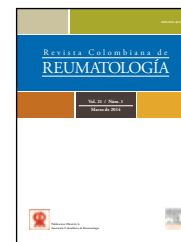


Revista Colombiana de REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



Investigación original

Estado de salud y calidad de vida en pacientes con fibromialgia, Medellín

Jaiberth Antonio Cardona-Arias^{a,b,*}, Vanessa León-Mira^a y Alejandro Antonio Cardona-Tapias^a

^aFacultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Medellín, Colombia

^bEscuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, Antioquia, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de octubre de 2013

Aceptado el 3 de marzo de 2014

Palabras clave:

Estado de salud

Calidad de vida

Fibromialgia

Reumatología

Colombia

R E S U M E N

Introducción: La fibromialgia presenta una elevada prevalencia y deterioro de la salud física, psicológica y social de los pacientes.

Objetivo: Evaluar el impacto de la fibromialgia sobre el estado de salud y la calidad de vida en pacientes de Medellín, y sus factores asociados.

Materiales y métodos: Estudio transversal en 100 pacientes. Se aplicaron el Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36), la versión resumida del World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) y el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). El análisis se realizó con proporciones, medidas de resumen, α de Cronbach, t Student, U de Mann-Whitney, ANOVA, correlaciones de Spearman y regresión lineal múltiple.

Resultados: 8% fueron hombres y 44% de estrato bajo. Se halló tabaquismo del 9%, alcoholismo 8% y sedentarismo 71%. Las comorbilidades más elevadas fueron 23% en osteoartritis y 16% en artritis reumatoide. El α de Cronbach fue mayor a 0,7. Del MOSSF-36 los mayores puntajes fueron función social (53,5) y salud mental (49,5), los más bajos fueron desempeño físico (16,7), dolor corporal (27,2) y desempeño emocional (23,7). El puntaje del FIQ fue 40,4. En el WHOQOL-BREF fue: 72,7 en relaciones sociales, 72,6 ambiente, 70,9 salud psicológica y 43,7 salud física. Los principales factores asociados fueron actividad física, participación social, relaciones familiares, edad y escolaridad.

Conclusión: Los peores resultados correspondieron al componente físico y los mejores al social, el mayor deterioro se observó en sedentarios, sin participación social y con menor escolaridad y edad; esto pone de manifiesto la necesidad del trabajo interdisciplinario e intersectorial para mitigar los impactos negativos de la enfermedad.

© 2013 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaiberthcardona@gmail.com (J.A. Cardona-Arias).

Health status and quality of life in patients with fibromyalgia in Medellín

A B S T R A C T

Keywords:

Health Status
Quality of Life
Fibromyalgia
Rheumatology
Colombia

Introduction: Fibromyalgia has a high prevalence and impairs the physical, psychological and social health of the patients.

Objective: To evaluate the impact of fibromyalgia on health status and quality of life in patients of Medellín, and its associated factors.

Materials and methods: Cross-sectional study of 100 patients, in whom the *Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36)*, the short version of the *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)* and the *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)* were applied. The analyses were performed with proportions, summary measures, α Cronbach, Student t, Mann-Whitney U, ANOVA, Spearman correlations and multiple linear regression.

Results: The large majority were females (8% were male) and 44% of low social stratum. Smoking was reported by 9%, alcohol consumption by 8% and sedentary lifestyle by 71%. Almost one-quarter (23%) had osteoarthritis and 16% rheumatoid arthritis. The α Cronbach was greater than 0.7. In the MOSSF-36 scores the highest were higher social function (53.5) and mental health (49.5), and the lowest were physical performance (16.7), body pain (27.2), and emotional function (23.7). The FIQ score was 40.4. The WHOQOL-BREF was 72.7 for social relationships, 72.6 for environment, 70.9 for psychological health, and 43.7 for physical health. The main associated factors were physical activity, social involvement, family relationships, age and education.

Conclusion: The worst results were for the physical component, and the best for social. Further deterioration was observed in sedentary lifestyle, without social participation, less schooling and age. This highlights the need for interdisciplinary work to mitigate the negative impacts of disease.

© 2013 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.

All rights reserved.

Introducción

La fibromialgia es una enfermedad reumatológica reconocida por la Organización Mundial de la Salud e incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades desde 1992; ésta presenta diversos retos para la comunidad médica debido al desconocimiento de su fisiopatología, los obstáculos inherentes a la medición del dolor, el sub-diagnóstico, las divergencias en su prevalencia y factores asociados, la baja efectividad del tratamiento y el deterioro de la calidad de vida de los pacientes, esto último reflejado en múltiples alteraciones de la salud física, psicológica y social, y de la vida laboral y familiar¹⁻⁶.

En Colombia, son pocos los estudios que han evaluado el impacto de esta enfermedad en la calidad de vida y en el estado de salud. Específicamente, en pacientes de Medellín, con base en las dimensiones del FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire), se halló que las dimensiones más afectadas por la enfermedad son dolor, fatiga y sensación de bienestar; siendo la edad, el ingreso económico, la escolaridad, la ocupación y el régimen de afiliación en salud los principales factores asociados⁷.

La relevancia de conocer el perfil del estado de salud y de la calidad de vida que generan las escalas específicas como el FIQ, radica en que éstas evalúan las afectaciones directamente relacionadas con la enfermedad, presentan mayor sensibilidad clínica y resultan de mayor utilidad para evaluar

cambios y particularidades de la fibromialgia. Sin embargo, este tipo de instrumentos presentan como gran limitación el hecho de no poder comparar los resultados frente a personas con otras enfermedades o personas sanas, lo que es determinante en reumatología y otras especialidades, para definir grupos de mayor riesgo, condiciones clínicas más graves, evaluar el impacto de intervenciones interdisciplinarias, entre otros aspectos. Esta limitación es superada con la aplicación de escalas genéricas, las cuales permiten establecer valores de referencia y desviaciones en los valores esperados en una población, establecer objetivos terapéuticos y comparar el impacto de múltiples enfermedades⁸.

