

Inspección médica

Diferencias epidemiológicas entre los pacientes con síndrome de fatiga crónica y fibromialgia evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid

Epidemiological differences between patients with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia assessed on the medical unit of disability evaluation unit of Madrid

Raúl Jesús Regal Ramos¹

1. Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid. España.

Recibido: 03-11-16

Aceptado: 14-11-16

Correspondencia

Raúl Jesús Regal Ramos.

Médico Inspector de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid

Dirección particular: Calle López de Hoyos 169. 28002 Madrid. España.

Teléfono de contacto: 915907143

Correo Electrónico: rauljesus.regal@inss.seg-social.es

Resumen

Objetivo: Describir las diferencias epidemiológicas entre los pacientes con Síndrome de Fatiga (SFC) y Fibromialgia (FM).

Metodo: Se realizó un estudio descriptivo en el que se incluyeron los pacientes valorados en la Unidad Médica de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid entre los años 2005 a 2014 en cuyo informe de valoración figurase el diagnóstico SFC. Se estudian las variables edad, sexo, estado civil, ocupación profesional y nivel de capacitación. Posteriormente estos resultados se compararon con los datos de un estudio previo realizado en pacientes con FM del mismo entorno y la misma franja de edad.

Resultado: El total de pacientes estudiados fue de 448. Respecto a la población con FM de nuestro entorno observamos una mediana de edad menor (48 contra 53), un mayor número de hombres (18% contra 8%), un menor número de pacientes con estudios primarios (10% contra 33%) y un mayor número de profesionales científico-intelectuales (16% contra 4%) y de tipo administrativo (37% contra 19%).

Conclusiones: SFC y FM comparten criterios diagnósticos, etiopatogenia no aclarada, algunas características epidemiológicas y una clínica no objetivable. Quizás las variables más diferenciadoras en ambas patologías sean el nivel de estudios y la ocupación del paciente. Partiendo de un probable origen psicósomático, este cuadro sindrómico neurasténico/somatomorfo, se manifiesta como una FM cuando el paciente tiene una menor formación académica o un trabajo más físico, y como un SFC cuando el paciente tiene una mayor formación académica o trabajos de mayor requerimiento intelectual.

Med Segur Trab (Internet) 2016; 62 (245) 360-367

Palabras clave: Síndrome de fatiga crónica; Fibromialgia; Epidemiología; Profesión.

Abstract

Objective: To describe the epidemiological differences between patients with Chronic Fatigue Syndrome (CFS) and Fibromyalgia (FM).

Method: A descriptive study was conducted on the patients in the Medical Unit of the National Institute of Social Security in Madrid from 2005 to 2014 with the diagnosis of CFS. A study was made on the following variables: age, sex, marital status, professional occupation and level of education. Later these results were compared with data from a previous study in patients with Fibromyalgia in the same area and the same age.

Result: The total number of patients studied was 448. Regarding people with FM our area observed a median younger (48 against 53), a greater number of men (18% against 8%), a lower number of patients with primary education (10% against 33%) and a greater number of scientific - intellectual (16% against 4%) and administrative (37% against 19%) professionals.

Conclusion: The CFS and FM share diagnostic criteria, an unknown etiopathogenesis, some epidemiological characteristics and absence of objective evidences. Perhaps the most distinguishing variables in both pathologies are the patient's level of education and occupation. From a likely psychosomatic origin, this neurasthenic/somatoform syndrome, presents symptoms that are similar to the diagnostic criteria for FM in patients with lower educational background or more physical profession, while in patients with higher educational level or more intellectual work the symptoms are more in line with the criteria of CFS.

Med Segur Trab (Internet) 2016; 62 (245) 360-367

Key words: Chronic fatigue syndrome; Fibromyalgia; Epidemiology; Profession.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una enfermedad de etiología desconocida, definida desde 1994 por criterios clínicos consensuados¹. Se caracteriza fundamentalmente por fatiga intensa (física y mental) asociadas a manifestaciones sistémicas físicas y neuropsicológicas sin causa conocida y de carácter permanente. Afecta fundamentalmente a personas adultas jóvenes de 20 a 40 años y se observa 2-3 veces más entre mujeres que entre varones². No disponemos de estudios epidemiológicos en España, pero su prevalencia se estima superior al 0,01%, es decir más de 40.000 casos en todo el país³.

