

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

^a EAP CAP Terrassa Nord, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

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

^c Unidad 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

suma de todos los ítems. La escala de impacto de fatiga, tiene 2 versiones, la versión FIS 40 y la FIS 8. La versión FIS 40 incluye 3 subescalas de percepción de impacto de la fatiga, la cognoscitiva, de 10 ítems, la física, de 10 ítems, y la función psicosocial, de 20 ítems, puntuando cada ítem de 1 a 4²⁸. El cuestionario de calidad de vida SF-36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes, y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Consta de 36 preguntas que exploran 8 dimensiones del estado de salud (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra mediante frecuencias absolutas y relativas en el caso de las variables categóricas, y mediante medidas de tendencia central y dispersión en las variables continuas. Se calculó el índice de consistencia interna alfa de Cronbach para evaluar la fiabilidad de los ítems relacionados con la sintomatología muscular, cognitiva, neurológica e inmunológica y la disfunción neurovegetativa, con la finalidad de valorar la capacidad de obtener resultados consistentes en mediciones sucesivas del mismo fenómeno. Si el valor de alfa era superior a 0,70 se consideró que los datos eran fiables y que se podría trabajar en una sola dimensión, que sería la suma de los ítems de cada sintomatología. Para la sintomatología cognitiva y neurológica, y la disfunción neurovegetativa los valores fueron superiores a 0,70. Para comparar los valores de las variables categóricas entre los que tienen FM y no la tienen en el SFC se utilizó la prueba de independencia de ji al cuadrado y la prueba t-test para muestras independientes para las comparaciones entre variables continuas. El error tipo I (α) se fijó en el 5%. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el software R (*The R Foundation for Statistical Computing*).

Resultados

Se incluyeron 980 pacientes diagnosticados de SFC con una edad media (DE) de 48 (9) años, el 91% eran mujeres, el 66% estaban casadas, el 39% eran trabajadoras no profesionales, y un 39% tenían estudios de Bachiller/Formación Profesional. El 35% tenían algún antecedente familiar (12,2% SFC; 9,6% FM), y el 69,2%, algún antecedente personal (48,5% fatiga crónica; 34,5% dolor crónico). Como desencadenante aparente, un 19,7% de ellos referían un acontecimiento vital estresante y el 13,7% habían tenido un proceso infeccioso.

En la **tabla 1** se detallan las frecuencias de los fenómenos comórbidos de los pacientes estudiados, siendo los más prevalentes el síndrome seco, seguido del trastorno de angustia y del dolor miofascial regional. Tenían FM asociada el 54% (528/980 pacientes).

En la **tabla 2** se muestra el momento de inicio y el nivel de la fatiga y del dolor de los pacientes con SFC asociado o no a FM. Respecto a las características de la fatiga, la forma de inicio fue gradual en el 60,6%, tuvo un curso continuo en el 78,1%, de los cuales el 82,5% tuvo un empeoramiento desde el inicio. La edad media de inicio de la fatiga fue de 37,5 (10,8) años, y la del dolor fue de 36,9 (11,1) años. El tiempo medio de evolución de la fatiga fue de 116,5 (97,6) meses, y el del dolor, de 120 (102,7) meses. El valor medio de la escala de fatiga (EVA) fue de 8,4 (1,3), y del dolor fue de 7,5 (1,9).

Tabla 1

Número y porcentaje de los fenómenos comórbidos en pacientes con síndrome de fatiga crónica

| Comorbilidades | n | % |
|--|-----|------|
| Síndrome seco | 802 | 81,8 |
| Trastorno de angustia | 669 | 68,2 |
| Dolor miofascial regional | 596 | 60,8 |
| Fibromialgia | 528 | 53,8 |
| Fascitis plantar | 520 | 53,0 |
| Tendinopatía de hombro | 517 | 52,7 |
| Enfermedad vertebral degenerativa/mecánica | 501 | 51,1 |
| Hipercolesterolemia | 404 | 41,2 |
| Epicondilitis | 380 | 38,7 |
| Hiperlaxitud ligamentosa | 233 | 23,8 |
| Síndrome del túnel carpiano | 214 | 21,8 |
| Distimia | 190 | 19,4 |
| Trastorno de pánico | 171 | 17,4 |
| Hipotiroidismo. Tiroiditis | 155 | 15,8 |
| Osteoporosis | 145 | 14,8 |
| Hipersensibilidad química múltiple | 135 | 13,8 |
| Hipertrigliceridemia | 90 | 9,2 |
| Alteración de la personalidad | 76 | 7,7 |
| Trastorno adaptativo | 74 | 7,5 |
| Endometriosis | 46 | 4,7 |
| Riesgo vascular | 7 | 0,7 |

n: número de pacientes asociados a comorbilidad; %: número de pacientes / 980.