Una de las escalas genéricas de calidad de vida y del estado de salud más empleadas en enfermedades reumatológicas ha sido el *Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36)*, dado que éste se focaliza en la funcionalidad física y mental. En pacientes con fibromialgia de Colombia estudiados con este instrumento se reportaron como principales determinantes de la calidad de vida los síntomas de dolor o trastorno del sueño, la depresión, la presencia de comorbilidades, el consumo de sustancias psicoactivas y la actividad física⁶. No obstante las ventajas del MOSSF-36, este tipo de escalas debe complementarse con otras que indaguen por la percepción de satisfacción en diferentes ámbitos de la cotidianidad del paciente, como los incluidos en el *World Health Organization Quality Of Life* versión resumida (WHOQOL-BREF). Ambos instrumentos, son las escalas genéricas más empleadas en el ámbito mundial, pre-

sentan excelente validez de apariencia, contenido, constructo, convergente/divergente y predictiva, confiabilidad test-retest, inter e intraevaluadores, sensibilidad al cambio en el tiempo y adaptaciones culturales y de lenguaje; además, evalúan la calidad de vida y el estado de salud con dominios diferentes y complementarios⁹⁻¹². Se debe precisar que las dos escalas han sido validadas en español y adaptadas al medio cultural colombiano, y concretamente en pacientes con fibromialgia, nuestro grupo realizó un estudio en el que se evaluó su confiabilidad, consistencia interna, validez discriminante y validez convergente/divergente¹³.

La necesidad de aplicar los tres instrumentos (FIQ, MOSSF-36, WHOQOL-BREF) radica en que éstos presentan una conceptualización y forma de medición del estado de salud y de la calidad de vida diferente, en la medida que el MOSSF-36 realiza una evaluación funcional, dado que su génesis está vinculada a la evaluación del estado objetivo de salud; el WHOQOL-BREF está focalizado en aspectos subjetivos, como el bienestar y la satisfacción, e incluye un dominio no evaluado con el MOSSF-36 relacionado con el ambiente, y el FIQ evalúa afectaciones específicas derivadas de la fibromialgia^{10,14,15}.

Con base en lo anterior, se realizó un estudio con el objetivo de comparar el estado de salud y la calidad de vida de personas con fibromialgia de Medellín atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) especializada, según las dimensiones del MOSSF-36, el WHOQOL-BREF y el FIQ, e identificar sus factores asociados. Esta información es útil para orientar modelos de atención en salud, evaluar intervenciones médicas y focalizar acciones, proyectos o programas de salud dirigidos a este grupo de pacientes.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Transversal.

Sujetos

El estudio se desarrolló en 100 adultos con fibromialgia, atendidos de forma ambulatoria en una IPS especializada en reumatología de Medellín y seleccionados mediante muestreo no probabilístico. El reumatólogo presentó el proyecto de investigación a los pacientes que acudían a consulta o a recibir el tratamiento; de esta forma se identificaron los sujetos del estudio a partir de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Ser atendido en la IPS especializada, pacientes diagnosticados según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, mayores de 15 años (dado que las escalas de estado de salud y de calidad de vida son aplicables a partir de esta edad).

Criterios de exclusión: Estar bajo efecto de alucinógenos o presentar alguna enfermedad cognitiva que pudiese generar sesgo de información, no firmar el consentimiento informado.

Recolección de la información

Se utilizó fuente de información primaria basada en una encuesta de aplicación individual que incluyó variables demográficas, socioeconómicas, de salud, el SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire)¹⁶, el IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) con el cual se determinó la frecuencia de personas sedentarias, con actividad física irregular y actividad física regular^{17,18} y las preguntas relacionadas con consumo de tabaco y alcohol del ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), con el cual se determinó la prevalencia de consumo en los tres últimos meses; no se incluyó la prevalencia de consumo en la vida dado que ésta no coincidía con la temporalidad empleada para la evaluación del estado de salud, en la medida en que la aplicación del MOSSF-36 y el WHOQOL-BREF indagan por situaciones acaecidas durante el mes previo a su aplicación¹⁹. La recolección de la información se realizó durante el último trimestre del 2012 y el primero del 2013.

Instrumentos de medición del estado de salud y de la calidad de vida relacionada con la salud

MOSSF-36: Es un instrumento validado para evaluar el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud en personas sanas y enfermas, constituye el instrumento genérico más empleado en enfermos; entre sus aplicaciones se destaca la descripción del estado de salud, la evaluación de programas, proyectos e intervenciones sanitarias y la evaluación económica. Genera un perfil de 8 dimensiones: dolor corporal, desempeño físico, función física, salud general (estos cuatro generan un puntaje resumen del componente físico), desempeño emocional, función social, salud mental y vitalidad (con los cuales se constituye el puntaje de resumen para el componente mental); todos éstos en un rango entre 0 (peor resultado) y 100 (mejor puntaje) puntos. Para la comparación entre enfermos y sanos se consideró que en la población general debe hallarse un puntaje de 50. Entre sus propiedades psicométricas se destacan su confiabilidad con α de Cronbach mayor a 0,7⁹⁻¹².

WHOQOL-BREF: Es el instrumento genérico de medición del estado de salud y de la calidad de vida de la OMS, derivado del WHOQOL-100. Genera un perfil con base en la salud física, psicológica, ambiental y relaciones sociales, en un rango de 0 (peor) a 100 (mejor resultado). Su validación fue transcultural, en 23 países, en personas con diferentes estratos sociales, personas sanas y enfermas, en un rango etario de 12 a 97 años. Ha presentado excelentes propiedades psicométricas con α de Cronbach superior a 0,7 en sus dimensiones, validez discriminante entre sanos y enfermos^{9,20,21}.

FIQ: Es un instrumento específico para medir el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud de personas con fibromialgia, elaborado en 1994. Fue desarrollado con base en reportes de pacientes, instrumentos de medición del estado de salud y observaciones clínicas; con base en ello se mide la función física, asuntos laborales (incapacidad laboral

y días de incapacidad), depresión, ansiedad, cansancio matutino, fatiga y sensación de bienestar en las semanas previas. Evalúa el impacto de la fibromialgia en 10 dimensiones: capacidad física, trabajo habitual, afectación de la actividad laboral remunerada, dolor, fatiga, sensación de cansancio, rigidez, sensación de bienestar, ansiedad y depresión; con las cuales se genera un puntaje total entre 0 (menor afectación) y 100 (peor resultado), éste se modificó según la fórmula $101 - \text{puntaje del paciente}$, con el fin de igualar el sentido de esta escala frente al MOSSF-36 y el WHOQOL-BREF. Está validado en diferentes idiomas, de forma transcultural, presenta excelente consistencia interna con α de Cronbach mayor a 0,83, estabilidad test-retest con correlaciones entre 0,56 y 0,95; validación de apariencia, contenido y constructo, y validez concurrente con correlaciones mayores a 0,65 con otras escalas^{2,15,22,23}.

