

# Aplicación de índice combinado de afectación en pacientes con fibromialgia ICAF: un estudio transversal

## Application of Combined Index of Severity in Patients with Fibromyalgia ICAF: A Cross Sectional Study

Publicado originalmente en la revista El Dolor, 64: 12-8; 2015

Carmen Altamirano<sup>1</sup>; Javier Rivera<sup>2</sup>; Jaime Leppe<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psicomédicos Estudios Médicos, Antofagasta, Chile; <sup>2</sup>Unidad de Reumatología del Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España; <sup>3</sup>Carrera de Kinesiología, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana

### RESUMEN

**Introducción:** El síndrome de fibromialgia es una enfermedad reumática de origen desconocido, que afecta preferentemente a mujeres y produce diversos síntomas, entre ellos dolor, alteración en el sueño, depresión y fatiga, afectando todos los aspectos de la vida del paciente. Actualmente, en nuestro país se cuenta con estudios insuficientes sobre calidad de vida y funcionalidad en este grupo de pacientes.

**Objetivos:** Describir el índice de gravedad de las pacientes que padecen esta enfermedad, utilizando el cuestionario Índice Combinado de Afectación en pacientes con Fibromialgia (ICAF). Evaluar la aplicabilidad del ICAF en la población chilena.

**Materiales y métodos:** Estudio de tipo observacional -descriptivo. Participaron mujeres portadoras de fibromialgia pertenecientes a la Corporación de Fibromialgia Chile (COFIBROCHILE). El cuestionario ICAF fue implementado en su formato original de manera autoaplicado, además se registraron antecedentes personales y de caracterización sociodemográfica de los participantes. Para el análisis de los resultados, se estandarizaron los resultados a la puntuación T (media 50, DS 10). Los resultados se presentan en percentil 50 y rango. Se utilizó el paquete estadístico STATA 10.2.

**Resultados:** Participaron 43 mujeres, edad mediana de 48 años, con un rango de 27 a 85 años. La antigüedad del diagnóstico de fibromialgia fue como promedio de 5,5 años con un rango de 0 a 16 años. El 89% tiene por lo menos 12 años de estudios. Un 95% tiene por lo menos una comorbilidad, como colon irritable, artrosis, hipertensión arterial, artritis reumatoide o depresión. El puntaje total de ICAF fue de 47,2 con un rango de 22,3-75,8. El puntaje según factores evaluados es: físico = 48,7, emocional = 48,24, afrontamiento activo = 55,4 y afrontamiento pasivo = 52,7.

**Conclusiones:** El grupo reportó un índice de gravedad dentro del rango de la media estandarizada, presentando un compromiso multidimensional. Los resultados son consistentes en comparación con población de similares características sociodemográficas y de salud. La aplicabilidad del cuestionario fue rápida, sin necesidad de mayor intervención de apoyo para su comprensión. ICAF es una herramienta útil en la caracterización de la gravedad multidimensional de la fibromialgia, útil en la valoración de una intervención kinésica. Se recomiendan breves adaptaciones culturales, previo a su proceso de validación.

**Palabras clave:** Fibromialgia; Cuestionario ICAF; Cuestionario.

### ABSTRACT

**Introduction:** Fibromyalgia syndrome is a rheumatic disease of unknown origin, which mainly affects women and causes various symptoms, including pain, sleep disorders, depression and fatigue, thus affecting all aspects of the patient's life. Currently in our country we have few studies on quality of life and functionality in this patient group.

**Objectives:** To describe the severity index in patients suffering from Fibromyalgia using the Combined Index Questionnaire (ICAF). To evaluate the applicability of ICAF in the Chilean population.

**Materials and Methods:** This is a descriptive observational study in which Chilean women affected by Fibromyalgia belonging to the COFIBROCHILE Corporation participated. The ICAF questionnaire was implemented in its original format, in a self-applied way, and the personal and socio-demographic background of the participants was also recorded. For analysis of the results, the results of the T-score (mean 50, SD 10) were standardized. The results are presented in range 50 and percentile 10, using the STATA 10.2 statistical package.