En la **tabla 3** se muestran las frecuencias de los fenómenos comórbidos asociados al SFC, tuviesen o no FM asociada, siendo más frecuentes estadísticamente los pacientes que presentaban FM, el dolor miofascial regional, el síndrome seco, las tendinopatías y los trastornos psicológicos, entre otros.

El análisis de los síntomas cognitivos, neurológicos y neurovegetativos mostró valores de consistencia interna alfa de Cronbach superiores a 0,70, por lo que se trabajó con dichos resultados en una sola dimensión, estratificando en leve, moderada y grave. En los pacientes con FM asociada los 3 grupos de síntomas se presentaban con mayor frecuencia y eran más graves ($p < 0,001$). Dichos resultados se presentan en la **figura 1**.

El 87% de los pacientes con FM asociada referían cefalea recurrente, frente al 80% de los que no tenían FM ($p = 0,005$). No había diferencias entre los 2 grupos en la presencia de sueño no reparador, superficialidad del sueño o insomnio, pero sí en el porcentaje de pacientes que referían pesadillas, 152 (35%) en los que no tenían FM asociada frente a 229 (44,5%) en los que sí la tenían ($p = 0,002$). En relación con otras alteraciones del sueño, los pacientes con FM presentaron con mayor frecuencia síndrome de piernas inquietas y parálisis del sueño, 34 y 26% frente a 28 y 16% en los pacientes sin FM asociada ($p = 0,041$ y $p < 0,001$, respectivamente).

En la valoración de las escalas de impacto de fatiga, de intensidad de fatiga y en la de calidad de vida se encontraron diferencias entre los 2 grupos. En la **figura 2** se representan los resultados del cuestionario FIS 40. Los pacientes con FM puntuaron más alto de forma significativa ($p < 0,001$). La escala de intensidad

Tabla 2

Características de la fatiga y el dolor en pacientes con síndrome de fatiga crónica asociado o no con fibromialgia

| | FM | | | No FM | | | p |
|---------------------------|-----|-------|------|-------|-------|------|---------|
| | n | Media | DE | n | Media | DE | |
| Edad inicio fatiga (años) | 525 | 38,3 | 10,7 | 451 | 36,5 | 10,9 | 0,010* |
| Edad inicio dolor (años) | 518 | 37,8 | 10,6 | 356 | 35,7 | 11,8 | 0,007* |
| Nivel de fatiga (EVA) | 524 | 8,5 | 1,2 | 447 | 8,2 | 1,4 | 0,001* |
| Nivel de dolor (EVA) | 525 | 8,0 | 1,5 | 443 | 6,8 | 2,1 | <0,001* |
| Total pacientes | 528 | | | 452 | | | |

DE: desviación estándar; EVA: escala visual analógica; p: prueba t-test para la comparación de medias.

* Significación estadística $p < 0,05$.

Tabla 3
Comorbilidades en pacientes con síndrome de fatiga crónica asociado o no con fibromialgia

