

# Evaluación de parámetros de calidad de vida y repercusión funcional en pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica

## Evaluation of health related quality of life and functional impairment parameters in patients with chronic fatigue syndrome

Unidad de Fatiga Crónica y Unidad de Readaptación Funcional.

1 Servicios de Medicina Interna

2 Reumatología

3 Psiquiatría

4 Psicología

Hospital Clínico y Provincial. Universidad de Barcelona

Fernández Solá J. 1

Núñez Juárez M. 2

Núñez Juárez E. 2

Del Val García J. L. 2

Gómez Gil E. 3

Godás Sieso T. 4

Fernández Huerta J. M. 1

### RESUMEN

**Fundamento:** El Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) es una enfermedad claramente invalidante que altera la calidad de vida y tiene una marcada repercusión funcional en los pacientes.

**Objetivos:** En pacientes con SFC, valorar: 1) Parámetros de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y Repercusión funcional (RF). 2) Grado de afectación con una escala clínica funcional. 3) Presencia e influencia de comorbilidad asociada y 4) Relación de los parámetros de CVRS y RF con los valores poblacionales de referencia (VPR) y con los de un grupo de pacientes de similar edad afectados de artritis reumatoide (AR).

**Metodología:** Trabajo descriptivo transversal con inclusión consecutiva de 100 pacientes afectados de SFC. 1) Estudio de datos epidemiológicos y de situación laboral. 2) Valoración de grado de afectación del SFC en una escala clínica de afectación progresiva (grados I a IV). 3) Valoración de comorbilidades: Fibromialgia, Síndrome seco, Obesidad, Distimia, Disfunción tiroidea, Colon irritable y Endometriosis 4) Valoración de CVRS con el cuestionario genérico validado *Medical Outcomes Study Short-Form (SF-36)* y de la RF con el cuestionario específico validado *Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ)*. 5) Comparación de resultados con VPR y con pacientes afectados de AR.

**Resultados y conclusiones:** El grado de afectación funcional era moderado (II) en la mitad de casos, y leve (I) o grave (III-IV) en un 25% de casos, respectivamente. Existían alteraciones valorables en los índices de puntuación de todas las dimensiones del cuestionario HAQ. En los pacientes con SFC existía una mayor afectación de parámetros de CVRS (SF-36) en comparación tanto con parámetros poblacionales como con pacientes con AR. Las dimensiones más relacionadas con el empeoramiento funcional fueron la Función física, el Rol físico, la Vitalidad, la Función Social y el Rol emocional. Existía una correlación positiva entre la escala clínica de afectación funcional y la mayoría de dimensiones del SF-36. El índice de incapacidad funcional medida con el HAQ presentaba una alta correlación con las puntuaciones de la dimensión función física del SF-36 y de la dimensión dolor corporal. Se objetivó una media de 2,4 tipos diferentes de co-morbilidad en cada paciente con SFC, existiendo una correlación inversa con las dimensiones de CVRS.

**Conclusiones:** En pacientes con SFC existe una marcada afectación de los parámetros de CVRS y RF, superior a los parámetros poblacionales e incluso a los de pacientes afectados de AR. La presencia de comorbilidad supone un mayor empeoramiento funcional. El empleo de una escala clínica de afectación progresiva es útil en la valoración funcional de estos pacientes. Para mejorar potencialmente la CVRS en pacientes con SFC deberá incidirse en modificar las dimensiones afectadas, sobre todo la función física, el dolor corporal y el tratamiento de las comorbilidades.

**Palabras clave:** Síndrome de Fatiga Crónica, Calidad de Vida, Repercusión Funcional.

Fernández Solá J, Núñez Juárez M., Núñez Juárez E., Del Val García J. L., Gómez Gil E., Godás Sieso T., Fernández Huerta J. M.

Evaluación de parámetros de calidad de vida y repercusión funcional en pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica

*Patología del Aparato Locomotor*, 2006; 4 (1): 29-38

### ABSTRACT

**Background:** Chronic Fatigue Syndrome is a disabling disease that modifies the quality of life and supposes a marked functional impairment of patients.

**Aim of Study:** In patients with CFS, to evaluate: 1) Health-related quality of life (HRQL) and Functional impairment (FI) parameters, 2) Gradation of FI with a clinical scale.

3) Presence and influence of comorbidity related to CFS, and 4) Relationship between HRQL and FI parameters in CFS with standard population values, and with values from a group of patients of similar age affected of Rheumatoid Arthritis (RA).

**Patients and Methods:** Cross-sectional study with consecutive inclusion of 100 patients affected of CFS. Evaluation of: 1) Epidemiological data and work situation at diagnosis. 2) Function impairment evaluation with a clinical scale of progressive involvement (degrees I to IV). 3) Evaluation of comorbidities: Fibromyalgia, Sicca Syndrome, Obesity, Dysthymia, Thyroid dysfunction, Irritable Bowel Syndrome and Endometriosis 4) Evaluation of HRQL with the validated *Medical Outcomes Study Short-Form (SF-36)* questionnaire and evaluation of FI with the specific *Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ)*. 5) Comparison of results in CFS with those of general population and also with patients affected of RA.

**Results:** In CFS, the functional impairment was moderate (II) in half of patients, and slight (I) or severe (III-IV) in a quarter, respectively. All dimensions of HAQ questionnaire were affected. HRQL parameters measured with SF-36 questionnaire were more affected in patients with CFS as compared to standard population values as well as in comparison to patients affected of RA. The dimensions mainly related to FI were physical function, physical role, vitality, social function and emotional role. There was a direct relationship between the clinical functional scale and most of the SF-36 dimensions. The function disability index measured by HAQ highly related with values of physical role and body pain from SF-36 questionnaire. Patients with CFS presented a mean of 2.4 different types of comorbidity, with an inverse relationship with HRQL dimensions.

