

MULTIMORBILIDAD CRÓNICA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA EN CHILE

ANDREA LIZAMA-LEFNO¹, GONZALO ROJAS CONTRERAS²

Recibido para publicación: 05-06-2019 - Versión corregida: 25-07-2019 - Aprobado para publicación: 25-07-2019

Lizama-Lefno A, Rojas-Contreras G. **Multimorbilidad crónica en mujeres con diagnóstico de fibromialgia en Chile.** *Arch Med (Manizales)* 2019; 19(2):363-73. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3384.2019>

Resumen

Objetivo: posicionar a la población diagnosticada de fibromialgia en la categoría de multimorbida y describir algunas de sus características. Lo anterior mediante el análisis de la prevalencia de comorbilidades, el uso de recursos clínicos y el uso de fármacos de la población estudiada. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, transversal con una muestra de 546 mujeres diagnosticadas de fibromialgia. Aplicación de un cuestionario autoadministrado en modalidad on line. Uso de estadística descriptiva e inferencial (bivariada) para el análisis de datos. **Resultados:** un 94,7% de las pacientes estudiadas padece al menos una enfermedad diagnosticada además de la fibromialgia; 11,4% padece cinco o más afecciones. Las comorbilidades más frecuentes son trastornos de salud mental, siendo la depresión la principal (70%) seguida de colon irritable (52,8%) y cefalea (50,3%). Un 51,1% presenta alta frecuencia de consulta médica. Un 77,3% utiliza más de un tipo de fármaco. La media de uso farmacológico es de 2,8 tipos. Un 80,3% afirma haberse automedicado alguna vez, siendo en promedio 1,6 la cantidad de fármacos automedicados. **Conclusiones:** la población con fibromialgia es altamente multimorbida y en plena edad laboral y reproductiva, presenta alto riesgo de morbimortalidad debido a la presencia de polifarmacia y automedicación, además proyecta multimorbilidad crítica a futuro, envejecimiento patológico y alto consumo de recursos clínicos.

Palabras clave: multimorbilidad, fibromialgia, comorbilidad, salud pública, salud de la mujer.

Archivos de Medicina (Manizales) Volumen 19 N° 2, Julio-Diciembre 2019, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874, Lizama Lefno A., Rojas Contreras G.

- 1 Socióloga PhD. Profesora Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8764-6928>. Correo e.: Andrea.lizama@usach.cl. Autor para correspondencia.
- 2 Médico Cirujano. Profesor Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8040-6489>. Correo e.: Gonzalo.rojasc@usach.cl.

Chronic multimorbidity in women diagnosed with fibromyalgia in Chile

Summary

Objective: to situate the population diagnosed with fibromyalgia in the multimorbid category and describe some of its characteristics by analyzing the prevalence of comorbidities, the use of clinical resources and the use of drugs in the studied population.

Materials and methods: descriptive, cross-sectional study with a sample of 546 women diagnosed with fibromyalgia. Application of an online self-administered questionnaire. Use of descriptive and inferential statistics for data analysis. **Results:** was found that 94.7% of the studied women suffer from at least one diagnosed disease in addition to fibromyalgia and 11.4% have five or more conditions. The most frequent comorbidities are mental health disorders, with depression being the main one (70%), followed by irritable bowel syndrome (52.8%) and headache (50.3%), 51.1% have a high frequency of medical consultation and 77.3% use more than one type of drug. The average of pharmacological use is 2.8 types. Among them, 80.3% was self-medicated at some point being 1.6 the average of self-medicated drugs. **Conclusions:** the population with fibromyalgia is young and highly multimorbid. This group presents a high risk of morbidity and mortality due to the presence of polypharmacy and self-medication behavior, it also projects future critical multimorbidity, pathological aging and high consumption of clinical resources.

Keywords: multimorbidity, fibromyalgia, comorbidity, public health, women's health.

Introducción

La multimorbilidad crónica se define como la presencia de dos o más condiciones médicas crónicas simultáneas en un sujeto [1-3]. Está asociada con la disminución de la funcionalidad, reducción de la calidad de vida y mayor utilización de recursos clínicos, esto es, asistencia frecuente a consulta médica, uso de servicios de urgencia y de medicamentos. En Chile, el manejo médico de la multimorbilidad es básicamente farmacológico, por lo que la polifarmacia es una característica de los pacientes multimórbidos. La polifarmacia conlleva el problema de la mala adherencia y sus posibles complicaciones derivadas, así como la sobremedicación con el correspondiente riesgo para la seguridad del sujeto [4].

