

Cabo-Meseguer, Asensi; Cerdá-Olmedo, Germán; Trillo-Mata, José Luis
Epidemiología y caracterización sociodemográfica de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana
Revista Española de Salud Pública, vol. 93, e201912099, 2019, Enero-Diciembre
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17066277095>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

ORIGINAL

Recibido: 12 de julio de 2019
 Aceptado: 26 de septiembre de 2019
 Publicado: 13 de diciembre de 2019

EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA FIBROMIALGIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Asensi Cabo-Meseguer (1), Germán Cerdá-Olmedo (2) y José Luis Trillo-Mata (3)

(1) Grupo de Investigación de Fibromialgia. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia. España.

(2) Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia. España.

(3) Departamento Clínico Malvarrosa. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: La elevada prevalencia de la fibromialgia y su clínica polipatológica supone un importante problema de salud pública en España. El presente estudio tuvo por objeto realizar una aproximación a la epidemiología del síndrome, con la finalidad de colaborar en el avance del conocimiento científico de las personas que sufren fibromialgia, en este caso mediante el análisis sociodemográfico de los pacientes en la Comunidad Valenciana (España).

Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal, mediante extracción y análisis de variables epidemiológicas en fuentes oficiales de información sanitaria de la Comunidad Valenciana (Abucasis II, SIA, GAIA, SIP, SIE). El estudio presentó dos procesos de análisis diferenciados: el primero fue el examen de la evolución de la prevalencia de la fibromialgia en toda la Comunidad Valenciana, considerando a la totalidad de las personas diagnosticadas entre 2012 y 2016. El segundo supuso la caracterización sociodemográfica de las personas afectadas de fibromialgia, utilizando una muestra de 9.267 personas con diagnóstico activo de la enfermedad en uno de los 25 departamentos de salud del sistema público valenciano, observando variables tales como edad, sexo, procedencia, asistencialidad, actividad laboral y nivel económico. El tratamiento estadístico de los datos fue descriptivo univariante, y realizado con valores porcentuales, de media, mediana y moda. El intervalo de confianza para la media, cuando fue requerido, se estableció en el 95 por ciento.

Resultados: La fibromialgia fue una enfermedad de elevada prevalencia en la Comunidad Valenciana (3,7%) en el periodo de estudio, situándose por encima de las prevalencias medias estudiadas en el mundo, Europa o España. Presentó además una especial gravedad en la prevalencia masculina. Su evolución reflejó un crecimiento interanual del orden del 28 por ciento, con una tasa de incidencia media de 5,39 nuevos casos por cada mil habitantes/año. Afectó especialmente a las mujeres (63 por ciento de la muestra) y la edad media fue de 54 años. Además, las personas con fibromialgia presentaron bajos niveles económicos y dificultades laborales definidas por la baja tasa de empleo, la elevada tasa de paro y la frecuencia y duración de sus bajas laborales.

Conclusiones: La fibromialgia tiene una especial importancia epidemiológica en la Comunidad Valenciana, con alta prevalencia e incidencia. En su sociodemografía básica encontramos un porcentaje elevado de mujeres en edades comprendidas entre los 51 y los 70 años, pero también una prevalencia masculina de especial consideración comparativamente con otros estudios. Observamos un importante menoscabo de las condiciones socioeconómicas y sociolaborales entre las personas con diagnóstico de fibromialgia.

Palabras clave: Fibromialgia, Prevalencia, Incidencia, Sociodemografía, Problemática sociolaboral, Nivel socioeconómico.

Correspondencia:

Asensi Cabo-Meseguer

C/ Mayor, 3

46512 Faura, Valencia, España

asensicabomeseguer@gmail.com

ABSTRACT

Epidemiology and sociodemographic characterization of the fibromyalgia in Comunidad Valenciana

Background: The elevated prevalence of the fibromyalgia and its polypathologic clinic suppose an important Public Health problem in Spain. The purpose of this study was to carry out an approach of the syndrome's epidemiology, with the finality of collaborate in the scientific knowledge progress of the people who suffer fibromyalgia, in this case, through the sociodemographic analysis of Comunidad Valenciana patients, in Spain.