**Results:** Participants were a total of 43 women, median age 48 years, ranging between 27 to 85 years, with a fibromyalgia diagnosis of 5.5 years average, within a range of 0-16 years, where 89% of the patients have had at least 12 years of study, and 95% have at least one co morbid condition such as irritable bowel syndrome, arthritis, hypertension, rheumatoid arthritis or depression. ICAF total score was 47.2 with a range of 22.3- 75.8. Description according to evaluation factors resulted in the following scores: Physical = 48.7, Emotional = 48.24, activecoping = 55.4 and passive coping = 52.7.

**Conclusion:** The group reported a severity index within the range of the average standardized mean, presenting a multidimensional commitment. Final results are consistent with similar studies in populations sharing same health and socio-demographic characteristics. The applicability of the questionnaire was fast, without need of further intervention to support its understanding. The ICAF questionnaire seems to be a useful tool in the characterization of the multidimensional severity of fibromyalgia, in the assessment of a kinesthetic intervention. Prior to its validation process, cultural adaptations are recommended.

**Keywords:** Fibromyalgia; ICAF questionnaire; Survey.

## INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad de etiología desconocida que afecta más a mujeres que a hombres en una relación 7:1. Las pacientes se caracterizan por dolor crónico generalizado como también otros síntomas como fatiga, rigidez articular, alteraciones del sueño, cefaleas, parestesia en extremidades y sensación de tumefacción en las manos que llevan a una función física reducida, presentando limitaciones en las actividades de la vida diaria, como también en los aspectos emocionales.<sup>1</sup>

En la práctica clínica el diagnóstico, que se realiza según los criterios de la American College of Rheumatology (ACR), está clasificada dentro de las enfermedades reumáticas como un trastorno extraarticular. Los criterios de la ACR de 1990 para la clasificación del síndrome de fibromialgia, la definen como dolor difuso durante más de tres meses, con dolor a la palpación en al menos 11 de los 18 puntos específicos sensibles a la palpación del cuerpo.<sup>2</sup> Es por esto que se clasifica al síndrome de la fibromialgia como una afección crónica, por lo que sus síntomas afectan el trabajo, la vida familiar y el tiempo libre.<sup>3</sup>

Para complementar el diagnóstico, en la práctica clínica se utilizan diversos cuestionarios para obtener una evaluación multidimensional del paciente.<sup>4-6</sup> Es por esta razón que se creó en el año 2010 una herramienta de evaluación de carácter multidimensional, específica para los pacientes con fibromialgia, llamado Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF). Este cuestionario autoaplicado mide el índice de gravedad combinado de la fibromialgia, dividido en 4 factores: físico, emocional, social y afrontamiento activo y afrontamiento pasivo, que tienen que ver mucho con la sintomatología de los pacientes con fibromialgia.<sup>7</sup>

De 9 cuestionarios que evaluaban la depresión, ansiedad, capacidades funcionales, fatiga, dolor, calidad del sueño y afrontamientos activos y pasivos, se extrajeron diferentes ítems de cada uno de ellos para poder realizar el constructo de esta batería multidimensional.<sup>7</sup>

Un estudio realizado en el año 2011, en España, concluye que es un instrumento válido, fiable y sensible a los cambios, que proporciona información muy valiosa acerca de los aspectos más delicados del paciente, que debe ser abordado en el momento del tratamiento.<sup>8</sup>

Este estudio entrega una nueva herramienta de evaluación más completa, aplicable en un tiempo breve y entendible. Se establece como una herramienta complementaria para el diagnóstico en la práctica clínica y en el ámbito de la kinesiología, que nos permite evaluar a los pacientes antes y después de un tratamiento, entregando información específica de los pacientes con fibromialgia, por el hecho de ser

una herramienta multidimensional. También podemos agregar que es una herramienta económica, de fácil aplicación y de rápido análisis de los resultados.

En Chile se han realizado estudios respecto al síndrome de fibromialgia desde el punto de vista de prevalencia, farmacología y psicología, pero no se han encontrado publicaciones referentes a la evaluación de esta enfermedad por medio de cuestionarios autoaplicados.<sup>9-11</sup>

Las herramientas de evaluación más utilizadas a nivel mundial para evaluar la calidad de vida y capacidades funcionales en pacientes con fibromialgia son el SF-36 y el FIQ.<sup>5,11-15</sup> Es por esta razón, que en la Corporación de Fibromialgia Chile aplican cuestionarios como el SF-36 para conocer la calidad de vida, como también el FIQ, para conocer el impacto en las capacidades funcionales de las pacientes, aunque sin publicaciones científicas de resultados de los mismos.