Análisis estadístico

El grupo de estudio se describió con proporciones y medidas de resumen. El perfil de calidad de vida y del estado de salud se realizó partir del cálculo del puntaje promedio y su intervalo de confianza del 95% para las 8 dimensiones del MOSSF-36 y sus dos puntajes de resumen, las 4 dimensiones del WHOQOL-BREF y el puntaje total del FIQ; además, se determinó la confiabilidad de cada dimensión con base en el α de Cronbach siendo satisfactorio a partir de 0,7.

Las dimensiones de calidad de vida y estado de salud se compararon con la edad, los años de estudio, los ingresos mensuales y el estrato social a través del cálculo de coeficientes de correlación de Spearman dado el incumplimiento del supuesto de normalidad bivariada y el nivel ordinal del estrato. Las mismas dimensiones se compararon con variables dicotómicas como sexo, participación comunitaria, satisfacción económica, presencia de patrimonio, enfermedad en el último mes y hospitalización en el último año; consumir alcohol, tabaco, tranquilizantes, antidepresivos u opioides; régimen de afiliación en salud, comorbilidad y adherencia al tratamiento, a través de las pruebas t Student o U de Mann Whitney, según el cumplimiento del supuesto de normalidad; mientras que las comparaciones con variables poltómicas como la actividad física, el estado civil y la ocupación se analizaron con Anova dado el cumplimiento del supuesto de homocedasticidad. El supuesto de normalidad se evaluó con las pruebas Kologorov-Smirnov con corrección de la significación de Lilliefors y Shapiro-Wilk, mientras que la homogeneidad de varianzas se evaluó con la prueba estadística de Levene.

Se realizó regresión lineal multivariante con el fin de describir el efecto simultáneo y recíproco de los factores asociados o variables independientes sobre cada dominio de calidad de vida y de estado de salud; además de identificar las variables de confusión; en éstos se validaron los siguientes supuestos: aleatoriedad del puntaje de cada dimensión con la prueba de las rachas, linealidad con Anova, la normalidad y varianza constante de los residuos, incorrelación de residuos con Durbin Watson, y la no multicolinealidad con la estimación de la tolerancia de cada variable y el factor de inflación de la varianza FIV.

Los datos se almacenaron y analizaron en una base de datos en SPSS21,0®, tomando un nivel de significación estadística del 0.05.

Aspectos éticos

En todas las etapas del proyecto se tuvieron presentes los principios de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y de la resolución 8430 según la cual la investigación es clasificada como un estudio sin riesgo. Se informó propósito, riesgos y beneficios del estudio mediante el consentimiento informado, el cual fue administrado por el reumatólogo. El proyecto contó con el aval del Comité de Bioética de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Resultados

La edad promedio fue 54 años con rango de 21 a 79 y rango intercuartil entre 48 y 64 años. El 50% presentó 5 años de estudio o menos, con un 50% de los valores centrales de la escolaridad entre 3 y 8 años de estudio aprobados. El 50% presentó ingresos mensuales de \$432.000 (un salario mínimo en 2013 era de 589.500 pesos, equivalente aproximadamente a 315 dólares) o menos.

El 8% del grupo fueron hombres, el 44% de estrato social bajo, el 48% presentó como ocupación los oficios del hogar, el 89% refirió relaciones familiares buenas o excelentes. Se halló una prevalencia de 9% de tabaquismo, 8% de alcoholismo, 26% de obesidad y en las comorbilidades las más elevadas fueron osteoartritis con el 23% y artritis reumatoide con 16% (tabla 1).

En otros aspectos evaluados, un 35% refirió su participación en las actividades de algún grupo social, 64% no presentó patrimonio, 78% manifestó estar satisfecho con su situación

Tabla 1 – Descripción del grupo de estudio

Sexo		Ocupación	
Mujer	92	Oficios del hogar	48
Hombre	8	Trabajador	47
Estado civil		Incapacitado permanente	5
Soltero	18	Relaciones familiares	
Casado / unión libre	56	Mala	11
Separado / divorciado	13	Buena	37
Viudo	13	Excelente	52
Estrato social		Consumo de sustancias %	
Bajo (1-2)	44	Tabaco	9
Medio (3-4)	56	Alcohol	8
Comorbilidades		Antidepresivos ($\geq 20/\text{mes}$)	75
Lupus eritematoso sistémico	7	Tranquilizantes ($\geq 20/\text{mes}$)	44
Artritis reumatoide	16	Opioides ($\geq 20/\text{mes}$)	44
Osteoartritis	23	Tolerancia a opioides	23
Osteoporosis	10	Abstinencia a opioides	10
Espondilitis anquilosante	4	IMC categorizado	
Síndrome seco	2	Peso normal	41
Otra	19	Sobre peso	33
Ninguna	19	Obesidad	26

económica, 94% pertenece al régimen contributivo en salud, la frecuencia de sedentarismo fue de 71%, la adherencia terapéutica fue de 48% y la presencia de enfermedades el último mes fue de 85%.

En la confiabilidad se presentaron α de Cronbach mayores a 0,8 para todas las dimensiones del MOSSF-36, del WHOQOL-BREF y el puntaje del FIQ. En las dimensiones del MOSSF-36 los mayores puntajes promedio se observaron en la función social ($53,5 \pm 32,7$) y la salud mental ($49,5 \pm 21,7$), los puntajes más

bajos correspondieron al desempeño físico ($16,7 \pm 31,9$), dolor corporal ($27,2 \pm 23,1$) y desempeño emocional ($23,7 \pm 37,7$); cabe aclarar que entre las 8 dimensiones 6 presentaron valores promedio inferiores a 50 puntos indicando un resultado desfavorable ($42,0 \pm 20,3$ para salud general, $38,5 \pm 22,6$ en función física y $37,9 \pm 21,9$ para vitalidad) (fig. 1A). Se debe precisar que en estas dimensiones el rango osciló entre 0 y 100.