Estudios cualitativos se refieren a la experiencia de desgaste físico y psicológico de pa-

cientes multimórbidos al tratar de comprender y manejar adecuadamente su condición, describiéndola como una "lucha interminable". Es común que estos pacientes sufran afecciones físicas y mentales simultáneamente, incrementándose éstas últimas en la medida que aumenta el número de comorbilidades. Estos estudios describen también las dificultades que enfrenta el personal de salud en el manejo de esta condición [5].

En Chile, 11 millones de adultos de 15 años o más viven con dos o más enfermedades crónicas simultáneas, según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. El aumento desde el 2010 es de alrededor de dos millones de personas. Actualmente, más de dos millones de pacientes presentan un nivel de multimorbilidad crítico, esto es, viven con cinco o más enfermedades. La multimorbilidad crónica en Chile genera una demanda que excede la capacidad de

respuesta del sistema de salud. El manejo de este problema requiere entre otras cosas, un modelo de cuidados crónicos focalizado en el subgrupo de mayor multimorbilidad junto a políticas poblacionales para prevenir su incidencia [6,7].

La multimorbilidad es más común en países de ingresos medio y bajo. Al interior de los países es más común en grupos desfavorecidos según sexo, nivel socioeconómico y nivel educacional. En cuanto al sexo, existen diferencias en la prevalencia y en el tipo de afecciones entre hombres y mujeres. Se ha encontrado que en general las mujeres tienen una mayor prevalencia. En cuanto al tipo de afecciones, los trastornos metabólicos cardiovasculares son más frecuentes en los hombres mientras que las enfermedades psicogeriatricas en mujeres. En cuanto al nivel socioeconómico, estudios en países desarrollados han encontrado que quienes viven en las zonas más desfavorecidas sufren más multimorbilidad y que en dichas zonas ésta se desarrolla de 10 a 15 años antes que en los sectores menos necesitados [1,6].

Un estudio realizado en Nijmegen, Holanda, encontró que el aumento de la edad, el sexo femenino y el nivel socioeconómico bajo son factores asociados al número creciente de pacientes con multimorbilidad [8]. Con todo lo anterior, el fenómeno de la multimorbilidad pone en evidencia las desigualdades en salud producidas por los determinantes sociales.

La frecuencia de comorbilidades se incrementa con la edad, por tanto, la probabilidad de ser un sujeto multimórbido en la adultez avanzada es alta. Junto con ello, la esperanza de vida ha mejorado drásticamente en las últimas décadas superando los 75 años en casi 60 países [1,8]. La multimorbilidad supera como problema de salud mundial la mirada aislada de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y se sitúa como un importante factor de incremento de costos en salud.

En ese contexto, es fundamental conocer la distribución de condiciones crónicas en la población, reconocer grupos prioritarios e identificar los factores asociados. Este artículo tiene el objetivo de dar cuenta de la población con fibromialgia como grupo prioritario en cuanto a población femenina y multimórbida.

La fibromialgia es uno de los diagnósticos músculo-esqueléticos más comunes asociados al dolor crónico junto con lumbago y artrosis. Un 9,3% de los casos atendidos por dolor crónico en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el período entre 2003-2006 fue diagnosticado de fibromialgia, aumentando este último a 11,6% en el período entre 2008-2009 [9]. En la misma unidad del Hospital de la Fuerza Aérea de Chile en el 2007 el porcentaje fue de 14,1% [10].

Se estima que afecta al 5% de la población en sociedades modernas occidentales y entre el 90 y 95% son mujeres [11,12]. Es pertinente considerar que tanto la prevalencia como la proporción de hombres afectados varía según los criterios diagnósticos utilizados. Al usar el set de criterios modernos de Wolfe del 2010, modificados el 2011, ambas proporciones se incrementan.

En Chile, aunque son escasos y aislados los estudios de prevalencia de fibromialgia permiten establecer un punto de partida. En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile el 2005 se estima un 5,4% [13].

La fibromialgia es una patología reconocida por el CIE-10, clasificada dentro de las enfermedades del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo en la categoría de "Otros trastornos de tejidos blandos, no clasificados en otra parte". Los principales síntomas complementarios al dolor son problemas cognitivos como el deterioro de la memoria, problemas de concentración y atención, fatiga, trastornos del sueño y síntomas somáticos [14].

Además de estos síntomas las personas afectadas por fibromialgia presentan común-

mente rigidez articular matutina, cefalea, síndrome de intestino irritable, dismenorrea, parestesia, odinofagia, adenopatía cervical, entre otros malestares. La presencia multisintomática es uno de los aspectos que la distingue de otros síndromes de dolor crónico. Su manejo clínico es farmacológico con acompañamiento de terapia física y psicoterapia. La fibromialgia correlaciona con trastornos mentales y síntomas depresivos tratados paralelamente con antipsicóticos [15,16].