Cabe señalar que el SF-36 es un instrumento que se encuentra adaptado a la sociedad chilena,<sup>16</sup> pero no así el FIQ, que es una herramienta que entrega una evaluación global, pero no multidimensional.<sup>12</sup> Es por esta razón que carecemos de una herramienta de evaluación multidimensional y ajustada a la complejidad del síndrome de fibromialgia, que esté validada en Chile y que sea específica para esta enfermedad, de tal manera que contribuya en la evaluación del paciente y en su posterior tratamiento.

Por esta razón, esta investigación tiene como objetivo describir la gravedad de la fibromialgia en los pacientes pertenecientes a la Corporación de Fibromialgia Chile, a través de la aplicación de una herramienta de evaluación ICAF, y evaluar la aplicabilidad del ICAF en población chilena.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio es de tipo observacional, diseño transversal y descriptivo. Para acceder a la muestra, se solicitó autorización a la Directora de la Corporación de Fibromialgia Chile (COFIBROCHILE), Sra. Ximena Galleguillos, quien dio la autorización para determinar la muestra con las pacientes pertenecientes a la Corporación.

Se localizó a las pacientes los días martes y jueves, entre la segunda quincena de julio a la primera quincena de septiembre, en las dependencias de la Corporación (ubicada en las inmediaciones de la Pastoral del Hospital Clínico de la Universidad de Chile), donde se les dio a conocer de manera verbal el estudio a realizar, solicitando su participación por medio de una carta de citación a domicilio.

Las pacientes que no asistieron a los talleres el día de la presentación o cuyas citas no coincidían con el tiempo destinado para la recolección de datos fueron contactados vía telefónica para programar una cita a domicilio, con el objetivo de aplicar exclusivamente la entrevista personal y el ICAF. Una vez que la paciente accedía a participar, se le hizo firmar el documento de consentimiento informado.

Con el fin de recoger los antecedentes relevantes para este estudio, no incluidos en el cuestionario (antecedentes personales, mórbidos, generales y de la enfermedad), se desarrolló una ficha de antecedentes generales, para luego aplicarla a cada sujeto. Posteriormente, una vez terminada la aplicación de la ficha de antecedentes personales, se aplicó el cuestionario ICAF. Esto se realizó de manera autoaplicada y si el sujeto tenía alguna duda respecto de algún ítem, consultaba a los evaluadores para aclararla.

La instrucción dada fue que completaran toda la información requerida por la ficha en primer lugar y luego que respondieran a todos los ítems que componen el cuestionario ICAF. El tiempo de aplicación de ambos instrumentos fue de 20 minutos. A todas las participantes que aceptaron participar en el estudio se les garantizó verbalmente la confidencialidad de los datos.

Entre los sujetos de estudio fueron seleccionadas aquéllas con diagnóstico de fibromialgia y que estuvieran asociadas a COFIBROCHILE. Fueron excluidas las pacientes en proceso para obtener pensión de invalidez, sujetos no activos en la Corporación, sujetos con compromiso cognitivo, auditivo y discapacidad que impidiera la correcta realización del cuestionario.

El total de inscriptos en la Corporación corresponde a 230 pacientes, de los cuales 104 son pacientes activos (están en contacto con la Corporación, cancelan sus cuotas y participan en las actividades y talleres). De estos últimos, son 99 mujeres y 5 hombres, con una media de edad de 48 años. De los 104, 46 pacientes no fueron localizados y 14 se negaron a ser evaluados.

De las 44 pacientes localizadas, una no completó el ICAF, por lo que fue considerada perdida, y por ende, el total de reclutadas fue de 43 (Figura 1).

Se utilizó programa el Microsoft Excel 2007 para la construcción de la base de datos, correspondiente a registro y análisis de la información recolectada.

Para el análisis de los datos y obtención de medidas descriptivas (medias y percentiles) se utilizó paquete estadístico STATA 11.0.

Para el análisis del cuestionario ICAF, se realizó el cálculo de manual y a través del paquete estadístico SPSS.