Al agrupar las dimensiones se halló un promedio de 31 ± 20 en el componente físico y 41 ± 22 en el mental. El

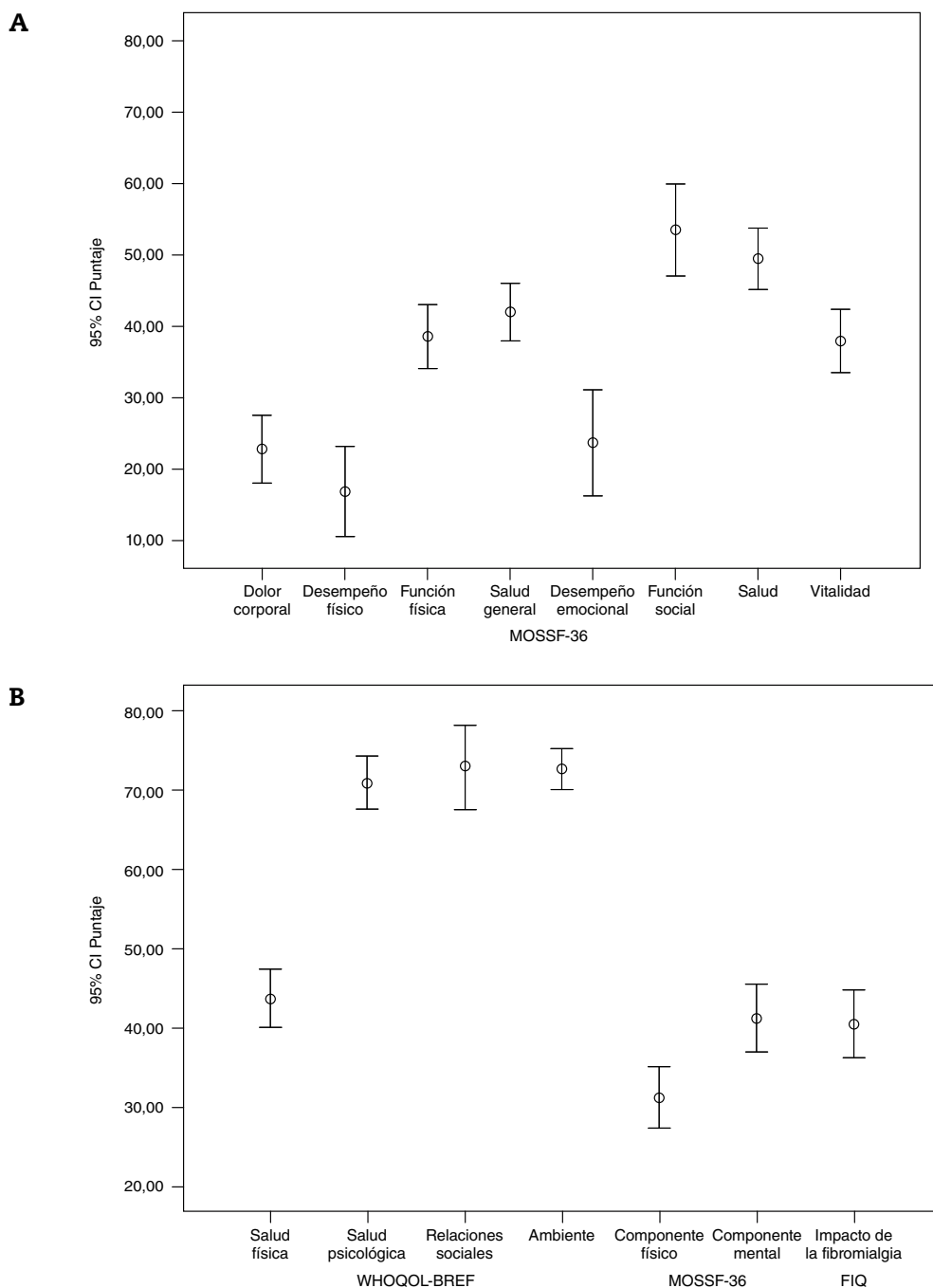


Figura 1 – Estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud, según las dimensiones del MOSSF-36, el WHOQOL-BREF y el FIQ. 95% CI: Intervalo de confianza del 95% para la media.

puntaje del FIQ presentó un promedio de $40,4 \pm 21,5$. En las dimensiones del WHOQOL-BREF se hallaron puntajes promedio más elevados en la salud psicológica ($70,9 \pm 16,9$), las relaciones sociales ($72,7 \pm 27,1$) y el ambiente ($72,6 \pm 12,8$), mientras que la salud física presentó el menor puntaje ($43,7 \pm 18,7$) (fig. 1B).

La edad presentó una correlación directa con el puntaje del FIQ, la salud física del WHOQOL-BREF; el dolor corporal, la función social, la salud general y la vitalidad del MOSSF-36 y sus dos puntajes de resumen del componente físico y el mental; en estas correlaciones, los mejores puntajes en el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud se observaron en las personas de mayor edad. El presentar un mayor estrato socioeconómico se correlacionó con mejores puntajes en los dominios de dolor corporal, salud general y vitalidad (tabla 2).

Por otra parte, la escolaridad sólo se correlacionó con la función física, siendo mejor en las personas con mayor número de años de estudio aprobados (Rho de Spearman = $-0,242$).

Los dominios de estado de salud y de calidad de vida relacionada con la salud fueron mayores entre quienes realizan actividad física de manera regular, frente a los sedentarios y quienes la realizan irregularmente; en quienes participan en grupos sociales (religiosos, políticos, deportivos o de otro tipo) se halló un mejor desempeño en las dimensiones de dolor corporal, salud mental, vitalidad, el FIQ y la salud física. En los análisis según el grado de satisfacción con su situación económica, se hallaron mayores puntajes en los dominios de dolor corporal, función física, salud general y salud física en los pacientes que refirieron mayor satisfacción económica (tabla 3).