El gran desafío de la práctica médica en relación a la fibromialgia ha sido establecer un tratamiento efectivo que permita a las personas afectadas proyectar una buena calidad de vida. La clasificación de la fibromialgia como ECNT categorizada en el CIE-10 dentro de las enfermedades reumatológicas resigna a la población afectada a protocolos de afrontamiento biomédico que son limitados para efectos de resultados a largo plazo [17]. La fibromialgia continúa siendo una patología de manejo irresoluto e insatisfactorio en cuanto su diagnóstico y afrontamiento son asuntos todavía inacabados para los profesionales de la salud.

En su mayoría, las enfermedades crónicas son adquiridas a lo largo de la vida por la exposición a determinantes sociales que modulan la adquisición de estilos de vida poco saludables, exposición crónica a factores estresores y también a través de procesos epigenéticos por la exposición intrauterina a ambientes poco saludables [18].

Este artículo pretende situar a la población diagnosticada de fibromialgia en la categoría de población multimórbida. Esto implicaría un cuestionamiento al manejo médico reduccionista y protocolizado de las enfermedades crónicas y a los límites de dicho abordaje, que no considera factores socioestructurales y psicosociales. Además, parece éticamente importante situar la población con fibromialgia en un grupo prioritario de cara a decisiones respecto de políticas de salud. Esto también

incentiva el entendimiento y manejo de esta patología desde un punto de vista integrado, expandiendo así las posibilidades de manejo y afrontamiento.

Materiales y métodos

Se estudió a 546 mujeres adultas chilenas con diagnóstico de fibromialgia. La investigación tuvo un alcance descriptivo, prospectivo, transversal. El objetivo fue caracterizar a la población diagnosticada de fibromialgia desde una perspectiva biopsicosocial. El trabajo de campo fue realizado en octubre y noviembre de 2017, se aplicó un cuestionario anónimo autoadministrado en modalidad on line. La firma de consentimiento informado se realizó también vía on line. El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Santiago.

La aproximación a las pacientes fue mayoritariamente vía redes sociales por lo que gran parte de la población corresponde a pacientes vinculadas a organizaciones que contribuyeron a la difusión del instrumento vía facebook entre sus miembros y seguidores. Por tanto, la selección muestral no fue aleatoria, lo cual constituye una limitación de la investigación en cuanto condiciona el rango etario sobre todo a personas jóvenes usuarias de tecnología.

La prevalencia de fibromialgia en Chile se estima en 800 mil personas. El tamaño muestral tiene representatividad estadística con un error de muestreo de 5%, nivel de confianza de 95% y error de precisión de 2%.

El instrumento contiene 60 preguntas que recogen 93 variables distribuidas en ocho apartados que tributan a las dimensiones propias del enfoque biopsicosocial. El diseño contó con la participación de un panel multidisciplinario de expertos y expertas que revisaron la propuesta y contribuyeron desde sus campos disciplinarios. Este artículo incluye el análisis de 12 de las 93 variables:

Variable	Categorías
Sexo	Hombre/Mujer
Edad	Años
Ciudad de residencia	(categorías espontáneas)
Antigüedad del diagnóstico de fibromialgia ¿Hace cuánto tiempo fuiste diagnosticada/o?	Menos de un año/Entre uno y tres años/Entre tres y cinco años/Entre cinco y diez años/Más de diez años
Diagnósticos adicionales a la fibromialgia Marca el o los diagnósticos adicionales a la fibromialgia que has tenido	Depresión/Trastorno de personalidad/Otro diagnóstico de salud mental/Colon irritable/Cefalea/Vejiga hiperactiva/Enfermedad de la tiroides/Enfermedad reumatológica/Enfermedad Cardiovascular/ Endometriosis/Artrosis/Síndrome de Fatiga Crónica/Psoriasis/Otra enfermedad Dermatológica/Enfermedad Celíaca/Otra enfermedad gastrointestinal/Otra
Uso farmacológico ¿Cuál (es) de los siguientes fármacos estás utilizando actualmente?	AINES/Celecoxib/Paracetamol, tramadol/ Pregabalina, Gabapentina, Carbamazepina/ Antidepresivos tricíclicos/Antidepresivos IRS/Relajantes musculares/Benzodiazepinas/Migranol, Cefalmin, Migratan/Zolpidem, Zopiclona
Automedicación ¿Cuál (es) fármacos alguna vez te has auto-medicado?	AINES/Celecoxib/Paracetamol, tramadol/ Pregabalina, Gabapentina, Carbamazepina/ Antidepresivos tricíclicos/Antidepresivos IRS/Relajantes musculares/Benzodiazepinas/Migranol, Cefalmin, Migratan/Zolpidem, Zopiclona
Frecuencia de consulta médica ¿Cada cuánto tiempo acudes a consulta médica?	Más de una vez al mes/Una vez al mes/Entre uno y tres meses/Entre tres y seis meses/Entre seis y once meses/Una vez al año/Menos de una vez al año
Consulta en salud mental ¿Has acudido alguna vez al psicólogo/a o psiquiatra?	Si/No
Diagnóstico de salud mental ¿Tienes o has tenido algún diagnóstico realizado por un psicólogo/a o psiquiatra?	Si/No
Tipo de diagnóstico en salud mental ¿Cuál diagnóstico tienes o has tenido?	Crisis de pánico/Depresión/Ansiedad/Estrés/Bipolaridad/Esquizofrenia/Trastorno de personalidad/Estrés post traumático/Trastorno obsesivo compulsivo/Síndrome de fatiga crónica/Trastorno alimenticio
Terapia psicológica ¿Te has realizado alguna vez terapia psicológica?	Si/No