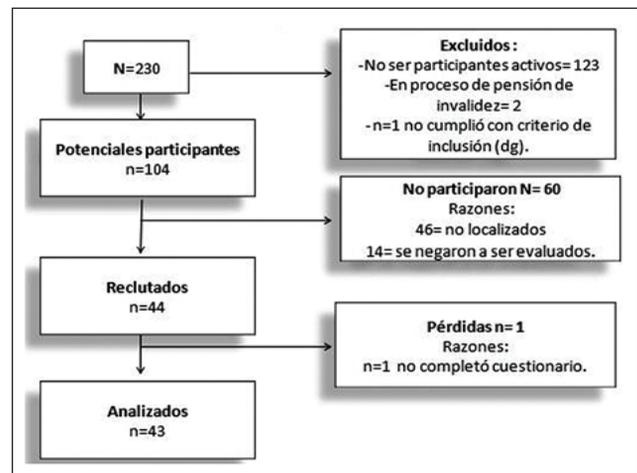


Figura 1. Flujograma

## RESULTADOS

A continuación se presenta la descripción de antecedentes sociodemográficos de las pacientes de COFIBROCHILE (Tabla 1). En total, fueron 43 pacientes mujeres, con una edad media de 48 años, con un rango de edad (27-85 años) y una media de 5,5 años con la patología (rango 0-16 años). Presentaban un peso promedio de 67 kilos (rango 45-92) y una talla promedio de 1,6 m., lo cual arroja un IMC promedio de 26,3. El número de hijos promedio es de 2 (rango 0-6) y 14 años de estudio en promedio, por lo que se puede observar y describir que al menos el 87% de la muestra tiene 12 años de estudio, con un ingreso familiar promedio de \$390.000 (rango \$75.000-\$2.600.000).

Tabla 1. Descripción de Antecedentes Sociodemográficos de las pacientes de COFIBROCHILE

Variable	n	Mediana	Rango min-max
Edad (años)	43	48	27-85
Años de patología		5,5	0-16
Peso (Kg)		67	45-92
Talla (m.)		1,60	1,47-1,71
IMC (peso/talla <sup>2</sup> )		26,3	17,5=40,8
N° de hijos		2	0-6
Años de estudio		14	8-19
Ingreso familiar (pesos)		\$390.000	\$75.000-\$2.600.000
Variable	n	%	
Previsión	Fonasa	25	58,1
Estado civil	Con pareja	22	51,1
Labores del hogar	Mujer	24	55,8
Ocupación	Ama de casa	17	39,5
Recursos	NPR	20	46,5
Situación económica	Regular	22	51,1

Entre los antecedentes mórbidos (Tabla 2), el 93% de la muestra presenta al menos una comorbilidad, lo cual corresponde a 40 pacientes de un total de 43.

**Tabla 2. Descripción de antecedentes mórbidos de las pacientes de COFIBROCHILE**

Variable	n	%
Comorbilidades	40	93,0
Colon irritable	30	69,7
Artrosis	11	25,5
HTA	10	23,5
AR	8	18,6
Depresión	7	16,7
Profesionales de la salud		
Diagnóstico		
Reumatólogo	19	44,1
Traumatólogo	13	30,2
Médico general	8	18,6
Tratamiento		
Reumatólogo	27	62,7
Otro profesional	12	27,9
Servicios de salud		
Diagnóstico		
Privado	36	83,7
Público	7	16,2
Tratamiento		
Privado	32	74,4
Público	11	25,5

Dentro de las comorbilidades más frecuentes, el 69,7% corresponde a colon irritable, el 25,5% corresponde a artrosis, seguido de un 23,5% de hipertensión arterial, un 18,6% correspondiente a artritis reumatoidea y, finalmente, el 16,2% de las pacientes se las asocia a depresión.

Entre los profesionales de la salud que realizan el diagnóstico se encuentran en primer lugar el Reumatólogo, con un 44,1%; en segundo lugar el Traumatólogo, con un 30,2%; y, en tercer lugar el Médico General, con un 18,6%.

El principal profesional que realiza el tratamiento es el Reumatólogo, con un 62,7%; seguido de un 27,9% por otro profesional de la salud, donde se encuentran el Médico General, Fisiatra, Traumatólogo,

Internista, Psiquiatra y Neurólogo.

El servicio de salud que principalmente realiza el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad es el servicio de salud privado (clínicas y centros médicos), con un 83,7% en el diagnóstico y un 74,4% en el tratamiento.