**Conclusions:** In patients with CFS there is a clear decrease of HRQL and FI parameters, with significantly lower values as compared to standard population and also to patients with RA. The presence of co morbidity supposes a major degree in functional disability. A clinical scale evaluating progressive degree of involvements was useful in the functional evaluation of patients with CFS. To potentially improve the HRQL and FI in patients with CFS we should address to modify those dimensions clearly affected, mainly physical function, body pain as well as treatment of comorbidities.

**Key words:** Chronic Fatigue Syndrome, Quality of Life, Functional Involvement.

Fernández Solá J, Núñez Juárez M., Núñez Juárez E., Del Val García J. L., Gómez Gil E., Godás Sieso T., Fernández Huerta J. M.

Evaluation of health related quality of life and functional impairment parameters in patients with chronic fatigue syndrome

*Patología del Aparato Locomotor*, 2006; 4 (1): 29-38

### Correspondencia:

Dr Joaquín Fernández Solá

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Fatiga Crónica. Hospital Clínic. Villarroel 170

08036. BARCELONA.

Tel. y Fax: 93 2275539

E-mail: jfernand@clinic.ub.es

J. Fernández Solá, M. Núñez Juárez, E. Núñez Juárez, et al.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una enfermedad de etiología desconocida, definida desde 1998 por criterios clínicos consensuados (Fukuda et al, C.D.C, 1994) (1). Cursa con fatigabilidad tanto física como neurocognitiva a pequeños esfuerzos, que resulta insuperable para el paciente (2,3). Esta enfermedad está adquiriendo en los últimos años un interés creciente y puede afectar entre un 0,7 a un 2 por mil de los individuos en la población general, incidiendo principalmente al grupo de edades entre 20-50 años (4,5). Una de sus principales características es la persistencia de los síntomas, con evolución prácticamente homogénea a cronicidad, lo que repercute en una situación de invalidez tanto para la actividad laboral como para muchas de las actividades de vida cotidiana. Por ello, es una enfermedad que frecuentemente causa una importante pérdida de calidad de vida y de capacidad funcional en los individuos afectados (6,7).

En un estudio previo realizado en nuestro medio, pudimos objetivar que, a los cinco años del diagnóstico, un 80% de pacientes con SFC no podían realizar su actividad laboral habitual (8). Es evidente, la importante repercusión que el SFC tiene a nivel sintomático, de funcionalidad laboral, de interferencia en las actividades de vida cotidiana, de repercusión en el entorno familiar y social, así como la frecuente evolución hacia una situación de invalidez laboral (3,9). Por todo ello, la calidad de vida en estos enfermos está muy afectada, hecho que incide tanto en la evolución de su enfermedad a nivel personal, como en la repercusión que ésta tiene en su entorno familiar, laboral y en el sistema sanitario (5).

Esta situación implica que es importante entender y monitorizar el impacto del SFC sobre los resultados de salud. Uno de los resultados de salud más relevantes en la actualidad es la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El SFC puede afectar a las distintas áreas de la vida de los pacientes (física, psicológica y social) y los instrumentos de medida de CVRS, ya sean genéricos como el *Questionnaire. Medical Outcomes Study Short Form* (SF-36.) o específicos como el *Stanford Health Assessment Questionnaire* (HAQ), pueden ofrecer una aproximación

adecuada para evaluar dichas áreas (10-12). Todos estos instrumentos han demostrado su utilidad y validez en la evaluación de los resultados de salud (13,14).

El impacto tanto individual como social que representa el SFC, la disponibilidad de este tipo de instrumentos y el hecho de que en la evaluación del SFC sea infrecuente la aplicación de este tipo de medidas, nos ha llevado a plantear el presente estudio cuyos objetivos fueron:

1) Evaluar la CVRS en pacientes diagnosticados de SFC, identificando la influencia de variables sociodemográficas y clínicas sobre las dimensiones de CVRS. 2) Valorar los distintos grados de afectación del SFC con una escala clínica funcional. 3) Evaluar la presencia e influencia de comorbilidad asociada a SFC y 4) Relacionar los parámetros de CVRS y repercusión funcional en pacientes con SFC con los valores poblacionales de referencia y con los de un grupo de pacientes de similar edad afectados de artritis reumatoide,

## PACIENTES Y MÉTODO

### 1. SELECCIÓN DE PACIENTES.

1.1. PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. Durante un período de 10 meses (Febrero a Noviembre de 2005) se seleccionaron de manera consecutiva todos los enfermos que consultaron a la Unidad de Fatiga Crónica del Hospital Clínic de Barcelona por sintomatología de fatiga prolongada y que aceptaron participar en el estudio. A todos ellos se les aplicó un protocolo diagnóstico de estudio de fatiga (15). Se incluyó a los pacientes que reunían los criterios de definición de caso de Síndrome de Fatiga Crónica, según los criterios actualmente vigentes del *Center for Diagnosis and Disease Control* (Atlanta, USA), conocidos como "Criterios de Fukuda" (1) (Tabla 1). La aplicación de estos criterios ya asegura la diferenciación del SFC de otras situaciones de fatiga secundaria, tanto de origen médico como psiquiátrico, y otras situaciones de fatiga transitoria o episódica (15).

A todos los enfermos se les solicitó su consentimiento informado para participar en el estudio, entendiendo que se podían retirarse del mismo cuando lo consideren, sin haber de dar



Evaluación de parámetros de calidad de vida y repercusión funcional en pacientes con...