Previo a la aplicación del cuestionario se realizó una etapa de pre-test que permitió ajustar el instrumento. Los datos fueron recibidos en la plataforma de Google en formato Excel, y posteriormente importados y procesados en el software estadístico PASW statistics 18.0. Para el análisis de datos se utilizaron técnicas de estadística descriptiva: distribución de frecuencias y porcentajes; y estadística inferencial bivariada, a saber, se empleó la prueba Rho de Spearman para establecer la medida de correlación entre variables ordinales. El nivel de significancia se fijó en 0,01.

Resultados

Multimorbilidad

El promedio de edad de la muestra estudiada es de 44 años. El 64% se encuentra en el rango etario entre 35 y 55 años. El 57% reside en Santiago.

De las 546 mujeres adultas chilenas con diagnóstico de fibromialgia estudiadas, 517 (94,7%) padecen de una o más enfermedades crónicas diagnosticadas, además de la fibromialgia. Este grupo, en promedio padece de 2,9

enfermedades, siendo siete el máximo declarado. Un 11,4% padece cinco o más afecciones.

Mientras más tiempo ha transcurrido desde el diagnóstico de fibromialgia, más alta es la frecuencia de enfermedades ($Rho=0,184$; p valor $< 0,01$).

La comorbilidad más frecuente es la depresión. Entre todas las mujeres que declaran tener una o más enfermedades adicionales a la fibromialgia (517), el 70% dice tener depresión (362); seguida de colon irritable (52,8%)

y cefalea (50,3%). Un 11,8% declara tener un trastorno de personalidad, y 13,3% dice tener otro diagnóstico en salud mental. En definitiva, los diagnósticos de salud mental son la comorbilidad más frecuente en mujeres con fibromialgia (Tabla 1).

Uso de recursos clínicos

Un 51,1% de las mujeres encuestadas presentan alta frecuencia de consulta médica, esto es, al menos una visita trimestral (Tabla 2). Además, la frecuencia es mayor en

Tabla 1. Prevalencia de comorbilidades en la población estudiada.

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N°	Porcentaje	
Prevalencia de comorbilidades	Depresión	362	24,1%	70,0%
	Trastorno de personalidad	61	4,1%	11,8%
	Otro diagnóstico de salud mental	69	4,6%	13,3%
	Colon irritable	273	18,2%	52,8%
	Cefalea	260	17,3%	50,3%
	Vejiga hiperactiva	84	5,6%	16,2%
	Enfermedad de la tiroides	117	7,8%	22,6%
	Enfermedad reumatológica	122	8,1%	23,6%
	Enfermedad Cardiovascular	30	2,0%	5,8%
	Endometriosis	4	,3%	,8%
	Artrosis	30	2,0%	5,8%
	Síndrome de Fatiga Crónica	2	,1%	,4%
	Psoriasis	2	,1%	,4%
	Otra enfermedad Dermatológica	2	,1%	,4%
	Enfermedad Celíaca	4	,3%	,8%
	Otra enfermedad gastrointestinal	12	,8%	2,3%
Otra	68	4,5%	13,2%	
Total		1502	100,0%	290,5%

a. Agrupación de respuestas múltiples n=517

Fuente: elaboración propia

Tabla 2: Frecuencia de consulta médica en la población estudiada.

¿Cada cuánto tiempo acudes a consulta médica?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Más de una vez al mes	60	11,0	11,0	11,0
	Una vez al mes	99	18,1	18,2	29,2
	Entre uno y tres meses	119	21,8	21,9	51,1
	Entre tres y seis meses	102	18,7	18,8	69,9
	Entre seis y once meses	60	11,0	11,0	80,9
	Una vez al año	60	11,0	11,0	91,9
	Menos de una vez al año	44	8,1	8,1	100,0
	Total	544	99,6	100,0	
Faltantes	Sistema	2	,4		
Total		546	100,0		

la medida que se incrementa el número de comorbilidades declaradas ($Rho = 0,193$; p valor $< 0,01$).