| Comorbilidades | Pacientes que tienen la comorbilidad | | | | p |
|--|--------------------------------------|------|-----|------|-------|
| | No FM | | FM | | |
| | n | % | n | % | |
| Presencia de dolor miofascial regional | 214 | 47,2 | 382 | 72,3 | 0,000 |
| Síndrome seco | 335 | 74,0 | 467 | 88,4 | 0,000 |
| Enfermedad vertebral degenerativa o mecánica | 191 | 42,4 | 310 | 58,7 | 0,000 |
| Tendinopatía de hombro | 202 | 44,8 | 315 | 59,7 | 0,000 |
| Epicondilitis | 142 | 31,5 | 238 | 45,2 | 0,000 |
| Síndrome del túnel carpiano | 69 | 15,3 | 145 | 27,5 | 0,000 |
| Fascitis plantar | 187 | 41,4 | 333 | 63,1 | 0,000 |
| Osteoporosis | 52 | 11,6 | 93 | 17,6 | 0,008 |
| Hipercolesterolemia | 163 | 36,1 | 241 | 45,6 | 0,003 |
| Hipertrigliceridemia | 43 | 9,5 | 47 | 8,9 | 0,733 |
| Riesgo vascular | 3 | 0,7 | 4 | 0,8 | 0,862 |
| Trastorno adaptativo | 31 | 6,9 | 43 | 8,1 | 0,448 |
| Hipersensibilidad química múltiple | 60 | 13,2 | 75 | 14,2 | 0,664 |
| Distimia | 66 | 14,6 | 124 | 23,5 | 0,000 |
| Trastorno de pánico | 56 | 12,4 | 115 | 21,8 | 0,000 |
| Trastorno de angustia | 274 | 60,6 | 395 | 74,8 | 0,000 |
| Alteración de la personalidad | 31 | 6,9 | 45 | 8,5 | 0,332 |
| Hiperlaxitud ligamentosa | 106 | 23,5 | 127 | 24,1 | 0,813 |
| Endometriosis | 16 | 3,5 | 30 | 5,7 | 0,116 |
| Hipotiroidismo. Tiroiditis | 69 | 15,3 | 86 | 16,3 | 0,662 |

FM: fibromialgia; n: número de pacientes asociados a comorbilidad; %: número de pacientes /980.
Las cifras de p en cursivas significan un valor de $p < 0.001$.

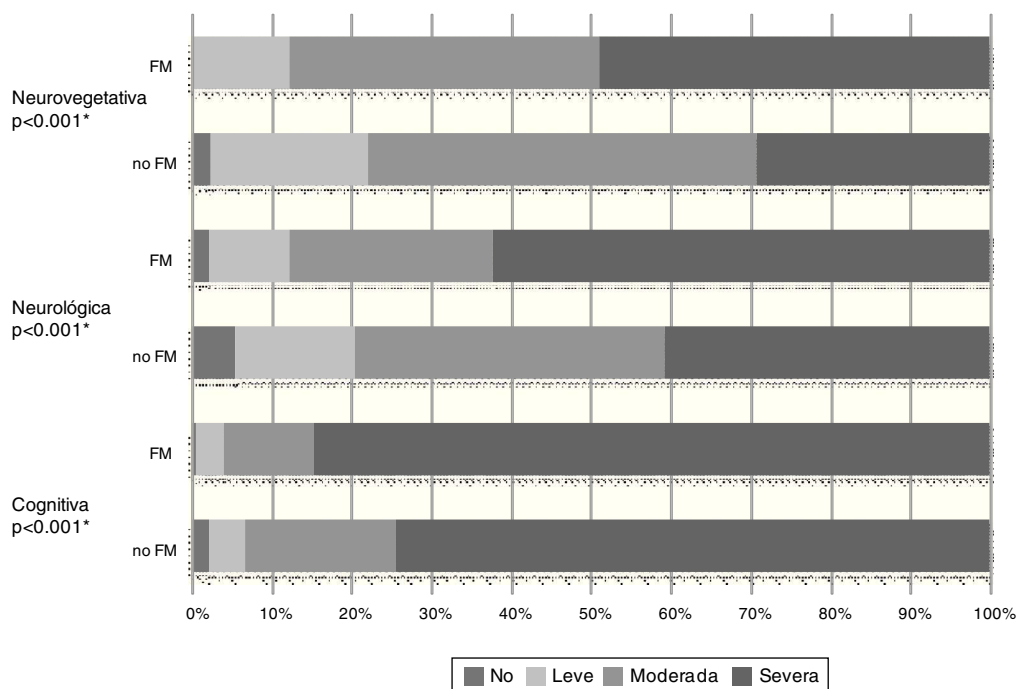


Figura 1. Sintomatología neurovegetativa, neurológica y cognitiva en pacientes con síndrome de fatiga crónica asociado o no con fibromialgia. Representación gráfica de la frecuencia de sintomatología neurológica, cognitiva y neurovegetativa en los pacientes con síndrome de fatiga crónica comparando los pacientes con o sin fibromialgia asociada. Las diferentes tonalidades expresan el nivel de gravedad de dicha sintomatología. FM: con fibromialgia; No FM: sin fibromialgia.

de fatiga también mostró diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los 2 grupos. En el cuestionario de calidad de vida los pacientes con FM obtuvieron peores puntuaciones, lo cual indica una peor percepción de la calidad de vida, en todos los decatipos que valora, excepto en el rol físico, y también en la puntuación global, tal como queda reflejado en la figura 3.