La fibromialgia (FM) o síndrome fibromiálgico es un cuadro clínico de origen desconocido que a lo largo del tiempo ha ido redefiniéndose hasta que en 2010 el American College of Rheumatology⁴ propone unos nuevos criterios que evalúan al paciente en función del número de regiones dolorosas (Widespread Pain Index [WPI]) y de una escala de gravedad (Symptom Severity Score [SS-Score]) de la fatiga, del sueño no reparador y de los síntomas cognitivos. La prevalencia en España, según datos del estudio EPISER 2000⁵, se sitúa en un 2,4%, con un claro predominio en mujeres (4,2% frente al 0,2% en hombres) y un pico de prevalencia entre 40 y 49 años.

Ambas patologías han ido adquiriendo relevancia tanto médica como social por el aumento de casos, su cronicidad, el desconocimiento de las causas que lo originan, la falta de un tratamiento curativo y la incapacidad que provoca en los pacientes para desarrollar con normalidad las tareas de la vida cotidiana. Esto obliga a profundizar en su estudio para conocer todas las variables que puedan influir en su evolución.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es describir las diferencias epidemiológicas entre los pacientes con SFC y FM.

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el que se incluyen los pacientes valorados antes de agotar el periodo máximo de incapacidad temporal en la Unidad Médica de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) de Madrid entre los años 2005 a 2014 en cuyo Informe Médico de Síntesis (informe realizado por los médicos inspectores del INSS que recoge y resume la clínica, exploraciones, pruebas complementarias, patologías, tratamientos y la valoración funcional y laboral de estos paciente) figurase el diagnóstico de SFC. Se excluyen los casos en los que coexiste el diagnóstico de SFC con el de FM. También se excluyen los casos en los que el diagnóstico de fatiga crónica coexiste con el de otra patología orgánica severa como procesos oncológicos, miocardiopatía-neumopatías graves, esclerosis múltiple o enfermedades reumatológicas severas (por tratarse esta fatiga crónica de un proceso totalmente diferente del SFC al que nos referimos en este estudio). Por limitaciones informáticas solo fueron seleccionados los expedientes valorados antes de agotar el periodo máximo de Incapacidad Temporal (expedientes iniciados a petición del paciente, del servicio público de salud, de la mutua o del propio INSS). No se valora un volumen superior compuesto por expedientes llegados al plazo máximo de Incapacidad Temporal, expedientes internacionales, expedientes de MUFACE, reclamaciones, revisiones, etc.

En todos los casos se analizaron las variables edad, sexo, estado civil, ocupación profesional y el nivel de capacitación.

Para establecer la variable ocupación profesional se utilizó la aplicación AYUDACOD del Instituto Nacional de Estadística (INE), de modo que al introducir la profesión de cada

paciente este programa nos dio un código que se encuadró en uno de los 10 grandes grupos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones del año 2011 (CNO-11).

Para la variable nivel de capacitación utilizamos los criterios de equivalencia establecidos por la CNO-11 (tabla I).

Tabla I. Clasificación del nivel de capacitación según criterios de equivalencia establecidos por la Clasificación Nacional de Ocupaciones del año 2011 (CNO-11)

Grupos CNO- 2011	Nivel de capacitación (simplificado)
I Dirección de las empresas y de las administraciones públicas.	3,4
II Técnicos y profesionales científicos e intelectuales.	4 («universitarios»)
III Técnicos y profesionales de apoyo.	3 («FP II»)
IV Empleados de tipo administrativo.	2 («ESO y FPI»)
V Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios.	
VI Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca.	
VII Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria.	
VIII Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores.	
IX Trabajadores no cualificados (=«peones»).	1 («Primaria»)
X Fuerzas armadas.	1, 2, 4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Posteriormente estos resultados se compararon con el comportamiento de las mismas variables en pacientes con FM del mismo entorno y la misma franja de edad. Los datos de FM se obtuvieron de un estudio similar realizado en el mismo tipo de pacientes⁶.

Fuente primaria de información: Unidad de informática de la Dirección Provincial del INSS de Madrid.

Para el procesamiento de los datos y los cálculos estadísticos se creó una base de datos con Microsoft Excel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó con la autorización de la Dirección General del INSS.

La información perteneciente a los pacientes integrantes del estudio se trató de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos personales.

RESULTADOS

El total de pacientes estudiados fue de 448. La tabla II recoge las características epidemiológicas de la muestra y las compara con las características epidemiológicas de la FM y de la población general.

