología neurocognitiva y de disfunción neurovegetativa fue mayor en los pacientes con FM ($p < 0,001$). Los pacientes con FM puntuaron más alto en las escalas de impacto de la fatiga ($p < 0,001$) y mostraron peores resultados en el cuestionario de calidad de vida ($p < 0,001$).

Conclusiones: La comorbilidad FM empeora los parámetros clínicos, la fatiga y la percepción de la calidad de vida en los pacientes con SFC.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Impact of the fibromyalgia in the chronic fatigue syndrome

ABSTRACT

Keywords:

Chronic fatigue syndrome

Fibromyalgia

Comorbidity

Quality of life

Background and objective: Different studies have showed association of the chronic fatigue syndrome (CFS) with other pathologies, including fibromyalgia (FM). The objective of this study is to analyze whether there are differences in the clinic and in the assessment of fatigue in CFS patients associated or not with FM. **Patients and methods:** A cross-sectional, single-site observational study was undertaken on a consecutive cases of a register of CFS patients at CFS Unit in Vall d'Hebron Hospital, Barcelona, from January 2008 until March 2011. The variables analyzed were FM comorbidity, sleep and fatigue characteristics and cognitive, neurological and autonomic symptoms. Questionnaires of fatigue impact scale, fatigue strength and impact on quality of life SF-36 were evaluated.

Results: We included 980 CFS patients (mean age: 48 ± 9 years; 91% women). Fibromyalgia was present in 528 patients (54%). The level of fatigue ($P = .001$) and pain ($P < .001$) was higher in FM patients. Patients with CFS and FM had more prevalence of sleep-related phenomena. The percentage of patients and the degree of severity of cognitive symptoms, neurological and autonomic dysfunction was higher in FM patients ($P < .001$). FM patients scored higher on the fatigue impact scale ($P < .001$) and showed worse results in the quality of life questionnaire ($P < .001$).

Conclusions: FM co-morbidity worse clinical parameters, fatigue and the perception of quality of life in CFS patients.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 34174mfc@comb.cat (M. Faro).

Introducción

El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una entidad multisistémica de etiología desconocida que afecta mayoritariamente a adultos jóvenes, con edades comprendidas entre los 20 y 40 años y con una relación varón:mujer de 1:4^{1,2}. Se ha estimado su prevalencia entre el 0,2 y el 2,6% de la población general^{3,4}. En 1988, con los criterios diagnósticos de Holmes, se llegó a la primera definición consensuada del síndrome con el nombre de SFC⁵, y posteriormente, en 1994, se produjo un avance en la definición con los criterios especificados por Fukuda et al.⁶. En 2003 se propuso una nueva definición del SFC creada con la intención de excluir los casos psiquiátricos, a través del documento canadiense de consenso sobre SFC⁷, y en 2011 dichos criterios se actualizan, proponiendo como criterio obligatorio la fatiga postesfuerzo⁸. La presencia de fatiga de más de 6 meses de duración, junto con la intolerancia al ejercicio, es la sintomatología más característica. La dificultad para la concentración o la debilidad muscular generalizada también suelen estar presentes en los pacientes con SFC. Todo ello hace que este síndrome constituya un problema de salud pública y sea una causa frecuente de incapacidad laboral⁴. Un diagnóstico precoz mediante la formación de los profesionales del primer nivel asistencial (médicos y enfermeras de atención primaria) es útil para el paciente, en términos de reconocimiento de su enfermedad y de la gestión de su sintomatología⁹. El SFC se asocia a diferentes enfermedades, tales como el síndrome seco, el síndrome miofascial regional (caracterizado por dolor, rigidez y claudicación de la articulación temporomandibular), los trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada y trastorno de angustia), la fascitis plantar, la enfermedad vertebral degenerativa o mecánica o la tendinopatía del hombro y la fibromialgia (FM)¹⁰. La FM es una enfermedad de etiología desconocida, y se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el sistema musculoesquelético. Los pacientes con FM presentan con frecuencia una hipersensibilidad al dolor que se manifiesta por la aparición de una sensación dolorosa a la presión en múltiples puntos del aparato locomotor, que no se observa en los individuos sanos¹¹. La FM, definida por los criterios de clasificación del *American College of Rheumatology* (ACR)¹², tiene una prevalencia en España del 2,4% de la población general mayor de 20 años, según el estudio EPISER¹³. Además del dolor, otros síntomas, como fatiga intensa, alteraciones del sueño, parestesias en extremidades, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefalea y sensación de tumefacción en manos se encuentran entre las manifestaciones clínicas asociadas más comunes. La FM es una comorbilidad frecuente en los pacientes con SFC¹⁴. Su prevalencia oscila entre el 15,6-80%, con una media de 55,2%¹⁵⁻¹⁸. El dolor es un síntoma común en el SFC y en sus fenómenos comórbidos asociados, ya sea de origen muscular, como articular o en forma de cefalea. Recientes estudios intentan dilucidar sobre su mecanismo de producción, proponiéndose la hiperalgesia generalizada y la disfunción en la analgesia endógena¹⁹. Dentro de estos mecanismos está la llamada sensibilización central, conocida por un aumento de la respuesta neuronal central, que ocasiona alodinia, dolor referido e hiperalgesia a lo largo de segmentos espinales, conduciendo a un dolor crónico generalizado. Este mecanismo es el propuesto como causa del dolor crónico en la FM, y Meeus y Nijs²⁰ indican que podría ser también la causa del dolor en el SFC. El tratamiento de la FM es complejo y con frecuencia debe realizarse de forma multidisciplinar, que contempla el tratamiento farmacológico, la terapia cognitivo-conductual y el ejercicio físico programado. En esta línea, las pautas de ejercicio y las técnicas de relajación han demostrado su eficacia en la mejoría del descanso nocturno, la ansiedad y la calidad de vida²¹.