Con base en la figura 2, se observó un mejor perfil de calidad de vida relacionada con la salud y de estado de salud

Tabla 2 – Correlaciones de Spearman entre las dimensiones de salud y calidad de vida relacionada con la salud, con la edad, los ingresos mensuales y el estrato socioeconómico

	Edad	Ingresos	Estrato
MOSSF-36			
Dolor corporal	0,267**	-0,057	0,201*
Desempeño físico	0,095	0,074	-0,006
Desempeño emocional	0,056	0,081	0,040
Función física	0,177	0,040	0,116
Función social	0,281**	-0,043	0,148
Salud general	0,238*	0,072	0,219*
Salud mental	0,126	0,020	0,150
Vitalidad	0,376**	-0,071	0,224*
Componente físico	0,272**	0,008	0,171
Componente mental	0,278**	-0,005	0,171
FIQ	0,223*	-0,094	0,146
WHOQOL-BREF			
Salud física	0,287**	0,024	0,098
Salud psicológica	0,159	-0,018	0,108
Relaciones sociales	0,145	0,086	0,064
Ambiente	0,162	-0,004	0,130

* Correlación significativa en el 0,05.
** Correlación significativa en el 0,01.

en quienes hacen deporte, están satisfechos con su situación económica y participan en grupos sociales.

Ninguna dimensión presentó asociación con el sexo, la presencia de enfermedad el último mes, el consumo de alcohol, tabaco, tranquilizantes u opioides, ni con el estado civil. En otros factores estudiados se hallaron las siguientes asocia-

Tabla 3 – Comparación de las dimensiones de estado de salud y CVRS según actividad física, participación comunitaria y satisfacción económica

	Actividad física ^a			Participación comunitaria ^b		Satisfacción económica ^b	
	Sedentario	Irregular	Regular	No	Sí	No	Sí
MOSSF-36							
Dolor corporal	23,9	32,4	48,9*	22,2	33,3*	11,1	22,2*
D. Físico	12,7	24,0	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0
D. Emocional	17,8	33,3	60,0*	0,0	0,0	0,0	0,0
Función física	35,3	41,5	70,0**	35,0	35,0	20,0	35,0*
Función social	49,6	61,5	70,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Salud general	38,3	46,9	71,7**	37,5	45,8	25,0	45,8*
Salud mental	48,1	50,8	62,4	40,0	56,0*	40,0	48,0
Vitalidad	33,8	42,9	72,0**	25,0	40,0*	22,5	37,5
Componente físico	28,0	36,0	58,0**	23,0	32,0*	18,0	28,0*
Componente mental	37,0	47,0	66,0**	35,0	40,0	32,0	37,0
FIQ	37,8	43,8	61,6*	32,1	42,5*	27,4	37,8
WHOQOL-BREF							
Salud física	41,0	46,9	65,7*	39,3	50,0*	30,4	42,9*
Salud psicológica	69,2	73,3	84,2	70,8	75,0	70,8	75,0
Relaciones sociales	73,9	69,8	71,7	75,0	75,0	66,7	79,2
Ambiente	73,8	67,1	81,9*	75,0	75,0	68,7	75,0*

^a Comparación de medias con Anova.

^b Comparación de medianas con U de Mann-Whitney.

* El estadístico es significativo en el 0,05.

** El estadístico es significativo en el 0,01.

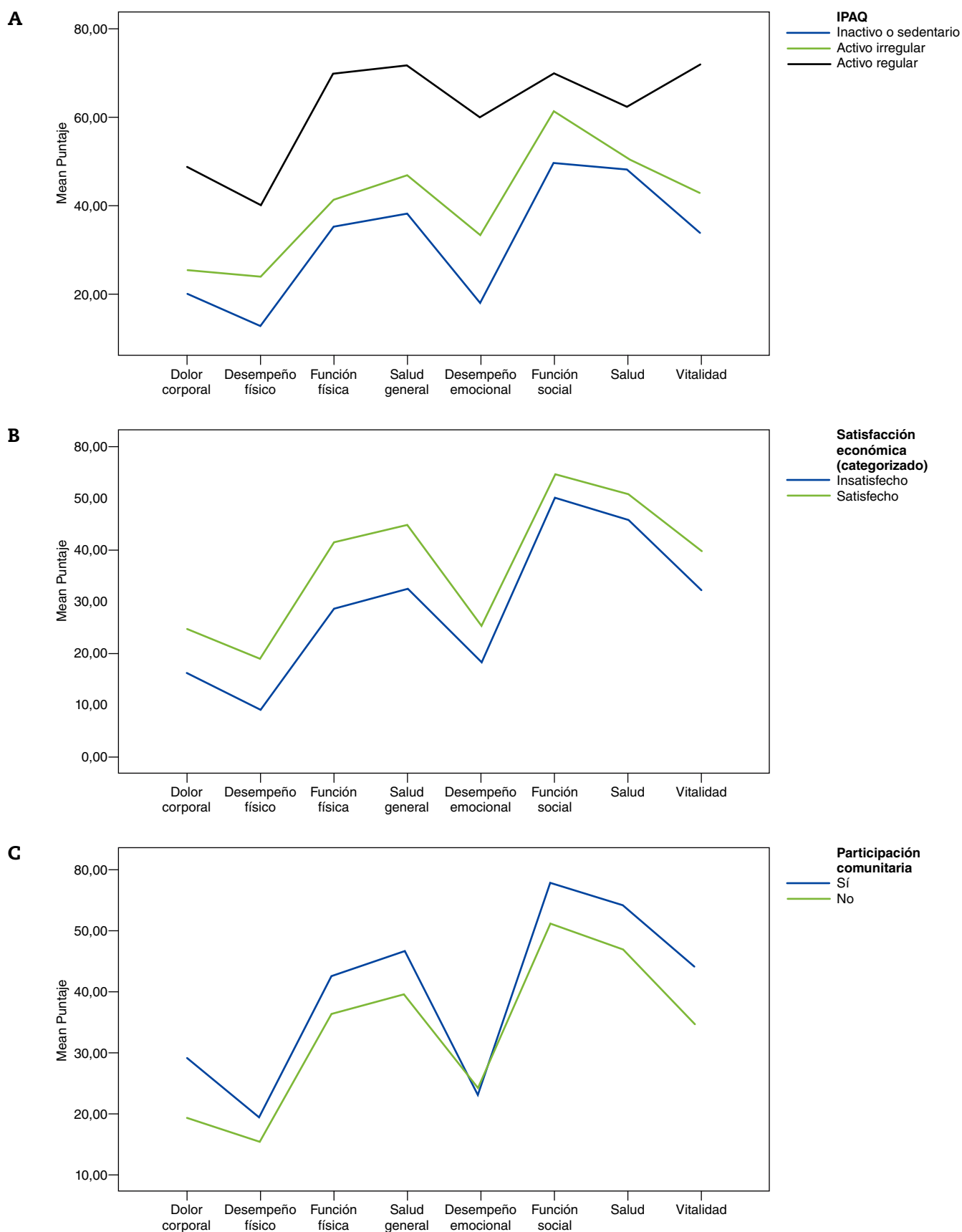


Figura 2 – Dimensiones del MOSF-36 según: A) Actividad física. B) Satisfacción económica. C) Participación comunitaria. IPAQ: International Physical Activity Questionnaire.