Discusión

El presente estudio demuestra que la asociación de FM con el SFC empeora la mayoría de los parámetros clínicos y de las escalas

de valoración de fatiga y de calidad de vida analizados, lo cual condiciona una mayor gravedad del mismo. La mitad de los pacientes estudiados cumplen criterios de FM, lo cual está acorde con la literatura médica¹⁵. Aunque no se dispone de datos de prevalencia en nuestro entorno más inmediato, habría que suponer que los datos son superponibles a los de otras poblaciones estudiadas, con gran variabilidad de prevalencia. No hay estudios que analicen los efectos de FM concomitante en la trayectoria del SFC. En la búsqueda de factores relacionados con su progresión, el estudio de Ciccone et al.²² clasificaba a los pacientes según su evolución (mejoría o no mejoría), de acuerdo con las puntuaciones

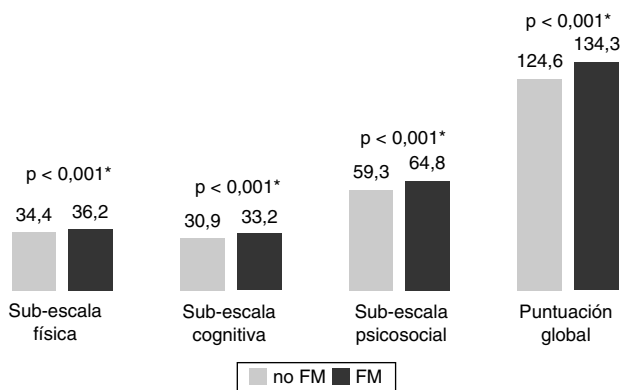


Figura 2. Resultados del cuestionario del impacto de la fatiga (FIS 40) en pacientes con síndrome de fatiga crónica asociado o no con fibromialgia. Representación gráfica de las puntuaciones medias en la escala de impacto de fatiga FIS 40 en pacientes con síndrome de fatiga crónica con o sin fibromialgia asociada. FM: pacientes con fibromialgia; No FM: pacientes sin fibromialgia.

obtenidas en la subescala de función física del cuestionario SF-36, medida al inicio y al final de un período de 2 años y medio. La función física mide el grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos. En el mismo estudio, los pacientes

con la comorbilidad FM tenían una probabilidad 3 veces mayor de que su evolución fuese negativa. En el presente estudio, de corte transversal, el grupo de pacientes con FM se caracteriza por tener peor función física, pero también están más afectadas el resto de subescalas, menos el rol físico y en el global de función física y mental. El rol físico mide el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades que se pueden realizar o la dificultad de las mismas.

Aunque la presencia de cefalea recurrente es mayor en los pacientes con FM, en ambos grupos supera el 80%. Ravindran et al.²⁹, al analizar la prevalencia de migraña y cefalea tensional en pacientes afectados de SFC y compararla con controles sanos, observan porcentajes similares a los encontrados en el presente estudio. Este porcentaje es similar al del estudio que analiza la prevalencia de migraña y cefalea tensional en pacientes afectados de SFC y en controles sanos. En dicho estudio se observa también una asociación entre migraña, SFC y FM.