En relación al uso de recursos de atención en salud mental, un 89%, correspondiente a 484 mujeres, ha consultado alguna vez a un psicólogo o psiquiatra. En este grupo, un 74,1% afirma tener o haber tenido un diagnóstico en salud mental, un 74,4% dice haber realizado alguna vez terapia psicológica y un 30,8% está actualmente realizando una.

Uso farmacológico

Un 6,1% de las mujeres encuestadas no usa medicamentos, 16,6% usa un solo tipo de fármaco, y 77,3% utiliza más de un tipo de

fármaco. La media de uso farmacológico es de 2,8 tipos.

El tipo de fármaco más utilizado es el grupo de pregabalina, gabapentina, carbamazepina. Un 57,5% de las mujeres medicadas dicen estar usándolo actualmente; seguido por los antidepresivos IRS (fluoxetina, sertralina, duloxetina, escitalopram), usado por un 52,4%, el grupo de paracetamol y tramadol, usado por un 50,2%, y los AINES ((ibuprofeno, ketoprofeno, diclofenaco, ácido mefenámico, metamizol) usado por un 30,7% (Tabla 3). Estos grupos de fármacos son los más usados por la población estudiada (pregunta de respuesta múltiple).

Con respecto a la automedicación (Tabla 4 y 5), un 80,3% afirma haberse automedicado

Tabla 3: Frecuencia de uso de fármacos en la población de estudiada.

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
Uso de fármacos	AINES	156	10,2%	30,7%
	Celecoxib	103	6,7%	20,3%
	Paracetamol, Tramadol	255	16,7%	50,2%
	Pregabalina, Gabapentina, Carbamazepina	292	19,1%	57,5%
	Antidepresivos tricíclicos	59	3,9%	11,6%
	Antidepresivos IRS	266	17,4%	52,4%
	Relajantes musculares	117	7,7%	23,0%
	Benzodiazepinas	120	7,8%	23,6%
	Migranol, Cefalmin, Migratan	44	2,9%	8,7%
	Zolpidem, Zopiclona	68	4,4%	13,4%
	Otro	31	2,0%	6,1%
	Corticoides	2	,1%	,4%
	Metotrexato, Hidroxicloroquina, Azatriopina, Plaquinol	6	,4%	1,2%
Quetiapina, Risperidona	10	,7%	2,0%	
Total		1529	100,0%	301,0%

a. Agrupación de respuestas múltiples n=508

Fuente: elaboración propia

Tabla 4: Prevalencia de automedicación en la población estudiada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	105	19,2	19,7	19,7
	Si	429	78,6	80,3	100,0
	Total	534	97,8	100,0	
Faltantes	Sistema	12	2,2		
Total		546	100,0		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5: Frecuencia de automedicación según tipo de fármacos.

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N°	Porcentaje	
Automedicación	AINES	320	38,6%	74,6%
	Celecoxib	47	5,7%	11,0%
	Paracetamol, Tramadol	178	21,5%	41,5%
	Pregabalina, Gabapentina, Carbamazepina	19	2,3%	4,4%
	Antidepresivos tricíclicos	8	1,0%	1,9%
	Antidepresivos IRS	15	1,8%	3,5%
	Relajantes musculares	51	6,2%	11,9%
	Benzodiazepinas	36	4,3%	8,4%
	Migranol, Cefalmin, Migratan	125	15,1%	29,1%
	Zolpidem, Zopiclona	19	2,3%	4,4%
	Otro	9	1,1%	2,1%
	Corticoides	2	,2%	,5%
Total		829	100,0%	193,2%

a. Agrupación de respuestas múltiples n=429

Fuente: elaboración propia

alguna vez, siendo en promedio 1,6 la cantidad de fármacos automedicados. El tipo más frecuentemente automedicado es el de los AINES (74,6%), seguido por paracetamol o tramadol (41,5%), migranol, cefalmín o migratan (29,1%) y relajantes musculares (11,9%). Un 19,7% afirma nunca haberse automedicado.

Discusión

La población estudiada, esto es, mujeres con fibromialgia adscritas a grupos virtuales, es altamente multimorbida (94,7%). El porcentaje de multimorbilidad es mayor que en población nacional de 15 años o más, considerando la cifra de la ENS 2009-2010 (74,6%), aunque cuando se trata de cinco o más afecciones el porcentaje es menor en población con fibromialgia (11,4%) que en población general adulta (16,5%) [6].