ciones estadísticas: el régimen de afiliación en salud con la salud general (valor de $p=0,045$) siendo mejor en los afiliados al contributivo; el poseer patrimonio con un mejor puntaje en el componente mental del MOSSF-36 (valor de $p=0,035$) y las relaciones sociales (valor de $p=0,014$); presentar alguna comorbilidad disminuyó el dominio de la vitalidad (valor de $p=0,007$) y de salud psicológica (valor de $p=0,029$); la adherencia al tratamiento con la salud psicológica (valor de $p=0,011$); el consumo de antidepresivos se asoció con mejores puntajes en el dolor corporal (valor de $p=0,023$); la ocupación con salud física (valor de $p=0,029$) siendo mejor en quienes trabajan y están dedicados a oficios de hogar frente a los incapacitados; quienes presentaron mejores relaciones familiares refirieron los mayores puntajes en relaciones sociales y salud psicológica (valor de $p=0,000$).

Finalmente, en la tabla 4 se presentan los modelos de regresión lineal, en los cuales se observan las variables relacionadas con cada dominio de calidad de vida y de estado de salud, luego de eliminar las variables de confusión, en éstos se destaca la actividad física como el factor asociado con un mayor número de dimensiones y que presenta el mayor efecto

sobre éstas, en la medida en que presentó los mayores coeficientes de regresión (entre 8,3 y 18,3). Además, los coeficientes de determinación para cada uno de los dominios oscilaron entre 5% para el desempeño físico (atribuible a una única variable) y 25% para la salud general (tabla 4).

Discusión

En el actual estudio se observó que las dimensiones del estado de salud y de calidad de vida con mayor deterioro fueron las relacionadas con el componente físico y los principales factores asociados fueron la actividad física, la participación social o comunitaria, la escolaridad y la edad. Esto resulta similar a lo hallado en estudios previos que han comparado las dimensiones de calidad de vida en personas con fibromialgia frente a otras enfermedades reumatológicas y frente a personas sanas, evidenciando su peor estado de salud y de calidad de vida, aunque con diferencias importantes en los puntajes de las dimensiones y los factores asociados, como se explicará en párrafos posteriores.

Tabla 4 – Modelos de regresión para las dimensiones del estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud en el grupo de estudio

Variables del modelo		Coefficiente regresión	Coefficiente determinación
MOSSF-36			
Dolor corporal	Edad	0,337*	18,7
	Actividad física	8,302*	
	Estrato social	4,651*	
	Participación social ^(0.Sí/1.No)	-9,241*	
D. Físico	Actividad física	12,500*	5,0
D. Emocional	Actividad física	18,352**	7,8
Función física	Años aprobados	-1,658*	14,3
	Actividad física	11,598**	
Función social	Edad	0,804**	9,2
Salud general	Años aprobados	-1,886**	25,1
	Actividad física	13,410**	
	Enfermedad último mes ^(0.No/1.Sí)	-13,294*	
	Afiliación en salud ^(0.Contributivo/1.Subsidiado)	-20,502*	
Salud mental	Sexo ^(0.Hombre/1.Mujer)	-22,514**	15,8
	Participación comunitaria ^(0.Sí/1.No)	-14,059**	
	Hospitalización último año ^(0.No/1.Sí)	-15,435**	
Vitalidad	Edad	0,617**	25,5
	Actividad física	12,626**	
Componente mental	Actividad física	11,067**	15,9
	Edad	0,412*	
C. Físico	Actividad física	11,903**	12,1
FIQ	Actividad física	9,043*	5,8
WHOQOL-BREF			
Salud física	Actividad física	8,549*	17,1
	Edad	0,395*	
Salud psicológica	Actividad física	5,701*	19,8
	Relaciones familiares	8,364**	
	Adherencia terapéutica ^(0.Sí/1.No)	-9,432**	
Relaciones sociales	Relaciones familiares	13,787**	17,6
	Patrimonio ^(0.No/1.Sí)	-2,717*	
Ambiente	Relaciones familiares	4,436*	5,6

* El coeficiente es significativo en el 0,05.

** El coeficiente es significativo en el 0,01.

En las características del grupo de estudio los hallazgos más sobresalientes se relacionan con la distribución por sexo, actividad física y comorbilidad. Con respecto al primer punto, estudios previos indican que en todos los grupos etarios afectados por la fibromialgia existe mayor frecuencia de mujeres en razones mayores a 7:1, como en este grupo donde fue 9:1^{1,2}. A pesar de que el perfil de calidad de vida y estado de salud no presentó asociación estadística con el sexo, con excepción del dominio de salud mental que fue peor en las mujeres, es claro que esta enfermedad presenta mayores impactos negativos sobre las mujeres dado que éstas, generalmente, tienen mayores exigencias y responsabilidades en el hogar^{2,4}.

En el segundo, punto referido a la actividad física, es pertinente destacar que los problemas inherentes a la fibromialgia se agudizan con la elevada prevalencia de sedentarismo, el cual puede derivar en sobrepeso, obesidad y otras alteraciones que deterioran aún más los dominios psicológico y físico de la enfermedad³. Un metanálisis de Kelley et al., indica que la intervención de este factor a través del ejercicio mejora el bienestar individual, especialmente en las mujeres²⁴. La necesidad de impactar la inactividad física, se cristaliza en la Guía de Práctica Clínica del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México, en la cual se aboga por el manejo interdisciplinario y multifactorial, aunado al tratamiento farmacológico y psicosocial, la educación en salud y el ejercicio⁴.