Se ha descrito relación entre FM y trastornos del sueño, observándose asociación entre presencia de alteraciones del sueño y riesgo de padecer FM³⁰, pero no se conoce el mecanismo exacto por el que la falta de sueño produce dolor crónico musculoesquelético. En pacientes con FM se ha demostrado que las alteraciones del sueño son predictoras de exacerbaciones de dolor³¹. Togo et al.³² no encontraron diferencias en la estructura

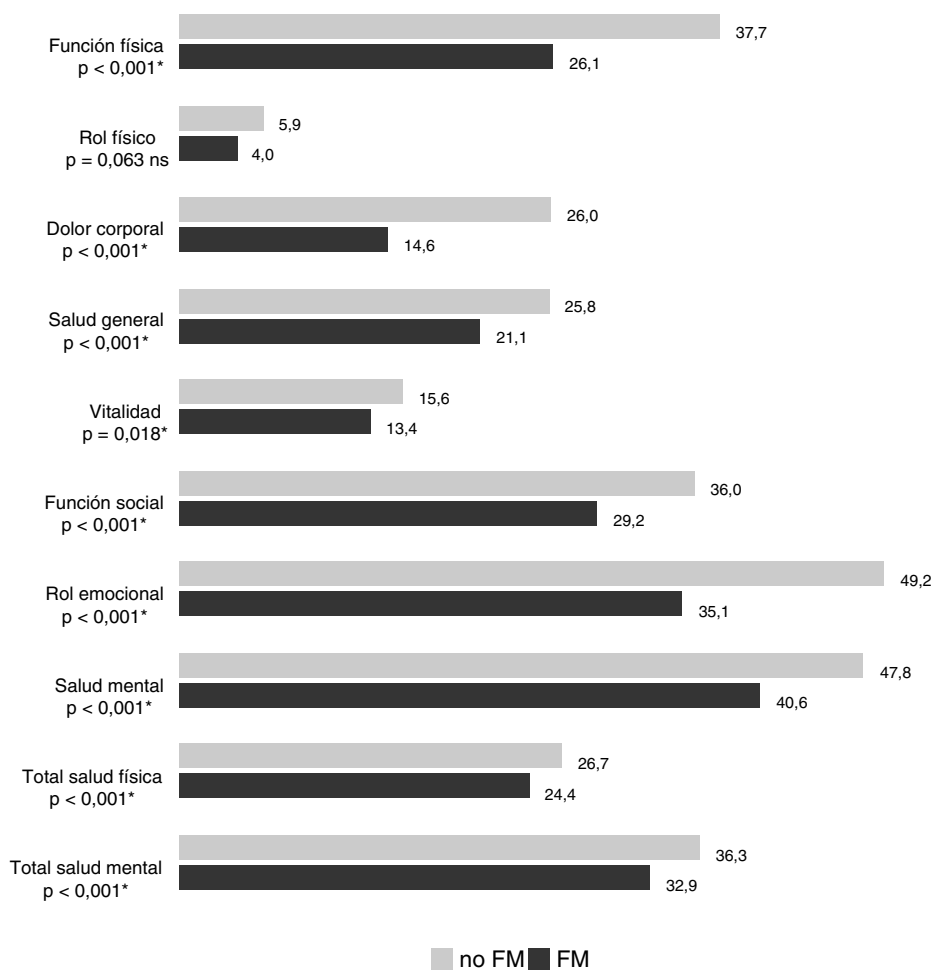


Figura 3. Resultados del cuestionario de calidad de vida (SF-36) en pacientes con síndrome de fatiga crónica asociado o no con fibromialgia. Representación gráfica de las puntuaciones medias de los decatipos y globalmente del cuestionario de calidad de vida SF-36 de los pacientes con síndrome de fatiga crónica con o sin fibromialgia asociada. FM: pacientes con fibromialgia; No FM: pacientes sin fibromialgia.

del sueño ni en la presencia de somnolencia en pacientes con SFC con o sin FM asociada, pero no se valoraron fenómenos asociados como pesadillas, piernas inquietas o parálisis del sueño. Los pacientes con FM de nuestro estudio referían tener más pesadillas, síndrome de piernas inquietas o parálisis del sueño, pero no había diferencias en la superficialidad del sueño o en la presencia de insomnio.

El porcentaje de pacientes y el nivel de gravedad de la sintomatología cognitiva, neurológica y de disfunción neurovegetativa es mayor en los pacientes con FM asociada. No se pueden contrastar estos resultados porque no existen referencias similares en la literatura médica. El déficit cognitivo ha sido motivo de estudio, y en nuestro ámbito Santamarina-Pérez et al.³³ estudiaron si había asociación con la presencia de depresión. Además de confirmar los hallazgos de estudios previos al constatar el déficit cognitivo en funciones atencionales y ejecutivas, concluyeron que dicho déficit no era secundario a la coexistencia de depresión.