Methods: It was done an epidemiologic descriptive transversal study, by extractions and analysis of epidemiological variables in official resources of health information of Comunidad Valenciana (Abucasis II, SIA, GAIA, SIP, SIE). The study presented two different analysis processes: the first one was the exam of the fibromyalgia prevalence evolution of the whole Comunidad Valenciana, considering the totality of diagnosed people between 2012 and 2016. The second one, supposed the sociodemographic characterization of people who are affected with fibromyalgia, using a sample of 9,267 people with active diagnostic of the disease in one of the 25 health department of the valencian public system, observing variables such as age, sex, origin, asistenciality, labour activity and economic level. The datum statistic treatment was descriptive univariable and it was made with percentage values of means, median and mode. The confidence interval for the average when required was set at 95 percent.

Results: Fibromyalgia was an elevated prevalence disease in Comunidad Valenciana (3.7%) in the study's period, establishing itself above the world media prevalence studied, Europe or Spain. What is more, it presented a special gravity in the male prevalence. Its evolution reflected a growth year-to-year of the order of 28 percent, with an average incidence rate of 5.39 new cases per thousand inhabitants / year. It specially affected women (it had it the 63% of the sample) and the average age of 54 years. Besides, people with fibromyalgia presented low economic levels and labour difficulties defined by low employment rate, the elevated unemployment rate and the frequency and length of their work leaves.

Conclusions: Fibromyalgia has a special epidemiological importance in Comunidad Valenciana, with a high prevalence and incidence. In its basic sociodemography we found an elevated percent of women with ages between 51 and 70 years, but also, we find a male prevalence of special consideration comparatively with other studies. We observe an important reduce of the socioeconomic and sociodemographic conditions between fibromyalgia diagnosed people.

Key words: Fibromyalgia, Prevalence, Incidence, Sociodemography, Sociolaboural problematic, Socioeconomic level.

Cita sugerida: Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Epidemiología y caracterización sociodemográfica de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 13 de diciembre e201912099.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (en adelante, FM) es una enfermedad crónica de naturaleza idiopática y cuya etiopatogenia continúa presentando muchos interrogantes en la actualidad. Su fisiopatología es de una elevada variedad semiológica, destacando la presencia de dolor musculoesquelético generalizado, baja tolerancia al dolor, hiperalgesia y alodinia⁽¹⁾. Las hipótesis sobre su etiología son numerosas, aunque casi todas confirman una base multifactorial que combina factores genéticos y epigenéticos, condicionando una alteración persistente de los sistemas de regulación del dolor y una hiperexcitabilidad nociceptiva central.

El *Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia*⁽²⁾ establecía ya en el año 2006 la caracterización de la FM como un “*problema de salud pública de primer orden*” atendiendo a cuatro cuestiones fundamentales: la alta prevalencia en la población; el insuficiente conocimiento de las causas que la producen; la ausencia de tratamiento curativo; y la insatisfacción por parte de pacientes y profesionales. Más de una década después, los avances en la comprensión etiopatogénica de la enfermedad y las alternativas de tratamiento han sido significativos pero no suficientes, de forma que se evidencia una necesidad manifiesta de continuar profundizando en el estudio de la FM, su fisiopatología, su etiopatogenia, su diagnóstico y su abordaje terapéutico.

Más en concreto, los autores firmantes del presente estudio publicaron otro en el año 2017⁽³⁾ donde se probó la importancia relativa de la FM en la Comunidad Valenciana en relación con diferentes latitudes territoriales, con una prevalencia en diciembre de 2016 del 3,7 por ciento de la población total, superior a las medias obtenidas para el resto del mundo, los diferentes continentes y España (**figura 1**).

El presente estudio tuvo por objetivo la determinación de la evolución epidemiológica y las características sociodemográficas básicas de las personas con FM en la Comunidad Valenciana (España). Ya hemos visto que la tasa de prevalencia es elevada en este territorio (3,7%), y podemos ahora determinar su evolución y su incidencia en los últimos años. La caracterización sociodemográfica se realizó sobre una muestra extensa de personas con fibromialgia, lo que nos permitió analizar algunas variables de interés: la edad, el sexo y el impacto socioeconómico y laboral.