**Tabla I. Criterios de Fukuda para el diagnóstico de Síndrome de Fatiga Crónica**  
*(Center of Disease Control, Atlanta, USA, 1994) (ref 1)*

1. <u>Fatiga crónica persistente</u> (6 meses mínimo), o intermitente, inexplicada, que se presenta de nuevo o con inicio definido y que no es resultado de esfuerzos recientes; no mejora claramente con el descanso; ocasiona una reducción considerable de los niveles previos de actividad cotidiana del paciente.
2. <u>Exclusión de otras enfermedades potencialmente causantes de fatiga crónica.</u> <u>De forma concurrente</u> , deben estar presentes cuatro o más signos o síntomas de los que se relacionan, todos ellos persistentes durante 6 meses o mas y posteriores a la presentación de la fatiga:
1. Trastornos de concentración o memoria reciente
2. Odinofagia
3. Adenopatías cervicales o axilares dolorosas
4. Mialgias
5. Poliartralgias sin signos inflamatorios
6. Cefalea de inicio reciente o de características diferentes a la habitual
7. Sueño no reparador
8. Malestar post esfuerzo de duración superior a 24 horas

ninguna excusa o justificación. Se autorizó la realización de este estudio por parte del Comité de Ética Asistencial e Investigación de nuestro centro. La aplicación de este estudio no interfirió en ningún caso en la sistemática asistencial a realizar en la atención de los pacientes.

1.2. PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. Con objeto de comparar los parámetros de CVRS y repercusión funcional, se incluyó un segundo grupo de pacientes formado por 100 individuos diagnosticados consecutivamente de artritis reumatoide, según los criterios del American College of Rheumatology 1987 (AR) (16), procedentes del estudio de calidad de vida relacionada con la salud del grupo ARQUALIV (Fundación Marató TV3) llevado a cabo en la Unidad de Readaptación Funcional del Servicio de Reumatología del Hospital Clinic de Barcelona. Estos pacientes se seleccionaron por frecuencias de edad y sexo respecto a cada uno de los pacientes incluidos en el grupo de SFC.

2. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO. A todos los enfermos, se les recogieron los siguientes datos epidemiológicos: Edad, sexo, estado civil, número de hijos, dirección, teléfono, profesión actual y anteriores, evaluación de situación familiar y social, estado socio-económico y laboral en el momento de la consulta y antecedentes de bajas laborales (número y período). Se aplicó el protocolo asistencial de nuestra unidad de SFC, que comprende la realización de la historia clínica y exploración física estructurada. Así mismo, se les realizaron las exploraciones analíticas y complementarias referi-

das en el documento de consenso para el SFC en Cataluña (15) y aquellas otras que por su situación clínica se consideraron pertinentes a título individual para el diagnóstico diferencial de su estado de fatiga persistente.

3. VALORACIÓN FUNCIONAL DEL SFC SEGÚN ESCALA CLÍNICA. Se aplicó una escala clínica de graduación progresiva de menor (Grado I) a mayor afectación (Grado IV), ya empleada habitualmente en valoración funcional de patología reumatológica (17) y que valora el grado de afectación de los pacientes con SFC (Tabla 2).

4. VALORACIÓN DE COMORBILIDADES: Dada la importancia de la presencia de comorbilidades asociadas al SFC, se valoró específicamente la presencia de:

1) Fibromialgia, con aplicación de los criterios del *American College of Rheumatology* (1990), consensuados en Catalunya en el documento de un comité de expertos (18), 2) Síndrome seco ocular o bucal, corroborado con test de Schirmer patológico, 3) Obesidad definida según índice de masa corporal > 30, 4) Distimia evaluada con entrevista psicopatológica estructurada según los criterios del DSM-IV, 5) Disfunción tiroidal, evaluada en presencia de anticuerpos antitiroidales a título significativo y validación de actividad funcional hormonal con medida de tiroxina y TSH plasmática. 6) Colon irritable, definido según los criterios de Roma para esta enfermedad., 7) Endometriosis, definida por presencia de dismenorrea prolongada y



J. Fernández Solá, M. Núñez Juárez, E. Núñez Juárez, et al.

**Tabla II. Escala clínica de afectación funcional progresiva en pacientes con síndrome de Fatiga Crónica**

– Grado I: El enfermo presenta fatiga ocasional u oscilante, sin limitación significativa (< 50%) en actividad laboral y actividades de vida diaria (AVD).
– Grado II: Presencia de fatiga persistente, oscilante pero sin mejoría, con marcada repercusión (> 50%) en actividad laboral y también en AVD
– Grado III: Fatiga marcada que no permite ni ocasionalmente hacer ninguna actividad laboral y que le limita en más de un 80% la autonomía en las AVD
– Grado IV: Fatiga extrema que precisa de la ayuda de otras personas para las actividades personales básicas y que imposibilita la autonomía en las AVD

evidencia ecográfica o laparoscópica de tejido endometrial extrauterino, 8) Otras comorbilidades que puedan resultar significativas clínicamente por el médico o por el paciente.

5. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS). Se realizó mediante la aplicación de dos cuestionarios validados:

a) Cuestionario genérico *Medical Outcomes Study Short-Form* (SF-36) (10).Este cuestionario está validado y es aplicable a cualquier tipo de población o enfermedad para valoración de CVRS. Se realizará en la versión adaptada a la población española (13). Es un cuestionario autoadministrado, que mide la CVRS mediante la percepción que los individuos tienen de su salud. Contempla dos áreas: función física y bienestar emocional. Tiene 36 ítems agrupados en 8 subescalas, con un rango de puntuación de 0-100 (en cada subescala), en el que el incremento de puntuación indica mejor CVRS. Así mismo, incorpora un ítem que evalúa el estado de salud actual comparada con el año anterior a través de una escala tipo Likert. El SF-36 no proporciona una puntuación global. Se relaciona con los valores de referencia poblacionales españoles (13).

b) Cuestionario específico *Stanford Health Assessment Questionnaire* (HAQ), que evalúa la incapacidad funcional para realizar actividades cotidianas, la intensidad del dolor mediante una escala visual analógica (EVA) y la evolución del estado de salud general según el punto de vista del enfermo (12). Se realiza en su versión validada a la población española (14).