Tampoco se ha estudiado el efecto añadido de las comorbilidades en la puntuación de escalas para valorar el grado de afectación. En el presente estudio los pacientes con FM puntúan más alto en las escalas que valoraran la fatiga. Sí que parece lógico que puntúen peor en el cuestionario de calidad de vida, ya que el dolor afecta a la percepción de esta.

La principal limitación de este estudio es que, al ser de corte transversal, no se puede valorar la trayectoria/evolución de los pacientes. Estos proceden mayoritariamente de derivaciones de otros ámbitos, especialmente de atención primaria, donde las listas de espera y el desconocimiento de la enfermedad conducen a un período de tiempo mayor entre el inicio de la sintomatología o la sospecha diagnóstica y el diagnóstico definitivo. Por otra parte, el haber consultado previamente en otro nivel asistencial implica un perfil de paciente con mayor gravedad sintomática y más comorbilidades que si el reclutamiento hubiese sido de la población general.

En los últimos años ha aumentado la preocupación para ofrecer una adecuada atención y seguimiento al paciente que consulta por fatiga crónica, por SFC y sus comorbilidades, o por FM. No existe un tratamiento que modifique la historia natural del síndrome, pero sí existen unas recomendaciones para su abordaje basadas en evidencias científicas^{34,35}. Estas recomendaciones de diagnóstico y de tratamiento van dirigidas a profesionales tanto de la atención primaria como de la atención especializada.

Los fenómenos comórbidos han de ser considerados y evaluados correctamente en todos los pacientes con SFC, pues pueden potenciar la sintomatología y empeorar la discapacidad y el pronóstico, y además su correcta identificación puede hacer que el paciente se beneficie de un tratamiento específico⁶.

Como conclusiones, en el tratamiento del SFC debemos tener en consideración los fenómenos comórbidos, especialmente la FM, ya que como se ha demostrado en el presente estudio, su presencia empeora los parámetros clínicos, la fatiga y la percepción de la calidad de vida. Un correcto diagnóstico permitirá la individualización del tratamiento, lo cual influirá en la evolución del SFC.

Financiación

Beca Fundación Mutua Madrileña, convocatoria 2007.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Dra. Vernet, por el apoyo y las correcciones en el manuscrito.