Tabla II. Características epidemiológicas de la muestra

Variable		SFC	FM	Población general
Muestra.		448	5.501	
Edad.	21-25.	0,44%	0,18%	7%
	26-30.	2,23%	1,32%	11%
	31-35.	6,47%	4,27%	16%
	36-40.	13,61%	8,23%	16%
	41-45.	16,29%	12,17%	14%
	46-50.	21,87%	19,74%	13%
	51-55.	21,42%	24,46%	11%
	56-60.	13,16%	20,97%	8%
	61-65.	4,46%	8,36%	4%
Mediana.		48	53	
Sexo.	Mujeres.	81,47%	92%	45%
	Hombres.	18,52%	8%	55%
Estado civil.	Casado.	42,63%	52,31%	64%
	No casado.	57,36%	47,68%	36%
Ocupación (los 10 grandes grupos CNO-2011*).	I Dirección de las empresas y de las administraciones públicas.	1,56%	0,54%	5%
	II Técnicos y profesionales científicos e intelectuales.	16,51%	4,38%	18%
	III Técnicos y profesionales científicos e intelectuales.	7,36%	5,28%	12%
	IV Empleados de tipo administrativo.	37,72%	19,17%	11%
	V Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios.	17,41%	29,43%	21%
	VI Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca.	0,22%	0,49%	2%
	VII Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria.	7,14%	6,67%	12%
	VIII Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores.	1,56%	0,99%	8%
	IX Trabajadores no cualificados (=«peones»).	10,49%	33,01%	10%
	X Fuerzas armadas.	0%	0%	1%
Nivel de capacitación.	4 («universitarios») y 3 («FP II»).	25,45%	10,21%	35%
	2 («ESO y FPI»).	64,06%	56,77%	54%
	1 («Primaria»).	10,49%	33,01%	11%

La media de edad es de 46 años y la mediana de 48 años, encontrándose el 60% de la muestra entre los 41 y los 55 años.

El 81% eran mujeres. Relación hombre/mujer en SFC 2/10 y en FM es de 1/10.

En cuanto al estado civil, el porcentaje de casados con edades comprendidas entre 21 y 65 años en los pacientes con SFC es del 42%, un 12 % menos que en FM. La proporción de hombres y mujeres casados es prácticamente la misma (41% y 42% respectivamente).

Los empleados de tipo administrativo son los que más prevalecen, 37,7%, un 18% más que en FM. El porcentaje de «técnicos y profesionales científicos e intelectuales» en SFC del 16,5 % y en FM es del 4,3 %. Los «trabajadores no cualificados (peones)» en SFC

son el 10,7%, un 23% menos que en FM. La Comunidad de Madrid tiene una proporción menor de agricultores y ganaderos que el resto de estado español, lo que explica el escaso porcentaje de la muestra. El 0% de pacientes de las fuerzas armadas se explica porque la invalidez de estos pacientes se tramita en otras instituciones distintas al INSS.

Para la variable nivel de capacitación, los resultados del estudio muestran un 15% más de sujetos con estudios superiores y un 23% menos con estudios primarios respecto a los datos de FM.

DISCUSIÓN

La edad media de nuestra muestra es superior a la de la población activa –ocupada (probablemente por pasar varios años desde el diagnóstico hasta que se inicia el trámite de la incapacidad) e inferior a la de los pacientes con FM de nuestro entorno.

Hemos encontrado una mayor proporción de mujeres que la descrita por otros autores⁷, pero sin acercarnos a las proporciones de la FM.

A diferencia de Faro M *et al.*⁸ no se observan diferencias respecto la proporción de hombres y mujeres dentro de los distintos grupos de estado civil.

Los resultados más llamativos que objetiva este estudio son las diferencias en la ocupación y nivel de capacitación entre pacientes con SFC y FM. La FM y el SFC comparten síntomas y criterios diagnósticos^{1,4}. Al igual que otros autores⁹⁻¹¹, considero que comparten también una misma etiopatogenia¹², derivando ambas patologías de la esfera psicológica más que de la orgánica, identificándose el SFC con la neurastenia y la FM con los trastornos somatomorfos. Tal es la similitud de ambas patologías que si aplicamos los criterios para el diagnóstico de ambos procesos podemos comprobar que hasta el 70% de los pacientes de una enfermedad cumple con los criterios diagnósticos de la otra^{13,14}. Pero, ¿cuál es motivo por el que este síndrome neurasténico-somatomorfo se expresa en algunos pacientes como SFC y en otros como FM? Existen varios estudios que relacionan FM con un menor nivel educativo y profesional^{15,16} y otros que relacionan el SFC con determinadas ocupaciones de mayor requerimiento cognitivo como trabajadores de salud¹⁷ o con un patrón de conducta tipo A, caracterizado por la competitividad, la impaciencia, la inquietud y la sensación de extrema responsabilidad¹⁸. Los resultados de este estudio apoyan la hipótesis de que la clínica depende del nivel educativo y los requerimientos profesionales (ambos con frecuencia vinculados).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Pese a que la muestra no incluye a los pacientes con SFC que no trabajan o a aquellos que trabajando no solicitan el trámite de invalidez, se trata de una muestra amplia y representativa de la población general, especialmente de aquellos que presentan clínica más limitante.