Todos estos instrumentos han demostrado su validez y utilidad en la evaluación de los resultados de salud.

6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Se incluyeron las diferentes variables en una base de datos ti-

po Excel. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS. Se calculó la media y la desviación estándar para las variables continuas y los porcentajes para las categóricas. Para el estudio de las relaciones entre variables se utilizó el coeficiente de correlación lineal de Pearson. Se emplearon modelos de regresión lineal simple para comparar variables continuas de forma univariada y para construir un modelo de asociación entre las variables dependientes e independientes se usó la regresión lineal múltiple. Se utilizó un nivel de significación de 0,05 para todas las comparaciones y un intervalo de confianza del 95%.

**RESULTADOS**

1. PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC). Se incluyeron en el estudio un total de 100 pacientes afectados de SFC diagnosticados según los criterios de Fukuda et al (1) (Tabla I). Su edad media fue de 45.3 ± 11 años. La distribución por género fue de 89 mujeres respecto a 11 hombres (relación 7,2 a 1). Respecto a la situación laboral en el momento del diagnóstico, un 15% estaban activos en su profesión habitual, un 50% estaban en invalidez transitoria, un 25% con baja prolongada (superior a 6 meses) y un 10% en paro laboral. Respecto al estado funcional global del paciente el 75% de los pacientes presentaba algún tipo de restricción para realizar las actividades cotidianas.

La evaluación del grado de fatiga se efectuó en los pacientes con SFC según la escala clínica de afectación funcional en cuatro grados de afectación progresiva (I a IV) (Tabla II) Esta escala se corresponde con la utilizada habitualmente en valoración funcional de pacientes con enfermedades reumáticas (17). Se objetivó que un 25% de pacientes estaban en grado I, un 49%



Evaluación de parámetros de calidad de vida y repercusión funcional en pacientes con...

en grado II, un 21% en grado III y un 5% en grado IV. Destaca que un 74% de pacientes estaban en grados leves (I ó II), mientras que sólo un 26% en los grados más avanzados (III ó IV) de afectación funcional.

En la Figura 1 se refiere el porcentaje de comorbilidades observado en los pacientes con SFC. Globalmente, un 92% de pacientes presentó algún tipo de comorbilidad asociada a SFC, con una media de 2,4 tipos diferentes de comorbilidad por paciente. Asimismo, se objetivó una correlación directa entre el número de comorbilidades que padecía el paciente y el grado de afectación de la función física, rol físico, función social y salud mental del cuestionario de calidad de vida SF-36 (Tabla 5).

2. PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR). Se incluyeron en el estudio un total de 100 pacientes afectados de AR. Su edad media fue de  $42.9 \pm 9.9$  años. De ellos, 88 eran mujeres y 12 hombres (relación 7,3 a 1). Un 39% estaban activos en su profesión habitual, un 20% en baja transitoria, un 17% en invalidez prolongada (> 6 meses) y un 13 % en paro. El 53% de los pacientes presentó algún tipo de comorbilidad y el 14% tenían 2 tipos diferentes (media  $0,67 \pm 0,71$  por paciente), siendo la hipertensión, la diabetes y el MPOC las más frecuentes aunque en un porcentaje bajo (5% para cada una de ellas). Respecto al estado funcional global del

paciente el 61% de los pacientes presentaban algún tipo de restricción para realizar las actividades cotidianas. Las características generales de estos pacientes se muestran en la Tabla III.

3. VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) Y REPERCUSIÓN FUNCIONAL (RF)

La calidad de vida relacionada con la salud se valoró en los pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) con el cuestionario genérico validado *Medical Outcomes Study Short-Form* (SF-36) (10,13). Los valores obtenidos en este cuestionario se han comparado con los de una serie de pacientes con Artritis Reumatoide (AR) de similar edad y sexo a los afectados de SFC y también con los valores de referencia para la población española (VRP). En la Figura 2 se describen las diferentes dimensiones de este cuestionario en los dos grupos de pacientes (SFR y AR) y también se reflejan los valores poblacionales de referencia. Destaca que los pacientes con SFC presentan una mayor afectación de todas las dimensiones estudiadas respecto a los parámetros poblacionales, con unas diferencias que oscilaban entre un 35% y un 85% (media 56%) ( $p < 0,001$ ). Asimismo, se objetivó también una mayor afectación de todas las dimensiones ( $p < 0,001$ ) excepto el rol emocional ( $p = 0,28$ ), en comparación con los pacientes con AR. Las dimensiones rol físico y vitalidad fueron las