Consecuentemente con la alta prevalencia de multimorbilidad en esta población, es una característica de ella el exacerbado uso de recursos clínicos, polifarmacia y automedicación. Todos estos son aspectos que la literatura también distingue en la población multimorbida [19].

La mayoría de las publicaciones revisadas que tratan el tema de la multimorbilidad

apuntan al manejo de enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia y sus factores asociados como obesidad, tabaquismo y consumo de alcohol [20-23]. La población con fibromialgia sería un tipo de población multimorbida cuya característica es la presencia de dolor crónico y patologías de salud mental como comorbilidad principal.

Dicho lo anterior, es pertinente recordar que la población con fibromialgia estudiada es relativamente joven, esto es, prevalece en un rango etario entre 35 y 55 años, siendo 44 años el promedio de edad. Este aspecto probablemente explicaría el hecho de que presenta baja prevalencia de las patologías crónicas cardiovasculares antes mencionadas, que tienen un perfil epidemiológico bien conocido y aumentan con la edad, y explicaría también el hecho de que la población con fibromialgia presenta menos multimorbilidad crítica (cinco afecciones o más) que la población general adulta estudiada en la ENS, grupo que incluye a la población adulta mayor.

Dada la presencia de dolor crónico, problemas de salud mental, el riesgo asociado a la polifarmacia y la automedicación, y considerando que, según la literatura, la prevalencia de multimorbilidad se incrementa significati-

vamente con la edad, es esperable que con el tiempo la población estudiada desarrolle otras enfermedades crónicas, avanzando hacia una multimorbilidad crítica en un mediano plazo.

La cantidad de fármacos de uso diario (promedio 2.8 por paciente) y el alto porcentaje de automedicación (80.3%) que presenta este grupo de pacientes es alarmante e implica un grave riesgo para su salud. Más aún, los fármacos más automedicados (AINES) no están indicados para el manejo del dolor presente en la fibromialgia [24], lo cual revela un uso bajo desconocimiento del manejo de esta enfermedad por parte de la población afectada e implica riesgos [25-27]. El elevado uso de medicamentos en este grupo de pacientes así como la policonsulta proyecta a futuro un alto uso de recursos y también riesgo de morbimortalidad, esto último considerando que hay estudios que indican que el número total de fármacos es el mejor predictor de la necesidad de una consulta médica futura y el segundo mejor predictor de mortalidad, después de la edad [28].

La población con fibromialgia es multimórbida en edad fértil y plena capacidad laboral lo cual conlleva un importante impacto económico y social que sería todavía incrementado en el futuro cuando se transforme en un grupo multimórbido crítico. Sumado a esto es importante mencionar que el dolor crónico y las patologías de salud mental son dos grandes causales de años de vida saludables perdidos por enfermedad (AVISA), de ausentismo y abandono laboral y de demanda de jubilación anticipada [29]. En definitiva, la población con fibromialgia constituye un grupo vulnerable y prioritario en cuanto proyecta un envejecimiento patológico.

El hallazgo que, en conjunto las enfermedades de salud mental son las comorbilidades más frecuentes (32.8%) en la población con fibromialgia y que la mayoría de las encuestadas (89%) han acudido alguna vez al psicólogo o al psiquiatra, es coherente con otras publicaciones que relacionan fuertemente la presencia de trastornos emocionales y del

ánimo al desarrollo de la fibromialgia [30,31]. Además, existen estudios que demuestran la superposición de síntomas y criterios diagnósticos de la fibromialgia con el Síndrome de Estrés Post-traumático [32,33]. Otros autores han encontrado una relación con ciertas experiencias vividas en la infancia que resultan ser factores de riesgo para el desarrollo futuro de fibromialgia, como la violencia física y verbal por parte de los padres, abuso sexual, crecer con personas con diagnóstico de depresión, entre otras [34]. Parece evidente la vinculación de la fibromialgia con determinados factores psicosociales y ciertos eventos biográficos.

Este estudio permite visualizar a la fibromialgia como un fenómeno nosológico que necesita nuevas miradas para ser explicado, tratado y prevenido de una manera integral. Todo indica que su origen multifactorial tiene varias aristas que se relacionan con las condicionantes sociales y allí parece estar el desafío. Es probable que el progresivo aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, incluida la fibromialgia, así como el crecimiento del fenómeno de la multimorbilidad, se entiendan mejor en el contexto de la actual transición demográfica y epidemiológica [35] y necesiten para su manejo no sólo de nuevos abordajes clínicos y terapéuticos sino nuevas aproximaciones epistemológicas.