En la Tabla 3 podemos mencionar que los tratamientos que las pacientes recibieron durante el 2011 fueron farmacológico (87%), psicológico (65%), kinesiológico (14%) y otras terapias (58%). En cuanto a los tratamientos farmacológicos, los que reciben con mayor frecuencia son: AINEs y anticonvulsivantes, con un 46,5%; seguido de opioides menores (Tramadol) y antidepresivos, con un 32,5%. Los relajantes musculares, correspondiente a un 25,5% de los datos y, por último, el 15,8% correspondientes a hipnóticos y antirreumáticos.

Finalmente, en el ítem actividad física, podemos determinar que sólo un 39,53% realiza actividad física, contra un 60,47% de pacientes que no la practica.

En la Tabla 4 se aprecian los puntajes del ICAF por factores y por el total. El factor físico presenta un puntaje ICAF según percentil 50 de 48,73, lo cual es una DS de

**Tabla 3. Antecedentes de los tratamientos de las pacientes de COFIBROCHILE, durante el año 2011**

Tratamiento	n	%
Farmacológico	37	87
Psicológico	32	75
Kinesiológico	6	14
Otras terapias	25	58
Tratamientos farmacológicos		
n		
%		
AINEs	20	46,5
Anticonvulsivantes	20	46,5
Opioides/tramadol	14	32,5
Antidepresivos	14	32,5
Relajantes musculares	11	25,5
Otro	7	15,8
Realiza actividad física		
Sí	17	39,53
No	26	60,47

**Tabla 4. Puntuaciones de los índices ICAF, por factor y total de las pacientes de COFIBROCHILE**

Percentil	Factor físico	Factor emocional	Afrontamiento activo	Afrontamiento	Total ICAF
p25	40,54	39,65	49,17	42,30	41,47
<b>p50</b>	<b>48,73</b>	<b>48,24</b>	<b>55,41</b>	<b>52,73</b>	<b>47,16</b>
p75	58,41	56,83	62,06	60,38	54,09
(min-máx)	14,48-67,34	32,97-72,09	35,44-74,96	28,40-72,90	22,26-75,83

-1,27 más bajo de la media de 50 (Puntuación T=50, DS=10). Se destaca el puntaje mínimo de 14,48 puntos y el máximo de 67,34. El factor emocional presenta un puntaje ICAF de percentil 50 de 48,24, que se aleja una DS -1,76 más bajo de la media 50 (Puntuación T=50, DS=10). Se destaca el puntaje mínimo de 32,97 puntos y el máximo de 72,09. En relación al factor de afrontamiento activo, se presenta un puntaje ICAF de percentil 50 de 55,41 puntos, que se aleja una DS de 5,41 puntos más alto que la media de 50 (Puntuación T=50, DS=10). Se destaca el puntaje mínimo 35,44 puntos y el máximo 74,96.

El último factor correspondiente al afrontamiento pasivo nos muestra un puntaje ICAF de percentil 50 de 47,16, el cual se aleja una DS -2,84 más bajo respecto a la media de 50 (Puntuación T=50, DS=10), con un valor mínimo de 28,40 y un máximo de 72,90. Respecto a los percentiles 25, se puede destacar que los puntajes obtenidos no son inferiores a los 40 puntos, excepto el factor emocional que presenta 39,65 puntos. Los resultados obtenidos en los percentiles 75, se pueden destacar que los puntajes no son superiores a los 60 puntos, a excepción del factor afrontamiento activo, que presenta 62,06 puntos. Con respecto a la puntuación del ICAF total, la puntuación ICAF de percentil 50 de los 43 pacientes, corresponde a 47,16, el cual se aleja una DS -2,84 más bajo de la media de 50 (Puntuación T=50, DS=10), con un rango mínimo de 22,26 y máximo de 75,83, dentro de la escala de puntuación entre 20 y 80.