Para confirmar la hipótesis de que FM y SFC son una misma entidad patológica que se manifiesta de diferente forma según el nivel educativo y la profesión del paciente deberíamos observar si las manifestaciones de los pacientes varían cuando cambia su profesión de una con requerimientos más intelectuales a otra requerimientos más físicos (o viceversa) pero es muy difícil conseguir una muestra amplia con estas características.

La presencia de otras enfermedades o el trabajo influyen a la hora de iniciar el trámite de la invalidez y de la calificación, pero no a la hora de describir las características epidemiológicas de estos pacientes.

CONCLUSIONES

La diferencia entre SFC y FM no está en la enfermedad, está en el paciente. El paciente tiene un síndrome neurasténico/somatomorfo, pero se manifiesta de distintas formas según sus características culturales/laborales del paciente. Los pacientes con trabajos más físicos y menor formación académica presentan síntomas que se encuadran mejor entre los criterios diagnósticos de FM. Los pacientes con mayor formación académica o trabajos de mayor requerimiento intelectual presentan síntomas de SFC.

Este trabajo se realiza desde el convencimiento de que estos pacientes realmente sufren todos los síntomas que refieren (no son enfermedades imaginarias), que no simulan ni buscan conscientemente ningún tipo de ganancias secundarias y que en ocasiones sus patologías pueden resultar realmente limitantes.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

- Confidencialidad de los datos. El autor declara que ha seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.
- Derecho a la privacidad y consentimiento informado. El autor declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección Provincial del INSS de Madrid y a la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS sin cuya colaboración y apoyo no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fukuda K, Strauss S E, Hickie I, Sharpe M C, Dobbins J G, Komaroff A L. The chronic fatigue syndrome: a working definition. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953-959.
2. Engleberg N: Síndrome de fatiga crónica. En: Mandell, Douglas y Bennett, eds: *Enfermedades Infecciosas*. Buenos Aires: Ed. Panamericana, 2002: 1871- 1877.
3. Fernández Sola J: Síndrome de fatiga crónica y su relación con la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2004, 31:535-7.
4. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Hauser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. *J Rheumatol* 2011;38:1113-22.
5. Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a nation – wide study. *Ann Rheum Dis*. 2001; 60: 1040–5.
6. Regal Ramos RJ. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados por fibromialgia en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid Semergen. 2016 Feb 5. pii: S1138-3593(15)00442-6. doi: 10.1016/j.semerg.2015.12.015.
7. Prins JB, van der Meer JW, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. *Lancet* 2006; 367(9507):346-55.
8. Faro M, Sàez-Francás N, Castro-Marrero J, Aliste L, Fernández de Sevilla T, Alegre J. Diferencias de género en pacientes con síndrome de fatiga crónica. *Reumatol Clin*. 2016;12(2):72 – 77.
9. Martínez F. Dolor Somatomorfo vs. Fibromialgia (¿Galgos o podencos?). *C. Med. Psicosom*, N.º 73 –2005.

10. Niklas Bornhauser N., Herbert Csef. Nuevas enfermedades ¿del alma? Reflexiones psicósomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2005; 43(1): 41-50.
11. Olalla T. Espectro ansioso-depresivo somatizador, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. *SEMG*. Marzo 2007; 93: 105 -109.
12. Regal Ramos RJ. ¿Podemos descartar que la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple sean enfermedades psicósomáticas? *Semergen*. 2015 Oct;41(7):349-53.
13. Wysenbeek AJ, Shapira Y, Leibovici L. Primary fibromyalgia and the chronic fatigue syndrome. *Rheumatol Int*. 1991;10(6):227-229.
14. Goldenberg, D, Simms, R, Geiger, A, Komaroff, A. High frequency of fibromyalgia in patients with chronic fatigue seen in a primary care practice. *Arthritis and Rheumatism*. 1990;33:381-387.
15. Goldenberg DL, Mossey CJ, Schmid CH. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1995;22:2313-8.
16. Mas A, Carmona L, Valverde M, Ribas B; EPISER Study Group. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol*. 2008 Jul-Aug;26(4):519-26.
17. Jason LA, Wagner L, Rosenthal S, Goodlatte J, Lipkin D, Papernik M, et al. Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome among nurses. *Am J Med* 1998;105:91S-93S.
18. T. Godás Sieso et al. Relación entre el síndrome de fatiga crónica y el patrón de conducta tipo A. *MedClin (Barc)*.2009;133(14):539-541.