La multimorbilidad requiere un lugar prioritario en la agenda política en salud y un manejo biopsicosocial que considere la interacción de determinantes sociales como el género y la clase social, entendida ésta última como una confluencia del nivel socioeconómico y educacional. Esta mirada implica la necesidad de intervenciones tanto de cobertura individual como de políticas estructurales a nivel global. En este sentido parece urgente para un abordaje profundo de la fibromialgia poner el foco en la salud de la mujer.

La multimorbilidad de la fibromialgia no es distinta a otras multimorbilidades pues todo el fenómeno evidencia grandes falencias del

sistema de salud en relación al manejo de los problemas que presenta la población mundial en el siglo XXI. Es pertinente plantearse algunos cuestionamientos y abrir el debate en busca de respuestas operativas. Los acelerados y aplaudidos avances tecnológicos en el campo de la salud no tienen un correlato en términos de mejoras en la salud pública ni en la salud de la población, entendida como el completo estado de bienestar físico, mental y social [36]. En este contexto y considerando los retos que plantea el escenario epidemiológico actual es

necesario preguntarse qué desafíos implica la multimorbilidad para el sistema de salud y cómo enfrentarlos desde una mirada sistémica.

Agradecimientos

Al Dr. Gabriel Pérez Campos por su participación en instancias de discusión oral.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuentes de financiación: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile

Literatura citada

1. WHO. **Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care**. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. **Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice**. *Ann Fam Med* 2005; 3(3):223-228. DOI: 10.1370/afm.272
3. Van den Akker M, Buntinx F, Roos S, Knottnerus JA. **Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature**. *Eur J Gen Pract* 1996; 2:65-70. DOI: <https://doi.org/10.3109/13814789609162146>
4. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith S. **Managing patients with multimorbidity in primary care**. *BMJ* 2015; 350:h176. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.h176>
5. O'Brien R, Wyke S, Guthrie B, Watt G, Mercer S. **An 'endless struggle': a qualitative study of general practitioners' and practice nurses' experiences of managing multimorbidity in socio-economically deprived areas of Scotland**. *Chronic Illn* 2011; 7(1):45-59. DOI: 10.1177/1742395310382461
6. Margozzini P, Pizarro A, Orellana M, Anriquez S, Lorna J, Passi A. **Chronic multimorbidity in Chilean adults: analysis of the national health survey, ENS 2009-2010**. *Medwave* 2016; 16(Suppl 6):e6634. DOI: 10.5867/medwave.2016.6634
7. Margozzini P, Passi A. **Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile**. *ARS Médica* 2018; 43(1):30-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v43i1.1354>
8. Uijen A, Van de Lisdonk E. **Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years**. *Eur J Gen Pract* 2009; 14:28-32. DOI: 10.1080/13814780802436093
9. Miranda JP, Quezada P, Caballero P, Jiménez L, Morales A, Bilbeny N, Vega JC. **Revisión Sistemática: Epidemiología de dolor crónico no oncológico en Chile**. *Revista El Dolor* 2013; 59:10-17.
10. Salinas H. **Estados de afrontamiento al dolor en pacientes con dolor crónico no oncológico**. *Boletín El Dolor* 2007; 16(46):36.
11. Ros N. **Intervención psicológica en la fibromialgia**. *Infocop Online* 2006. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=987.
12. Pujal Llombart M, Albertín P, Mora E. **Discursos científicos sobre el dolor cronificado sin-causa-orgánica. Incorporando una mirada de género para resignificar-repolitizar el dolor**. *Política y Sociedad* 2015; 52(3):921-948. DOI: 10.5209/rev_POSO.2015.v52.n3.45295
13. Jaque J, Miranda JP, Arce EP, Pacheco S, Plaza G, Gutiérrez T, et al. **Fibromialgia: Guía Clínica**. *Revista El Dolor* 2007; 16(47):35.
14. Moyano S, Kilstein J, Alegre de Miguel C. **Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse?**. *Reumatol Clin* 2015; 11(4):210-214. DOI: 10.1016/j.reuma.2014.07.008
15. Sedó Fortuny R, Ancochea Millet J. **Una reflexión sobre la fibromialgia**. *Aten Primaria* 2002; 29(9):562-564.
16. Cabrera V, Martín Aragón M, Terol D, Núñez R, Pastor M. **La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria [HAD] en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad**. *Terapia Psicológica* 2015; 33(3):181-193. DOI: 10.4067/S0718-48082015000300003
17. Vicente Herrero MT, Capdevila García L, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F. **La Fibromialgia en la jurisprudencia Española. Herramienta FM-Check de Valoración**. *Arch Med (Manizales)* 2017; 17(2):391-01. DOI: 10.30554/archmed.17.2.2041.2017