## DISCUSIÓN

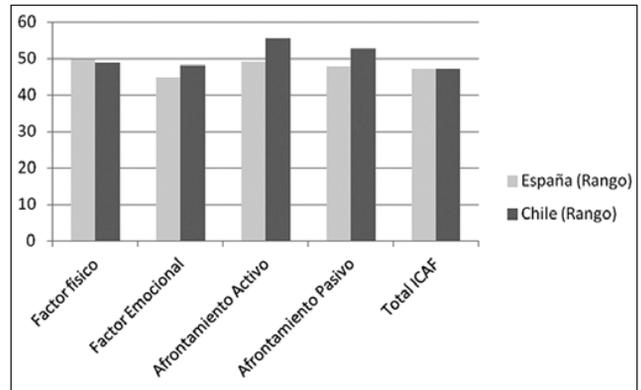
Este estudio utilizó una herramienta de evaluación para medir el índice de gravedad de la fibromialgia (ICAF), donde se determinó el índice de gravedad de acuerdo a los percentiles 25, 50 y 75, teniendo como referencia la Escala T con una media estandarizada de 50 y una desviación estándar de 10.

La interpretación de los resultados se efectuó con la asesoría del Dr. Javier Rivera, de la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario Gregorio Marañón y autor del estudio "Development of a Self-reporting tool to Obtain a Combined Index of Severity of Fibromialgia".<sup>7</sup>

Los resultados del puntaje por factores y total ICAF son cercanos a la media estandarizada de referencia (Figura 2). Las diferencias de los puntajes en cuanto al mínimo y el máximo por factor se aprecian diferencias marcadas en el factor físico y el afrontamiento activo.

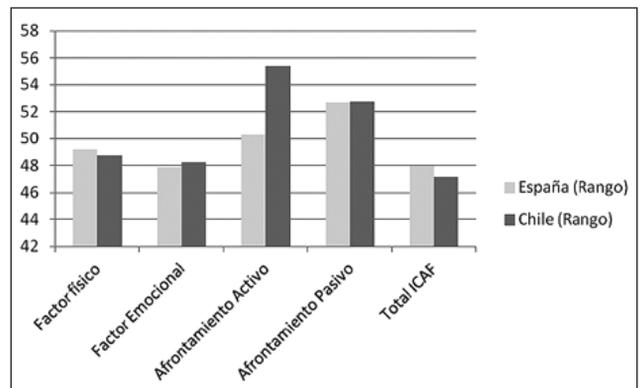
En los resultados del estudio inicial, realizado en España,<sup>7</sup> se observan medias similares entre este estudio y el estudio inicial, existiendo una leve diferencia de puntaje en factor emocional, afrontamiento activo y afrontamiento pasivo (Figura 2).

Lo mismo ocurre al exponer los resultados del segun-



**Figura 2.** Puntuaciones de factores ICAF, puntuaciones de medias estandarizadas en estudio inicial de Vallejo et al, 2010, versus puntuaciones de estudio realizado en Chile, con pacientes de COFIBROCHILE.

do estudio,<sup>8</sup> donde se aplicó una evaluación antes de aplicar un tratamiento, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología<sup>3</sup> y luego aplicaron otra evaluación, 3 meses después del tratamiento. Los resultados de las medias son similares en los factores físico, emocional y afrontamiento pasivo. En el factor de afrontamiento activo existe una leve diferencia de puntuaciones medias. Por lo tanto, los valores obtenidos parecen consistentes con estudios realizados en España (Figura 3).



**Figura 3.** Puntuaciones de factores y total ICAF. Comparación ICAF estudio de Vallejo et al, 2011 en España versus estudio realizado en Chile, pacientes de COFIBROCHILE.

Es importante señalar que la limitación del estudio se relaciona con la determinación de la muestra, puesto que, a pesar de que tengan medias similares entre estudios españoles, en este estudio consideró a un número más pequeño de pacientes (Figura 1).

La aplicabilidad del cuestionario parece ser válida, generando mínima asesoría por parte de los evaluadores: en los ítems 2, 14, 15, 31 y 50 fueron los únicos en que las pacientes requirieron un mínimo apoyo.

El tiempo de aplicabilidad del cuestionario ICAF

fue de 10 a 15 minutos, lo cual concuerda con el estudio inicial.<sup>8</sup>

En cuanto a la descripción sociodemográfica, los resultados son semejantes a estudios extranjeros.<sup>11</sup> En relación a características como la edad media de 47 años que presentan las pacientes, 5,5 años con la patología, estado civil, número de hijos 2 y el 89% con al menos 12 años de estudio, son semejantes al estudio realizado por Ubago M. et al 2005.<sup>11</sup>

Otro estudio presenta que más de la mitad de los pacientes tenían entre 36-59 años, y 6,5 años en que experimentan los síntomas<sup>1</sup>.