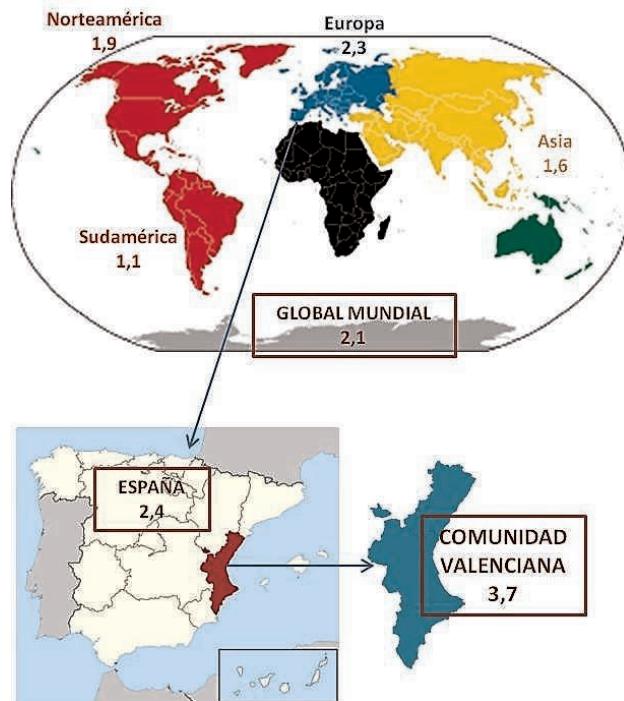
Entendemos que la disección bioestadística de la FM a través de la evolución de su prevalencia, su sociodemografía y su perfil psicosocial puede servir a la mejor comprensión de la enfermedad y favorecer procesos de investigación posteriores.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio tuvo dos procesos analíticos diferenciados: el primero fue el examen de la evolución de la prevalencia y la incidencia de la fibromialgia en toda la Comunidad Valenciana, considerando a la totalidad de las personas diagnosticadas entre 2012 y 2016 en este territorio. Esta zona contaba en el año 2016, por ofrecer una visión global, con un total de 4.959.968 habitantes, de los cuales 186.429 padecieron FM.

El segundo proceso supuso la caracterización sociodemográfica de las personas afectadas de FM, utilizando una muestra de 9.267 sujetos, constituida por la totalidad de personas mayores de 18 años con diagnóstico activo de FM en el período 2014-2016 en el Departamento 5 de Salud Valencia- Clínico-Malvarrosa, siendo este uno de los 25 departamentos en los que se estructura el sistema sanitario público de la Comunidad Valenciana. El Departamento 5 de Salud tenía en 2016 un total de 320.095 pacientes adscritos, de forma que la muestra

Figura 1
Prevalencia de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana y en el mundo.



Fuente: Cabo A. et al (2017)⁽³⁾.

La escasez de estudios hace improcedente la determinación de resultados promedio para África y Oceanía.

representó el 2,9% del total (prevalencia de FM específica del Departamento 5). Por otro lado, si consideramos el total de personas con diagnóstico activo de FM en la Comunidad Valenciana en 2016 (183.429 personas), nuestra muestra representó el 5,1 por ciento del total de personas diagnosticadas de la Comunidad Valenciana. Definimos “diagnóstico activo” en aquellas personas que habían estado consignadas como efectivamente diagnosticadas por los servicios públicos de salud de la Comunidad Valenciana en algún momento dentro del período considerado.

Suponiendo $p=q=50\%$, y un nivel de confianza del 95%, el tamaño de la muestra (9.267 personas afectadas de FM, de un total de 183.429

en toda la Comunidad Valenciana) posibilitó obtener conclusiones con un error muestral por debajo del 1 por ciento. Por otro lado, el Departamento 5, aunque radicado en la ciudad de Valencia, es el departamento de adscripción de un buen conjunto de localidades rurales cercanas al área metropolitana, de forma que su población de adscripción era diversa en términos de distinción rural-urbana.

Ambos procesos analíticos se realizaron mediante la exploración sistemática de las variables epidemiológicas en las fuentes oficiales de información sanitaria, especialmente mediante la extracción, cribado y sistematización de la información pertinente en las bases de datos clínicas y de gestión médica y

farmacológica de la Generalitat Valenciana. Más en concreto, las fuentes documentales utilizadas fueron:

- Historia Clínica Electrónica Ambulatoria (ABUCASIS II), que engloba el Sistema de Información Ambulatoria (SIA) y el Gestor de la Prestación Farmacéutica (GAIA).
- El Sistema de Información Poblacional (SIP).
- El Sistema de Información Económica (SIE).
- Las bases de datos de Farmacia Hospitalaria de la Conselleria de Sanitat.

Los datos procedentes de las fuentes citadas se extrajeron de forma anonimizada, construyendo diferentes bases de datos con la información necesaria. Todos estos datos estaban vinculados a una clave única por paciente. Los investigadores no tuvieron acceso en ningún momento a la historia clínica ni a ningún otro dato que permitiera identificar al paciente, ciñéndose en todo momento a lo dispuesto en la normativa vigente de protección de datos de carácter personal.