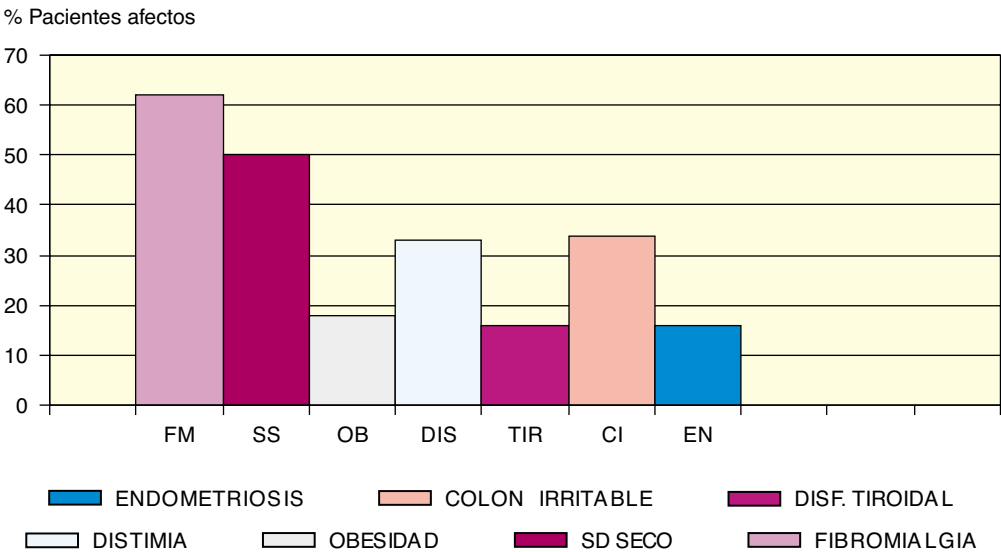


Fig. 1. Diferentes tipos de comorbilidad observados en 100 pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica.

J. Fernández Solá, M. Núñez Juárez, E. Núñez Juárez, et al.

Tabla III. Características sociodemográficas y clínicas de una serie des 100 pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica comparados con 100 pacientes con Artritis Reumatoide

Variables	Pacientes con SFC	Pacientes con AR	Diferencias entre grupos (p)
Edad (años) media ± DE	45,3 ± 11	42.9 ± 9.9	0.969
Sexo (%):			
– hombres (%)	11%	12%	n.s.
– mujeres	89%	88%	
Situación laboral (%):			
– trabaja activamente	15%	39%	< 0,001
– en paro	10%	13%	n.s.
– invalidez transitoria	50%	20%	< 0,001
– invalidez prolongada	25%	17%	< 0.01
Presencia de comorbilidad (%):	92%	53%	< 0.001
Nº de comorbilidades (media± DE):	2,4±1,1	0.67 ± 0.71	< 0.001
Clase funcional (%):			
– Clase I (restricción leve)	25%	39%	<0,001
– Clase II (restricción moderada)	49%	44%	<0.05
– Clase III (restricción notable)	21%	14%	<0,01
– Clase IV (restricción grave)	5%	3 %	<0,05

DE: Desviación estándar  
SFC: Síndrome de Fatiga Crónica  
AR: Artritis Reumatoide  
n.s.: no significativo

más afectadas y el rol emocional y la salud mental las que menos.

En la Tabla IV se describen las dimensiones de repercusión funcional, estado de salud global e intensidad del dolor en los pacientes con SFC valoradas según el cuestionario HAQ (14). La incapacidad funcional para realizar las actividades diarias (índice HAQ) presentó una puntuación media de 1,3 ± 0,8 puntos (rango 0-3), alcanzando valores superiores a 2 en un 10% de los pacientes; la valoración del estado de salud global según el punto de vista del paciente (ran-

go 0-10) alcanzó una puntuación media de 7.2 ± 2.2) presentando un 54% de los pacientes valores ≥ 8; la intensidad del dolor (rango 0-10) obtuvo una media de 6.4± 2.8 puntos y un 40% de los pacientes alcanzaron puntuaciones ≥ 8. La respuesta a las preguntas efectuadas sobre las causas de incapacidad (rango 0-20) alcanzaron puntuaciones medias para el dolor de 5.5 ± 5.8), para la limitación de 2.8 ± 4.0 y para la falta de fuerza de 6.7 ± 5,9.

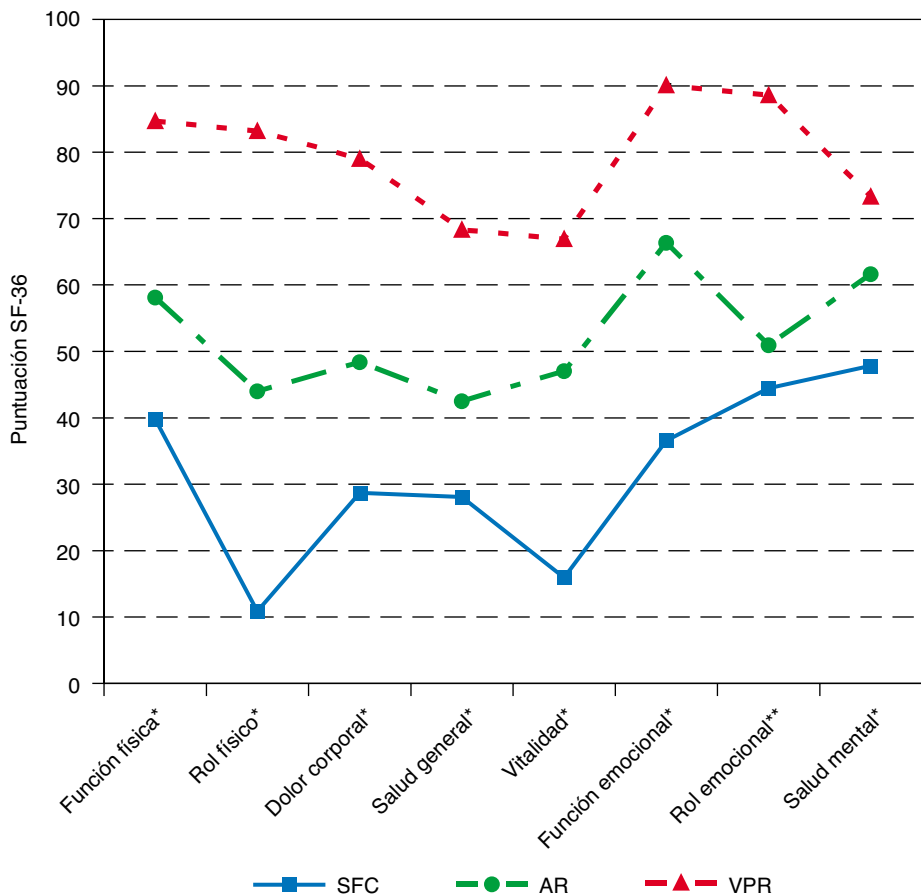
Se realizó una comparación entre las medidas de CVRS genéricas obtenidas en el cuestio-