18. Heindel J, Vandenberg L. **Developmental Origins of Health and Disease: A Paradigm for Understanding Disease Etiology and Prevention.** *Curr Opin Pediatr* 2015; 27:248–253. DOI: 10.1097/MOP.0000000000000191
19. Millar E, Gurney J, Stanley J, Stairmand J, Davies C, Semper K. et al. **Pill for this and pill for that: A cross-sectional survey of use and understanding of medication among adults with multimorbidity.** *Australas J Ageing* 2018; 38(2):91-97 DOI: 10.1111/ajag.12606
20. Calderón Larrañaga A, Vetrano DL, Onder G, Gimeno Feliu LA, Coscollar Santaliestra C, Carfi A, et al. **Assessing and Measuring Chronic Multimorbidity in the Older Population: A Proposal for Its Operationalization.** *Journals Gerontol Ser Biol Sci Med Sci* 2017; 72(10):1417–23. DOI: 10.1093/gerona/glw233
21. Kirchberger I, Meisinger C, Heier M, Zimmermann AK, Thorand B, Autenrieth CS, et al. **Patterns of multimorbidity in the aged population. Results from the KORA-Age study.** *PloS one* 2012; 7(1):e30556. DOI: 10.1371/journal.pone.0030556
22. Emerging Risk Factors Collaboration, Di Angelantonio E, Kaptoge S, Wormser D, Willeit P, Butterworth AS, et al. **Association of Cardiometabolic Multimorbidity With Mortality.** *JAMA* 2015; 314(1):52–60. DOI: 10.1001/jama.2015.7008
23. Fortin M, Stewart M, Poitras M-E, Almirall J, Maddocks H. **A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology.** *Ann Fam Med* 2012; 1;10(2):142–51. DOI: 10.1370/afm.1337
24. Kia S, Choy E. **Update on Treatment Guideline in Fibromyalgia Syndrome with Focus on Pharmacology.** *Biomedicines* 2017; 5(2):20. DOI: 10.3390/biomedicines5020020
25. A. Arfè, Scotti L, Varas-Lorenzo C, Nicotra F, Zambon A, Kollhorst B. et al. **Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of heart failure in four European countries: nested case-control study.** *BMJ* 2016; 354:48-57. DOI: 10.1136/bmj.i4857
26. Ungprasert P, Cheungpasitporn W, Crowson C. S, Matteson E. L. **Individual non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of acute kidney injury: A systematic review and meta-analysis of observational studie.** *Eur J Intern Med* 2015; 26(4):285–291. DOI: 10.1016/j.ejim.2015.03.008
27. Meunier L, Larrey D. **Recent Advances in Hepatotoxicity of Non Steroidal Anti-inflammatory Drugs.** *Ann Hepatol* 2018; 17(2):187–191. DOI: 10.5604/01.3001.0010.8633
28. Brilleman SL, Salisbury C. **Comparing measures of multimorbidity to predict outcomes in primary care: a cross sectional study.** *Fam Pract* 2013; 30(2):172–178. DOI: 10.1093/fampra/cms060
29. Gómez H, Castro V, Franco-Marina F, Bedregal P, Rodríguez J, Espinoza A. et al. **La carga de la enfermedad en países de América Latina.** *Salud pública Méx* 2011;53(2):72-77.
30. Montoro CI, Duschek S, Schuepbach D, Gandarillas MA, Reyes Del Paso GA. **Correction: Cerebral blood flow variability in fibromyalgia syndrome: Relationships with emotional, clinical and functional variables.** *PloS one* 2018; 13(10):e0207004. DOI: 10.1371/journal.pone.0207004
31. Galvez Sánchez CM, Duschek S, Reyes Del Paso GA. **Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives.** *Psychol Res Behav Manag* 2019; 12:117–127. DOI: 10.2147/PRBM.S178240
32. Amir M, Kaplan Z, Neumann L, Sharabani R, Shani N, Buskila D. **Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia.** *J Psychosom Res* 1997; 42(6):607–613. DOI: 10.1016/S0022-3999(97)00009-3
33. Cohen H, Neumann L, Haiman Y, Matar MA, Press J, Buskila D. **Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome?** *Semin Arthritis Rheum* 2002; 32(1):38–50.
34. Olivieri P, Solitar B, Dubois M. **Childhood risk factors for developing fibromyalgia.** *Open Access Rheumatol: Res Rev* 2012; 4:109–114. DOI: 10.2147/OARRR.S36086
35. Bloom D, Chen S, McGovern M. **The economic burden of noncommunicable diseases and mental health conditions: results for Costa Rica, Jamaica, and Peru.** *Rev Panam de Salud Pública* 2018; 42:1–8. DOI: 10.26633/RPSP.2018.18
36. Organización Mundial de la Salud. **¿Cómo define la OMS la salud?.** Nota digital. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.