Además de la determinación y análisis de la prevalencia y la incidencia de la enfermedad en la Comunidad Valenciana, las variables objeto de análisis sociodemográfico fueron: edad, sexo, procedencia geográfica, modalidad de acreditación sanitaria (pasiva, asistencial, pensionista, activa), actividad laboral y nivel económico.

El presente fue un análisis epidemiológico descriptivo transversal con examen de variables *ex post facto*, con un análisis estadístico eminentemente descriptivo univariable y realizado con valores porcentuales, de media, mediana y moda. El intervalo de confianza para la media cuando fue requerido, se estableció en el 95 por ciento.

A lo largo del análisis de resultados, se establecieron comparaciones con referentes estadísticos secundarios a nivel autonómico y/o estatal, con la finalidad de determinar la magnitud de los resultados hallados.

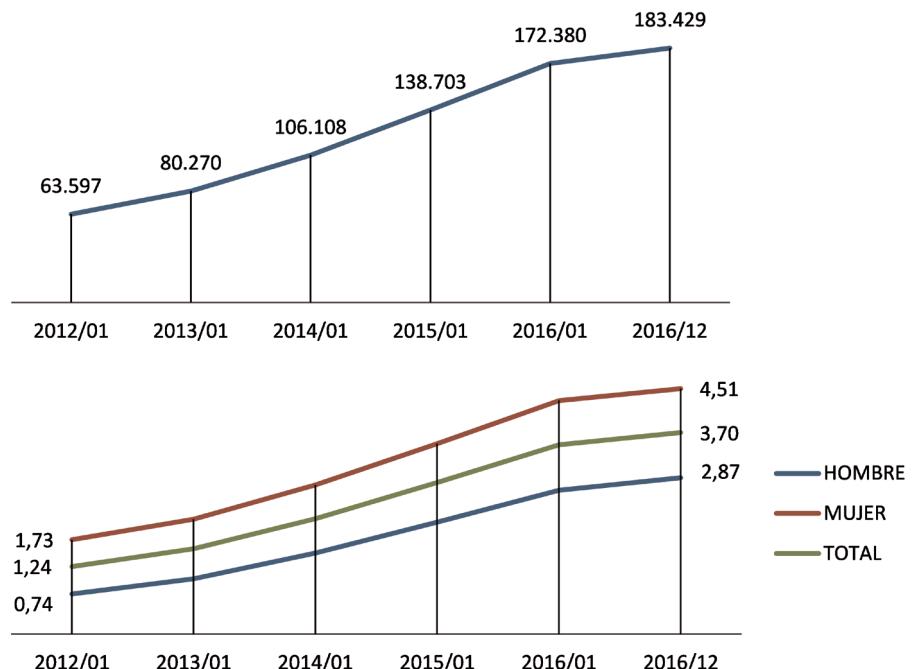
RESULTADOS

Evolución epidemiológica de la FM en la Comunidad Valenciana. De acuerdo con la información sanitaria oficial, la prevalencia de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana a diciembre de 2016 ascendía al 3,7 por ciento, viéndose afectadas un total de 183.429 personas sobre un total asignado de 4.959.968 personas en toda la comunidad. La proporción de mujeres fue mayor (62%) que la de hombres (38%). Comprobamos la evolución de la enfermedad en el quinquenio 2012-2016 y se observó el continuo crecimiento del diagnóstico de esta patología (*figura 2*). La FM crecía a un ritmo medio de 27.196 personas al año, un aumento de un 28,35 por ciento interanual. El crecimiento medio interanual de la FM era más acusado en el caso de los hombres (36%) que en el de las mujeres (25%). En diciembre de 2016, la prevalencia femenina fue del 4,5% y la masculina del 2,9%,

La incidencia de la FM en la Comunidad Valenciana presentó un promedio anual de 5,39 casos por cada mil habitantes/año. Más concretamente, en el año 2016 la incidencia fue de 6,76 casos nuevos por cada mil habitantes/año, con mayor impacto de incidencia entre las mujeres (7,77) que entre los hombres (5,73).

Sociodemografía. El Departamento 5 de Salud Valencia-Clínico-Malvarrosa tenía adscritas a un total de 320.095 personas en el corte realizado a diciembre de 2016. De ellas, 9.267 personas tenían un diagnóstico activo de FM, con una prevalencia asociada del 2,9 por ciento (3,5% en el caso de las mujeres y 2,3% en el de los hombres). Como comentamos, fue esta muestra el objeto del análisis sociodemográfico.