Tabla IV. Dimensiones del cuestionario HAQ y escalas de afectación funcional en los 100 pacientes afectos de SFC

Dimensiones	Media	DE*	Rango
HAQ†	1,3	0,8	0-3
Estado de salud general (EVA)‡	7,2	2,2	0-10
Intensidad del dolor (EVA) ‡	6,4	2,8	0-10
Incapacidad por dolor	5,5	5,8	0-20
Incapacidad por limitación	2,8	4,0	0-20
Incapacidad por falta de fuerza	6,7	5,9	0-20

\* DE: desviación estándar.  
† HAQ: Stanford Health Assessment Questionnaire (ref .14)  
‡ EVA: escala visual analógica.

Evaluación de parámetros de calidad de vida y repercusión funcional en pacientes con...



SF-36: Medical Outcomes Study 36- Item Short Form (valores oscilantes entre 0 [peor] a 100 [mejor])

SFC: Síndrome de Fatiga Crónica

AR: Artritis Reumatoide

VPR: valores de referencia para la población española;

\*  $p < 0.001$  entre todas las variables comparando SFC con VPR y SFC con AR

\*\*  $p = 0.28$  comparando la variable Rol emocional entre SFC y AR

Fig. 2. Comparación de las puntuaciones de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud medidas con el cuestionario SF-36 en una serie de 100 pacientes con síndrome de fatiga crónica y 100 pacientes con artritis reumatoide respecto a los valores poblacionales de referencia.

nario SF-36 con las específicas del cuestionario HAQ, aplicando una correlación de Spearman. Se observó que el índice de incapacidad funcional medida con el HAQ presentaba una alta correlación con las puntuaciones de la dimensión función física del SF-36  $r_s = 0.841$  ( $p < 0.001$ ) y de la dimensión dolor corporal  $r_s = 0.629$  ( $p < 0.001$ ). Asimismo, se encontró una alta correlación entre la intensidad del dolor medida por (EVA) y las puntuaciones de la dimensión dolor corporal del SF-36  $r_s = 0.754$  ( $p < 0.001$ ).

4. COMPARACIÓN DE PARÁMETROS DE CVRS ENTRE PACIENTES CON SFC Y AR. Los pacientes con SFC tenían un mayor porcentaje

de invalidez transitoria y prolongada que los afectos de AR (Tabla 3). Asimismo, presentaban un mayor grado de afectación en la escala clínica de repercusión funcional ( $p < 0.01$ ) y un mayor número de comorbilidades ( $p < 0.001$ ) (Tabla 3). En la Figura 2 se muestra la comparación de los valores de QVRS entre ambos grupos de pacientes evaluada mediante el cuestionario SF36. Puede observarse que los pacientes con SFC tenían una CVRS significativamente peor que los pacientes diagnosticados de AR en todas las dimensiones ( $p < 0.001$ ) excepto en la dimensión rol emocional ( $p = 0.28$ ). Ambos grupos de pacientes (SFC y AR) presentaron puntuaciones de



J. Fernández Solá, M. Núñez Juárez, E. Núñez Juárez, et al.

CVRS significativamente inferiores ( $p<0.001$ ) en todas las dimensiones del SF-36 a los valores de referencia para la población española.

De todas las variables sociodemográficas, clínicas y de calidad de vida estudiadas, las variables que de forma significativa e independiente diferenciaron a los pacientes con SFC de los pacientes con AR, según la regresión logística en la que se consideró como variable dependiente el diagnóstico (FC:1, AR: 0), fueron la situación laboral, en concreto la situación de invalidez transitoria (OR: 39.36; IC95%:1.2-1291), el número de comorbilidades (OR: 2.008; IC95%:1.05-3.84) y la dimensión vitalidad del SF-36 (OR: 0.916; IC95%:0.878-0.956).

5. RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y OTRAS VARIABLES.

5.1. COMORBILIDAD. Se ha valorado la relación entre la calidad de vida de los pacientes medida por el cuestionario SF-36 y la presencia de comorbilidad, medida con el número de enfermedades que coexisten con el SFC. Existía una relación inversa entre ambas variables, siendo las dimensiones de Función física, Función social y Salud mental las más afectadas.

Ello supone que la presencia de comorbilidad conlleva una mayor carga de empeoramiento funcional en las tres dimensiones relacionadas que la que tiene el SFC por sí mismo (Tabla 5).

5.2. ESCALA DE AFECTACIÓN CLÍNICA. Asimismo, se ha valorado la relación entre CVRS

y la graduación de afectación mediante la escala clínica progresiva de afectación (grados de I a IV) (Tabla V). Se ha objetivado para este parámetro relación con las dimensiones Función Física, Rol físico, Vitalidad, Función Social y Rol emocional el cuestionario SF-36. Ello supone que existe una correlación entre la escala de afectación funcional y la mayoría de dimensiones referidas del cuestionario de calidad de vida, por lo que esta escala clínica es útil para valorar la progresiva afectación de la calidad de vida del paciente.