La historia natural del SFC es poco conocida, y por lo general se comporta como una enfermedad crónica con recaídas y remisiones. El estudio de Jason et al.¹⁸ demuestra estabilidad de la

sintomatología a lo largo de 10 años. En la búsqueda de factores que puedan predecir la trayectoria, la coexistencia de FM se ha identificado como uno de los que determinan una mala evolución del SFC²². Existen pocos estudios realizados en nuestro entorno sobre el impacto de la FM en el SFC. El objetivo del presente estudio es analizar la sintomatología, la valoración de la fatiga y la calidad de vida de los pacientes afectados de SFC con o sin FM asociada.

Pacientes y método

Se estudiaron todos los pacientes que fueron diagnosticados de SFC en la Unidad de Fatiga Crónica del Hospital Universitario Vall d'Hebron según los criterios diagnósticos de Fukuda et al.⁶. Dichos pacientes procedían en su mayoría de derivaciones para estudio de clínica compatible desde el primer nivel asistencial según protocolos de derivación consensuados, así como familiares de pacientes ya diagnosticados. El período de inclusión de pacientes fue desde enero de 2008 hasta marzo de 2011, de forma consecutiva. Las entrevistas fueron realizadas por 2 internistas especializados en el diagnóstico de la enfermedad. *A todos los pacientes se les pidió el consentimiento informado por escrito, y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Vall d'Hebron.*

Se recogieron variables sociodemográficas de cada paciente (edad, sexo, estado civil, profesión, situación laboral y nivel educativo), los antecedentes familiares de SFC, de FM y de enfermedades inmunitarias, reumatológicas y del tiroides. También se registraron los antecedentes personales de fatiga crónica, de psicopatología previa al dolor o fatiga y de enfermedades inmunitarias, así como los posibles factores desencadenantes del síndrome (traumatismo físico, intoxicación, acontecimiento vital estresante, proceso infeccioso, intervención quirúrgica, transfusión, embarazo o parto).

Se interrogó sobre las características de la fatiga (forma y momento de inicio, curso evolutivo, tiempo de evolución, e intensidad de la misma mediante la escala visual analógica [EVA] de 0 a 10). Así mismo, se interrogó sobre las características del dolor (momento de inicio, tiempo de evolución de dolor continuo, nivel de dolor actual según la EVA de 1 a 10 y extensión del dolor: 1-20 áreas). La entrevista clínica se realizó definiendo los bloques de la sintomatología muscular, cognitiva, neurológica, autonómica/neurovegetativa e inmunológica, definidos por los criterios canadienses del SFC⁷. Se valoró la presencia de cefalea recurrente y de trastornos del sueño (sueño no reparador, insomnio, pesadillas, sueño superficial y fenómenos asociados, como síndrome de las piernas inquietas, parálisis del sueño y síndrome de apnea-hipopnea leve). Se interrogó por los antecedentes patológicos de los principales síndromes potencialmente asociados, tales como FM definida según los criterios del ACR de 1990⁸, síndrome seco entendido como la presencia de sequedad bucal más sequedad ocular objetivamente demostrada mediante prueba de Schirmer, síndrome miofascial regional según los criterios de Travell y Simons²³, síndrome miofascial definido como dolor, rigidez y claudicación de la articulación temporomandibular, trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada y trastorno de angustia) según la definición del DSM-IV²⁴, fascitis plantar, enfermedad vertebral degenerativa o mecánica y tendinopatía del hombro. También se interrogó sobre antecedentes personales de osteoporosis, dislipidemia y endometriosis, que son fenómenos comórbidos que se observan con cierta frecuencia, así como hipersensibilidad química múltiple²⁵.

A todos los pacientes se les administraron los cuestionarios de intensidad de fatiga, la escala de impacto de fatiga en sus 2 versiones, FIS 8 y FIS 40, y el cuestionario de calidad de vida SF-36^{26,27}. El cuestionario de intensidad de la fatiga consta de 9 ítems con 7 posibilidades, de intensidad creciente, y el total es la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3797778>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3797778>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)