En este grupo se halló una elevada comorbilidad, siendo mayor osteoartritis y artritis reumatoide, este constituye un hallazgo común en los pacientes con fibromialgia, quienes además de presentar una elevada prevalencia de comorbilidades, sufren de discapacidad y dificultades en actividades cotidianas de forma tan grave como en artritis reumatoide u osteoartritis, y frente a la población general registran mayor frecuencia de problemas mentales, trastornos psiquiátricos, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y depresión, siendo esta última la principal comorbilidad relacionada con disminución de la calidad de vida^{6,24-27}.

En relación con el perfil de calidad de vida y estado de salud, el grupo de estudio presentó un puntaje promedio en el FIQ de 40,4, mientras que estudios previos realizados

en Colombia han observado puntajes de 60,5⁶. El perfil generado con este instrumento presenta como principal ventaja el abordar dimensiones específicas para fibromialgia, lo que resulta de gran utilidad clínica dado que en esta entidad no se dispone de mediciones duras como las obtenidas con pruebas biológicas, químicas o radiológicas; además, permite obtener medidas útiles en el seguimiento de pacientes².

Empleando otras escalas de calidad de vida varios autores ha referido el impacto negativo de la fibromialgia en los dominios físico, emocional y social, con mayor deterioro frente a la población sana o con otras enfermedades reumáticas como artritis psoriásica y reumatoide^{25,27-29}. Diversos estudios han referido el impacto negativo de la fibromialgia sobre la función y el desempeño físico, el dolor corporal, la vitalidad, la salud mental y la salud general^{29,30}.

Con respecto a los factores asociados a la calidad de vida, en los pacientes incluidos en éste y otros estudios, se ha descrito el efecto protector de la escolaridad, el ejercicio, tener una profesión remunerada, el acceso a servicios de salud, los programas de seguimiento y educación, y los mayores ingresos económicos, y el efecto negativo de las dificultades laborales, el dolor, la fatiga y los trastornos del sueño^{2,4,25,29-36}.

Dado que la ventaja de emplear escalas genéricas radica en la posibilidad de hacer comparaciones frente a personas sanas o con otras enfermedades, es pertinente indicar que en estudios previos se ha reportado una mayor afectación de la salud mental, el desempeño físico, la función social y el dolor corporal de pacientes con fibromialgia en comparación con la artritis reumatoide, y del componente mental frente a espondilitis anquilosante^{24,29,36,37}. Adicional a esto, en la tabla 5 se puede observar el puntaje de las dimensiones del MOSSF-36 del actual grupo de pacientes, frente a los hallados en otros estudios con otras enfermedades reumáticas.

Con respecto al WHOQOL-BREF se debe precisar que la importancia de su inclusión en este estudio se sustentó en el hecho de ser la escala que presenta mayor coherencia conceptual con el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud, evalúa dominios subjetivos que afectan la salud y la calidad de vida que no son incluidos en el MOSSF-36, está validado en más de 20 países y se ha aplicado en múltiples poblaciones sanas y enfermas. A pesar de sus ventajas no es

Tabla 5 – Puntaje de las dimensiones del MOSSF-36 del actual grupo de pacientes, frente a los hallados en otros estudios con otras enfermedades reumáticas

	FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM	CF	CM
Grupo actual n=100	38	17	27	42	38	53	24	49	31	41
Fibromialgia ⁶	47	26	48	38	32	54	52	51	–	–
Fibromialgia n=24 ²⁵	42	23	32	51	31	49	36	48	36	43
Artritis psoriásica n=25 ²⁵	62	55	54	48	55	75	56	62	55	59
Artritis reumatoide n=469 ³⁸	30	42	30	44	42	47	38	50	32	39
Espondilitis n=164 ³⁸	38	53	45	47	49	55	42	54	37	41
Artritis psoriásica periférica n=101 ³⁸	34	44	36	45	45	43	28	45	36	37
Artritis psoriásica axial n=65 ³⁸	38	51	46	44	42	45	38	48	38	37
Sanos n=1579 ³⁸	73	83	76	60	57	72	72	64	50	46

FF: Función física. DF: Desempeño físico. DC: Dolor corporal. SG: Salud general. V: Vitalidad. FS: Función social. DE: Desempeño emocional. SM: Salud mental. CF: Componente físico. CM: Componente mental.

una escala genérica empleada con frecuencia en reumatología, por lo que se sugiere su implementación en estudios posteriores en fibromialgia, dado que incluye ítems y dominios no estipulados en otros instrumentos, con lo que se lograría una evaluación más completa del perfil de salud y de calidad de vida en este grupo.

Los hallazgos de ésta y otras investigaciones son de suma importancia para estudios posteriores, ya que la investigación en este tópico resulta exigua frente a otras enfermedades en reumatología, lo que resulta grave si se tiene presente su elevada prevalencia en adultos, el pobre conocimiento sobre etiología y curación, los efectos deletéreos sobre la vida familiar, las rupturas psicoafectivas que genera y sus pérdidas económicas directas e indirectas por el manejo de la enfermedad, las incapacidades laborales y los gastos de bolsillo^{1,4}.

Las limitaciones del estudio incluyen el sesgo temporal inherente a los estudios transversales, el tipo de muestreo no permite generalización de los resultados a una población mayor, limitando su validez externa y dando un carácter exploratorio de las asociaciones estadísticas realizadas, y los resultados no se pueden extrapolar a pacientes del régimen subsidiado en salud debido a su bajo número.

Finalmente, se puede concluir que los peores resultados correspondieron al componente físico y los mejores al social, lo que evidencia el efecto favorable que puede tener el apoyo familiar, de los amigos y la participación en grupos sociales. El mayor deterioro se observó en los pacientes sedentarios, sin participación social y con menor escolaridad y edad; esto pone de manifiesto la necesidad del trabajo interdisciplinario e intersectorial para mitigar los impactos negativos de la enfermedad, y la necesidad de ampliar los perfiles de calidad de vida en este grupo como base para la implementación de acciones de atención, prevención y seguimiento de los pacientes que presentaron los peores puntajes, o para los grupos que este estudio identificó como de mayor riesgo.