DISCUSIÓN

Cuando se evalúa la repercusión que una enfermedad tiene sobre el estado de salud global de los pacientes, los parámetros de calidad de vida (CVRS) y repercusión funcional (RF) son los que tienen mayor validez (11,12). En el caso del Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), es conocido el gran impacto que producen los síntomas como la fatiga física persistente, la fatiga neurocognitiva o el dolor, así como su frecuente repercusión como invalidez laboral (9) o decremento en las actividades personales o de vida cotidiana (6,7). Sin embargo, es esta enfermedad, no se ha realizado ninguna evaluación objetiva con instrumentos validados de medida de su repercusión sobre la calidad de vida y funcionalidad del paciente.

El presente estudio analiza de forma descriptiva y transversal un grupo consecutivo de 100

**Tabla V. Estudio multifactorial entre las dimensiones del cuestionario SF-36 y variables relacionadas en una serie de 100 pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica**

Dimensiones SF 36	Variables relacionadas	R	Sig.(P)
– Función física	N.º de COMORBILIDADES ESCALA CLÍNICA	0,68	< 0,003 < 0,001
– Rol físico	ESCALA CLÍNICA	0,38	< 0,001
– Dolor corporal	–	–	–
– Salud general	–	–	–
– Vitalidad	ESCALA CLÍNICA	0,51	0,001
– Función social	N.º de COMORBILIDADES ESCALA CLÍNICA	0,53	0,04 <0,001
– Rol emocional	ESCALA CLÍNICA	0,25	0,02
– Salud mental	N.º de COMORBILIDADES	0,37	0,04



pacientes afectados de SFC evaluando parámetros objetivos de calidad de vida y repercusión funcional mediante el empleo de instrumentos genéricos y específicos de medida de resultados, con los cuestionarios validados SF-36 (10,13) y HAQ (12,14), respectivamente. Para obtener una comparación válida de estos valores, se correlacionan con los de una serie de 100 pacientes con similar edad y género afectados de artritis reumatoide como enfermedad reumática de referencia y también con los parámetros poblacionales esperables en población sana de su misma edad y sexo.

En la serie actual, el grupo de pacientes con SFC estudiado tiene unas características epidemiológicas de edad y género similares a las habituales en series previas de pacientes con SFC (2,3,19), con afectación en edades medias de la vida y predominio marcado del sexo femenino. En la distribución del grado de afectación con la escala clínica de repercusión funcional, se objetiva que aproximadamente una cuarta parte de ellos tiene un grado I (leve) de afectación, la mitad de pacientes tienen un grado II (moderado) y otra cuarta parte una afectación grave (grados III-IV), lo que nos da un espectro amplio de grado de afectación.

En la evaluación de calidad de vida relacionada con la salud con el cuestionario genérico SF-36, los pacientes con SFC presentan una importante grado de afectación, con diferencias significativas en todas las dimensiones del cuestionario SF-36 (excepto rol emocional) comparados con pacientes con artritis reumatoide. Asimismo, comparando los valores de CVRS en pacientes con SFC respecto a los valores de referencia para la población española, se observan diferencias en todos los parámetros con disminuciones relativas en el SFC entre el 35 hasta el 85% en cada dimensión (media de 56 % de diferencia).

De forma semejante, al analizar la CVRS con el cuestionario específico HAQ, los pacientes con SFC presentaban alteraciones valorables en los índices de puntuación de todas las dimensiones (capacidad funcional física, estado de salud general, dolor). Se realizó un estudio de correlación entre las dimensiones de CVRS evaluadas por escalas genéricas (SF-36) y las evaluadas en escalas específicas (HAQ). Se objetivó una alta correlación entre el índice de incapacidad

funcional medida con el HAQ respecto a las puntuaciones de la dimensión función física del SF-36 y de la dimensión dolor corporal. Asimismo, se encontró una alta correlación entre la intensidad del dolor medida por EVA y las puntuaciones de la dimensión dolor corporal del SF-36. Estas correlaciones muestran un alto grado de congruencia en la valoración objetivada de estas dimensiones, indistintamente del instrumento utilizado. También pudimos corroborar una correlación positiva entre la escala clínica de afectación funcional y la mayoría de dimensiones del SF-36, lo que valida la aplicación de esta escala clínica para valorar la repercusión funcional de los pacientes con SFC, hecho que puede simplificar este proceso a nivel clínico-asistencial.

Otro hecho destacable en los pacientes con SFC es la frecuente presencia de comorbilidades, con una media de 2,4 tipos diferentes en cada paciente. Las más frecuentes han sido la fibromialgia, el síndrome seco, el colon irritable y la distimia. Esta frecuencia de comorbilidades era claramente superior en SFC que en los pacientes afectados de AR y confiere un hecho diferencial añadido en el SFC (3). Se objetiva una relación inversa entre las dimensiones de CVRS y la presencia de comorbilidades, lo que significa que la presencia de co-morbilidad supone un mayor empeoramiento funcional que el que conlleva por sí mismo el SFC.

Se objetiva que las dimensiones de CVRS más relacionadas con el empeoramiento funcional en pacientes con SFC son la Función física, el Rol físico, la Vitalidad, la Función Social y el Rol emocional. Por ello, deberá incidirse sobre estas dimensiones para mejorar potencialmente la CVRS de los pacientes con SFC. El índice de incapacidad funcional medida con el HAQ presentaba una alta correlación con las puntuaciones de la dimensión función física del SF-36 y de la dimensión dolor corporal. Es destacable que las variables que diferenciaron a los pacientes con SFC de los pacientes con AR fueron la situación laboral, en concreto la situación de invalidez transitoria, el número de comorbilidades y la dimensión vitalidad del SF-36.