Los resultados del estudio realizado por Vallejo et al. 2011,<sup>8</sup> presentan sujetos—principalmente mujeres—con una edad media de 47,73 años, un tiempo de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico de 4,28 años, lo cual son características sociodemográficas semejantes a la muestra que utilizó este estudio.

En nuestro estudio, el especialista que diagnostica y trata a los pacientes con fibromialgia es principalmente el Reumatólogo, seguido del Traumatólogo y el médico general. Esto guarda relación con textos revisados,<sup>11</sup> siendo el Reumatólogo y el Traumatólogo los profesionales con un rol importante, a diferencia de quien deriva al paciente a estos profesionales, que es el médico de familia.

Respecto a los fármacos más utilizados, son los anticonvulsivantes, antidepresivos y AINEs.<sup>17</sup> La combinación de analgésicos/ AINEs con antidepresivos se ha demostrado como lo más efectivo dentro del arsenal terapéutico farmacológico, lo que es semejante con los fármacos que utilizan las pacientes de este estudio, pero en donde los AINEs y los anticonvulsivantes son los más utilizados.<sup>11</sup>

Se permite considerar como intervención farmacológica el uso de los antidepresivos tricíclicos o las ciclobenzapinas a bajas dosis, ya que son los fármacos más estudiados y con mayor evidencia de acción.<sup>17</sup>

Dentro de los resultados, el uso de opioides débiles tiene un porcentaje importante en la muestra, pero que en la literatura menciona que el uso de analgésicos y opioides débiles tiene poca evidencia a su favor.<sup>17</sup>

Por el contrario, en un estudio realizado en la Unidad del Dolor del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se propone la utilización de una terapia farmacológica que considere la asociación de opioides y gabapentoides como tratamiento de primera elección en pacientes con diagnóstico de fibromialgia.<sup>9</sup>

Las comorbilidades, como colon irritable, artrosis, artritis reumatoidea, hipertensión arterial y depresión, son frecuentes de encontrar como patologías asociadas con la fibromialgia y se pueden presentar varios de estos procesos en un mismo paciente. Los pacientes con fibromialgia presentan mayor comorbilidad no reu-

matológica, como hipertensión arterial, hipercolesterolemia, alergias, etc., pero no existe evidencia de que la fibromialgia se asocie con un aumento de comorbilidad de enfermedades cardiovasculares o infecciones. Por el contrario, los pacientes con fibromialgia pueden tener un riesgo de muerte accidental y de cáncer, al igual que los pacientes con dolor crónico.<sup>3</sup>

Hay dos líneas de tratamiento principales en este estudio: farmacológica y psicológica y, en menor medida, kinesiológica. Esto quiere decir que los tratamientos no tienen un carácter multidisciplinario.

Como bien lo establece la literatura, los tratamientos que combinan ejercicio físico, psicoterapia y tratamiento farmacológico de manera multidisciplinaria, mejoran la calidad de vida y la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria de los pacientes con fibromialgia.<sup>3-23</sup>

En cuanto a los antecedentes económicos, se presenta una situación económica regular autoreportada, siendo otro miembro de la familia el sustento principal. Se describen en la literatura factores contribuyentes a la repercusión sociolaboral, los cuales son la percepción del dolor, el malestar generalizado y la pérdida de la función corporal. Esta última es la más preocupante, por la pérdida de la autonomía de las pacientes y su repercusión laboral, lo cual trae consigo costos económicos.<sup>3</sup>

Si se extrapolara a la atención primaria, esta herramienta permite detectar los aspectos clínicos del síndrome de fibromialgia y, de esta manera, plantear los objetivos de tratamiento para la individualidad del paciente, como también derivar a otro especialista cuando corresponda.

## Agradecimientos

Agradecemos a todos quienes hicieron posible el presente estudio. A Ximena Galleguillos, Directora de la Corporación de Fibromialgia Chile. A todas las pacientes que aceptaron participar en esta investigación, por su disposición y buena voluntad. Al Sr. Jaime Leppe Zamora, por creer en este estudio y ser un pilar fundamental en su desarrollo. Al Dr. Javier Rivera, perteneciente a la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario Gregorio Marañón, quien brindó su ayuda desde Madrid. Finalmente a Olga Fraga, por su gran aporte en la traducción del texto.