Bibliografía

- Afari N, Buchwald D. Chronic fatigue syndrome: A review. *Am J Psychiatry*. 2003;160:221-36.
- Prins JB, van der Meer JW, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. *Lancet*. 2006;367:346-55.
- Nacul LC, Lacerda EM, Pheby D, Campion P, Molokhia M, Fayyaz S, et al. Prevalence of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) in three regions of England: A repeated cross-sectional study in primary care. *BMC Med*. 2011;28:9-91.
- Reyes M, Nisenbaum R, Hoaglin DC, Unger ER, Emmons C, Randall C, et al. Prevalence and incidence of chronic fatigue syndrome in Wichita, Kansas. *Arch Intern Med*. 2003;163:1530-6.
- Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, Komaroff AL, Schonberger LB, Straus SE, et al. Chronic fatigue syndrome, a working case definition. *Ann Intern Med*. 1988;108:387-9.
- Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome, a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med*. 1994;121:953-9.
- Carruthers BM, Jain AK, de Meirleir KL, Peterson DL, Klimas NG, Lerner AM, et al. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: Clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols. *J Chronic Fatigue Syndr*. 2003;11:7-115.
- Carruthers BM, van de Sande MI, de Meirleir KL, Klimas NG, Broderick G, Mitchell T, et al. Myalgic encephalomyelitis: International consensus criteria. *J Intern Med*. 2011;270:327-38.
- Hannon KL, Peters S, Fisher L, Riste L, Wearden A, Lovell K, et al. Developing resources to support the diagnosis and management of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalitis (CFS/ME) in primary care. A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2012;13:93.
- Ruiz E, Alegre J, García Quintana AM, Aliste L, Blázquez A, Fernández de Sevilla T. Síndrome de fatiga crónica: estudio de una serie consecutiva de 824 casos evaluados en dos unidades especializadas. *Rev Clin Esp*. 2011;211:385-90.
- Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin*. 2006;2:55-6.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 1990;33:160-72.
- Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2001.
- Yunus MB. The prevalence of fibromyalgia in other chronic pain conditions. *Pain Res Treat*. 2012;5845:73.
- Aaron LA, Burke M, Buchwald D. Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. *Arch Intern Med*. 2000;160:221-7.
- Goldenberg DL, Simms RW, Geiger A, Komaroff AL. High frequency of fibromyalgia in patients with chronic fatigue seen in a primary care practice. *Arthritis Rheum*. 1990;33:381-7.
- Jason LA, Taylor RR, Kennedy BA. Chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities in a community-based sample of persons with chronic fatigue-like symptoms. *Psychosom Med*. 2000;62:655-63.
- Jason LA, Porter N, Hunnell J, Brown A, Rademaker A. A natural history study of chronic fatigue syndrome. *Rehabil Psychol*. 2011;56:32-42.
- Nijls J, Cronbez G, Meeus M, Knoop H, van Damme S, van Cauwenbergh D, et al. Pain in patients with chronic fatigue syndrome: Time for specific pain treatment? *Pain Physician*. 2012;15:677-86.
- Meeus M, Nijls J. Central sensitization: A biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clin Rheumatol*. 2007;26:465-73.
- Arcos-Carmona IM, Castro-Sánchez A, Matarán-Peñarocha GA, Gutiérrez-Rubio AB, Ramos-González E, Moreno-Lorenzo C. Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con fibromialgia: ensayo clínico aleatorizado. *Med Clin (Barc)*. 2011;137:398-401.
- Ciccone DS, Chandler HK, Natelson BH. Illness trajectories in the chronic fatigue syndrome. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198:486-93.
- Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual. Vol. 1. Williams and Wilkins: Baltimore; 1983.
- Frances A, Mack AH, Ross R, Michael B. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. The DSM-IV classification and psychopharmacology. En: Bloom FE, Kupfer DJ, editors. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. New York: Raven; 1995.
- Nogué Xarau S, Alarcón Romay M, Martínez Martínez JM, Delclós Clanchet J, Rovira Prat E, Fernández Solà J. Sensibilidad química múltiple: diferencias epidemiológicas, clínicas y pronósticas entre la de origen laboral y la de origen no laboral. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:52-8.
- Fisk JD, Ritvo PG, Ross L, Haase DA, Marrie TJ, Schlech WF. Measuring the functional impact of fatigue: Initial validation of the Fatigue Impact Scale. *Clin Infect Dis*. 1994;18 Suppl 1:S79-83.
- Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771-6.

28. Krupp LB, LaRoca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The Fatigue Severity Scale: Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol*. 1989;46:1121–3.
29. Ravindran MK, Zheng Y, Timbol C, Merck S, Baraniuk JN. Migraine headaches in chronic fatigue syndrome (CFS): Comparison of two prospective cross-sectional studies. *BMC Neurol*. 2011;11:30.
30. Mork PJ, Nilsen TI. Sleep problems and risk of fibromyalgia: Longitudinal data on an adult female population in Norway. *Arthritis Rheum*. 2012;64:281–4.
31. Bigatti SM, Hernandez AM, Cronan TA, Rand KL. Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: Relationship to pain and depression. *Arthritis Rheum*. 2008;59:961–7.
32. Togo F, Natelson BH, Cherniack NS, Fitz Gibbons J, Garcon C, Rapoport DM. Sleep structure and sleepiness in chronic fatigue syndrome with or without coexisting fibromyalgia. *Arthritis Res Ther*. 2008;10:R56.
33. Santamarina-Pérez P, Freniche V, Eiroa-Orosa F, Llobet G, Sáez N, Alegre J, et al. El rol de la depresión en el déficit cognitivo del paciente con síndrome de fatiga crónica. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:239–43.
34. Alijotas J, Alegre J, Fernández-Solà J, Cots JM, Panisello J, Peri JM, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fatiga crónica en Catalunya. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:73–6.
35. Grup de treball sobre fibromialgia i síndrome de fatiga crónica. Fibromialgia i síndrome de fatiga crónica: recomanacions sobre el diagnòstic i tractament. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2011.