En resumen, se objetiva que, los pacientes con SFC estudiados presentan una marcada afectación de los parámetros de CVRS y RF, en valores significativamente superiores a los pará-

J. Fernández Solá, M. Núñez Juárez, E. Núñez Juárez, et al.

metros poblacionales e incluso a los de pacientes afectados de AR. La presencia de comorbilidad supone un mayor empeoramiento funcional. Se objetiva que el empleo de una escala clínica en 4 grados progresivos de afectación funcional es útil en la valoración de estos pacientes. Para mejorar potencialmente la CVRS en pacientes con SFC deberá incidirse sobre las dimensiones afectadas, sobre todo la función física, el dolor corporal así como en el tratamiento de las comorbilidades. Por ello, los programas de ejercicio físico adaptado (20) y los tratamientos tanto farmacológicos para disminuir el dolor (21) como los no farmacológicos como la psicoterapia conductual cognitiva (22,23) para mejorar la adaptación del paciente a la enfermedad podrían mejorar la CVRS en pacientes con SFC.

## BIBLIOGRAFÍA

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. REID S, CHALDER T, CLEARE A, HOTOPF M, WESSELY S. Chronic fatigue syndrome. *Clin Evid* 2004; 12: 1578- 1593.
3. FERNÁNDEZ-SOLÁ J. *Sobrevivir al cansancio. Una aproximación al Síndrome de Fatiga Crónica*. Ed Viena-Oxis. Barcelona 2003.
4. VALLS-LLOBET C. Dolor crónico y fatiga crónica. Una asignatura pendiente. *Med Clin (Bar)* 2003; 121: 412-413.
5. FERNÁNDEZ-SOLÀ J. El síndrome de fatiga crónica: una problemática médica y social creciente. *Medicina Integral* 1993; 21: 325-326.
6. RAKIB A, WHITE P D, PINCHING A J, HEDGE B, NEWBERY N, FAKHOURY W K, PRIEBE S. Subjective quality of life in patients with chronic fatigue syndrome. *Qual Life Res* 2005; 14:11-19.
7. TAYLOR R R. Quality of life and symptom severity for individuals with chronic fatigue syndrome: findings from a randomized clinical trial. *Am J Occup Ther* 2004; 58:35-43.
8. MIRÓ O, FONT C, FERNÁNDEZ-SOLÀ J, PEDROL E, GRAU J M, URBANO-MÁRQUEZ A. Síndrome de fatiga crónica. Estudio evolutivo de 28 casos. *Med Clin (Bar)* 1997; 108: 561-565.
9. ROSS S D, ESTOK R P, FRAME D, STONE R L, LUDENSKY V, LEVINE C B. Disability and chronic fatigue syndrome: a focus on function. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1098-1107.
10. WARE J E, SHERBOURNE C D. The MOS-36 item short form healthy survey (SF-36). *Med Care* 1992; 30: 473-483.
11. HUNT S M, MUEVEN J, MCKENNA S P. Measuring Health Status: a novel model for clinicians and epidemiologists. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 185-188.
12. FRIES J F, SPITZ P W, YOUNG D Y. The dimensions of health outcomes: the health assessment questionnaires disability and pain scales, *J Rheumatol* 1982; 9: 789-793.
13. ALONSO J, PRIETO L, ANTÓ J M. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36), un instrumento para la medida de resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 771-776.
14. ESTEVE-VIVES J, BATLLE-GUALDA E, REIG A, and the collaborative group for HAQ questionnaire validation. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire (HAQ) Reliability, Validity and Trans-cultural equivalency. *J Rheumatol* 1993; 20: 2116-22.
15. ALIJOTAS J, ALEGRE J, FERNÁNDEZ-SOLÀ J, ESTRADA D, COTS J M, PANISELLO J, PERI J M, PUJOL R. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fatiga crónica en Catalunya. *Med Clin (Bar)* 2002; 118: 73-76.
16. ARNETT F C, EDWORTHY S M, BLOCH D A, MCSHANE D J, FRIES J F, COOPER N S et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31: 315-324.
17. HOCHBERG M C, CHANG R W, DWOSH I, LINDSEY S, PINCUS T, WOLFE F. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arth Rheum* 1992; 35: 498-502
18. COLLADO A, ALIJOTAS J, BENITO P, ALEGRE C, ROMERA M, SAÑUDO I, MARTIN R, PERI J M, COTS J M. Documento de consenso y tratamiento de la fibromialgia en Catalunya, *Med Clin (Bar)* 2002; 118: 745-749.
19. FERNÁNDEZ-SOLÀ J. El síndrome de fatiga crónica. *Medicina Integral* 2002.;40 (2): 56-63.
20. EDMONDS M, MCGUIRE H, PRICE J. Exercise therapy for CFS. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 3: CD003200.
21. WHITING P, BAGNALL A M, SOWDEN A J, CORNELL J E, MULROW C D, RAMIREZ G. Intervention for the treatment and management of chronic fatigue syndrome. *JAMA* 2001; 19 ; 286:1360-1368.
22. PRICE J R, COUPER J. Cognitive behaviour therapy for adults with chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; 2 : CD001027. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. PMID: 10796733.
23. AKAGI H, KLIMES I, BASS C. Cognitive behavioural therapy for chronic fatigue syndrome in a general hospital-feasible and effective. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001; 23 : 254-260.