Financiación

Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia. Universidad de Antioquia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin*. 2006;2(Supl1):55-66.
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Fibromialgia. 2011 [sitio de Internet; consultado 10 Jun 2012]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>
- Lauren W. Fibromyalgia: Diagnosing and managing a complex syndrome. *J Am Acad Nurse Pract*. 2012;24:184-92.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de fibromialgia en el adulto. 2009 [sitio de Internet; consultado 10 Jun 2012]. Disponible en: http://www.cenotec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/075_GPC_FibromialgiaAdulto/FIBROMIALGIA_EVR_CENETEC.pdf
- Cavalcante A, Sauer J, Chalot S, Assumpção A, Lage L, Matsutani L, et al. A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol*. 2006;46:40-8.
- Rojas A, Zapata A, Anaya J, Pineda R. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Rev Colomb Reumatol*. 2005;12:295-300.
- Cardona J, León V, Cardona A. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia, 2012. *Rev Colomb Reumatol*. 2013;20:19-29.
- Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gacsanit*. 2000;14:163-167.
- Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español. 3.ª ed. Barcelona: Fundación Lilly; 2002. p. 131-216 y 305-23.
- Lugo LH, García HI, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2006;24(2):37-50.
- Coons S, Rao S, Keininger D, Hays R. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*. 2000;17:13-35.
- Colautti M, Palchik V, Botta C, Salamano M, Traverso M. Revisión de cuestionarios para evaluar calidad de vida relacionada a la salud en pacientes VIH/sida. *Acta Farm Bonaerense*. 2006;25:123-30.
- Cardona J, Hernández A, León V. Validez, fiabilidad y consistencia interna de tres instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en personas con fibromialgia, Colombia. *Rev Colomb Reumatol*. 2013;21:21-8.
- Programme on Mental Health, World Health Organization. WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Switzerland: WHO; 1996.
- Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández J. Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol*. 2004;31:507-13.
- Métodos indirectos para evaluar adherencia terapéutica [sitio de Internet; consultado 10 Jun 2012]. Disponible en: http://www.fundapoyarte.org/contenidos/METODOS_INDIRECTOS_ADHERENCIA.pdf
- International Physical Activity Questionnaire. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) Short and Long Forms. 2005 [sitio de Internet; consultado 15 Jun 2012]. Disponible en: <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>
- Hallal P, Gómez L, Parra D, Lobelo F, Mosquera J, Florindo A, et al. Lecciones aprendidas después de 10 Años del uso de IPAQ en Brasil y Colombia. *J Phys Act Health*. 2010;7(Suppl 2):S259-S64.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria. 2010 [sitio de Internet; consultado 10 Jul 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20777&Itemid=

20. Mental health: evidence and research, Department of mental health and substance dependence World Health Organization. WHOQOL-HIV. Instrument, user's manual, scoring and coding for the WHOQOL-HIV instruments. Switzerland: World Health Organization; 2002.
21. Skevington SM, Lofly M, O Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res.* 2004;13:299-310.
22. Williams D, Arnold L. Measures of Fibromyalgia. *Arthritis Care & Research.* 2011;63(S11):S86-S97.
23. American College of Rheumatology. Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). 2012 [sitio de Internet; consultado 10 Jul 2013]. Disponible en: [http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Clinicianresearchers/Outcomes_Instrumentation/Fibromyalgia_Impact_Questionnaire_\(FIQ\)/](http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Clinicianresearchers/Outcomes_Instrumentation/Fibromyalgia_Impact_Questionnaire_(FIQ)/)
24. Birtane M, Uzunca K, Taştekin N, Tuna H. The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey. *Clin Rheumatol.* 2007;26:679-84.
25. Castelli A, Maisterrena C, Kerzberg E, Panelo A, Bermolen L, Vázquez S. Calidad de vida en fibromialgia y artritis psoriásica. *Rev latinoam psoriasis artritis psoriásica.* 2012;5:26-33.
26. Schmid-Ott G, Künsebeck H, Jäger B, Sittig U, Hofste N, Ott R, et al. Significance of the stigmatization experience of psoriasis patients: a 1-year follow-up of the illness and its psychosocial consequences in men and women. *Acta Derm Venereol.* 2005;85:27-32.
27. Fietta P, Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders: review. *Acta Biomed.* 2007;78:88-95.
28. Amaro T, Martín J, Anton P, Granados J. Fibromialgia: Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace.* 2006;(79-80):47-52.
29. Salaffi F, Sarzi-Putini P, Girolimetti R, Atzeni F, Gasparini S, Grassi W. Health-related quality of life in fibromyalgia patients: a comparison with rheumatoid arthritis patients and the general population using the SF-36 health survey. *Clin Exp Rheumatol.* 2009;27(5 Suppl 56):S67-74.
30. Da Costa D, Dobkin P, Fitzcharles M, Fortin P, Beaulieu A, Zummer M, et al. Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol.* 2000;27:365-72.
31. Kelley G, Kelley K, Hootman J, Jones D. Exercise and global well-being in community-dwelling adults with fibromyalgia: a systematic review with meta-analysis. *BMC Public Health.* 2010;10:1-11.
32. Baumgartner E, Finckh A, Cedraschi C, Vischer T. A six year prospective study of a cohort of patients with fibromyalgia. *Ann Rheum Dis.* 2002;61:644-5.
33. Roux CH, Guillemin F, Boini S, Longuetaud F, Arnault N, Hercberg S, et al. Impact of musculoskeletal disorders on quality of life: an inception cohort study. *Ann Rheum Dis.* 2005;64:606-11.
34. Cedraschi C, Desmeules J, Rapiti J, Baumgartner E, Cohen P, Finckh A, et al. Fibromyalgia: a randomised, controlled trial of a treatment programme based on self management. *Ann Rheum Dis.* 2004;63:290-6.
35. Lemstra M, Olszynski W. The effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Clin J Pain.* 2005;21:166-74.
36. Ovayolu N, Ovayolu O, Karadag G. Health-related quality of life in ankylosing spondylitis, fibromyalgia syndrome, and rheumatoid arthritis: a comparison with a selected sample of healthy individuals. *Clin Rheumatol.* 2011;30:655-64.
37. Tander B, Cengiz K, Alayli G, Ilhanli I, Canbaz S, Canturk F. A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int.* 2008;28:859-65.
38. Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcchia M, Grassi W. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:25.