## REFERENCIAS

1. Choy E, Perrot s, León t, Kaplan J, Petersel D, Anna G, Kramer E. (2010). A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. BMC Health Serv Res. 2010 Apr 26;10:102.
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 1990; 33:160-72.
3. Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al.

ALTAMIRANO, C. ET AL. APLICACIÓN DEL ICAF EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL.  
NEUROTARGET 2016; 10 (2):32-38

- (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006;2 Supl 1:S55-66.
4. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010 May;62(5):600-10.
  5. Predictors
  6. Esteve-Vives J, Rivera J, Vallejo M, y Grupo ICAF\*. (2010). Evaluación de la capacidad funcional en fibromialgia. Análisis comparativo de la validez de constructo de tres escalas. *Reumatol Clin.* 2010;6(3):141-4.
  7. Vallejo M, Rivera J, Esteve-Vives J, Group ICAF. (2010). Development of a self-reporting tool to obtain a Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF\*). Vallejo et al. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010, 8:2
  8. Vallejo M, Rivera J, Esteve-Vives J, Rejas J, and Group ICAF. (2011). A confirmatory study of the Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF\*): factorial structure, reliability and sensitivity to change. Vallejo et al. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011, 9: 39.
  9. Miranda J, Guerra C, Letelier C, Contador R, Jaque J., (2008). Opioides y Gabapentoides en el Tratamiento de la Fibromialgia. *Revista El Dolor* 2008;49: 11-4.
  10. Leiva, N. y Soto A. (2003). Estudio de prevalencia de Fibromialgia en mujeres con Artritis Reumatoidea y Lupus Eritematoso Sistémico pertenecientes al policlínico de reumatología del Hospital del Salvador. Cibertesis. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Kinesiología.
  11. Ubago M, Ruiz P, Bermejo M, de Labry A, Castaño J., (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79: 683-95.
  12. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation. *J Rheumatol.* 1991;18:728-33.
  13. Monterde S, Salvat I, Montull S, Fernández-Ballart J., (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rev Esp Reumatol.* 2004;31:507-13.
  14. Rivera J, González T., (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 2004;22: 554-60.
  15. Esteves-Vives J., Battle E., (2006). Evaluación de pacientes con fibromialgia. Estudio comparativo de 4 versiones españolas del FIQ. *Reumatol Clin.* 2006;(6): 283-8
  16. Esteve-Vives J, Rivera J, Salvat M, De gracia Blanco M, Alegre de Miquel C., (2007). Propuesta de una versión de consenso del FIQ para la población española. *Reumatol Clin.* 2007;3(1): 21-4
  17. Araya, P., Yáñez, L. (2006). Evaluación de la calidad de vida de pacientes mastectomizadas, tratadas en el Instituto Nacional del Cáncer entre los años 2003 y 2005. Cibertesis. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Kinesiología.
  18. Alegre de Miquel C, Alejandra-Pereda C, Betina-Nishishinya M, Rivera J. (2005). Revisión sistemática de las intervenciones farmacológicas en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(20): 784-7
  19. Rivera J, Maratalla Justo C, Valdepeñas Moraleda F, García Velayos Y, Osés Puche JJ, Ruiz Zubero J, et al. (2004). Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: a physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. *Arthritis Rheum.* 2004;51: 184-92.
  20. Busch, AJ., Barber, KAR., Overend, TJ., Peloso, PMJ. y Schachter, CL. (2008) Ejercicio para el tratamiento del síndrome de fibromialgia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
  21. Tomas-Carus P, Gusi N, Leal A, García Y, Ortega A., (2007). El tratamiento para la fibromialgia con ejercicio físico en agua caliente reduce el impacto de la enfermedad en la salud física y mental de mujeres afectadas. *Reumatol Clin.* 2007;3(1): 33-7
  22. Kelley G, Kelley K, Hootman J and Jones D. (2010). Exercise and global wellbeing in community-dwelling adults with fibromyalgia: a systematic review with meta-analysis. *BMC Public Health* 2010, 10: 198
  23. Kroese, M. et al. (2008). The feasibility and efficacy of a multidisciplinary intervention with aftercare meetings for fibromyalgia. *Clin Rheumatol* (2009) 28: 923-9.