Figura 2
**Evolución del número de personas diagnosticadas de fibromialgia
y de su prevalencia en la Comunidad Valenciana.**



Los porcentajes de mujeres y hombres se mantuvieron bastante estables entre la Comunidad Valenciana y la muestra, con una presencia femenina superior en ambos casos (en torno al 62%). La FM, en el caso de nuestra muestra, crecía a un ritmo medio interanual del 29 por ciento. Aunque la prevalencia era más moderada en el caso de nuestra muestra que en la Comunidad Valenciana, el ritmo de crecimiento era muy similar, y también era mayor en el caso de los hombres (38%) que en el de las mujeres (25%).

Edad y sexo. Del total de personas estudiadas, el 63,37% eran mujeres y el 36,63% eran hombres. La media de edad se ubicó en los 54 años (IC 95%; 53,7–54,4), con una mediana de 54 y una moda de 60.

El grupo etario más numeroso estuvo constituido por el de personas con edades comprendidas entre los 41 y los 70 años, y más concretamente con personas entre 51 y 60 años, que supusieron el 20 por ciento del total muestral.

Fue destacable que los grupos etarios más jóvenes, hasta los 30 años, mantuvieron una notoria homogeneidad entre sexos, con un porcentaje incluso mayor de hombres que de mujeres en el rango de los más jóvenes. Sin embargo, a medida que la muestra avanzaba en edad, sobre todo a partir de los 40 años, las mujeres adquirían una representatividad sobresaliente que fue especialmente significativa entre los 51 y los 70 años, con distancias entre sexos de más de 40 puntos porcentuales de las mujeres por encima de los hombres ([tabla 1](#)).

Tabla 1
Distribuciones porcentuales según sexo y edad de la muestra.

Distribución porcentual sobre total de la muestra				Distribución porcentual sobre total de cada grupo etario			
Edad	Hombres	Mujeres	Totales	Edad	Hombres	Mujeres	Dif. M-H en puntos porcentuales
18-20	1,34	1,09	2,43	18-20	55,10	44,90	-10,20
21-30	4,26	4,60	8,86	21-30	48,04	51,96	3,91
31-40	7,07	7,72	14,79	31-40	47,79	52,21	4,42
41-50	7,29	11,69	18,98	41-50	38,39	61,61	23,21
51-60	5,84	14,56	20,40	51-60	28,64	71,36	42,72
61-70	4,78	12,23	17,01	61-70	28,11	71,89	43,77
71-80	3,75	7,08	10,83	71-80	34,64	65,36	30,71
81-90	2,01	3,61	5,62	81-90	35,74	64,26	28,52
91 y más	0,29	0,78	1,07	91 y más	26,85	73,15	46,30
TOTALES	36,63	63,37	100	TOTALES	36,63	63,37	26,75

Procedencia geográfica. El 83% de la muestra era de nacionalidad española de origen y el 14% era de origen extranjero (un 3% residual era de origen desconocido). El porcentaje de personas extranjeras en nuestra muestra y la Comunidad Valenciana (según la Estadística del padrón continuo del Instituto Nacional de Estadística) fue muy similar, en torno al 14% en ambos casos. Sin embargo, la distribución por continentes de esta población fue diferente: sobre el total de extranjeros censados, nuestra muestra presentó un mayor peso del continente americano (48%) que en la Comunidad Valenciana, cuyo porcentaje era del 16%. Por el contrario, el peso europeo fue menos relevante en nuestra muestra (25%) que en la Comunidad Valenciana (60%). África y Asia presentaron diferencias menos notables. El caso oceánico fue anecdótico en ambas aprehensiones territoriales.

Modalidad de acreditación sanitaria. La forma de acreditación ante la seguridad social nos permitió inferir la relación de las personas con la

actividad laboral. En nuestra muestra, los activos y los pensionistas representaron porcentajes similares sobre el total (37 y 36 por ciento, respectivamente).

Sin embargo, en la Comunidad Valenciana (Memoria de gestión 2016 de la Conselleria de Sanitat) los activos supusieron el 68% del total y los pensionistas el 22%. Podemos decir que mientras en la población global de la Comunidad Valenciana había un pensionista por cada tres activos, entre los pacientes con FM de nuestra muestra había un pensionista por cada activo. Un 27% de la muestra estaba acreditado mediante modalidades pasivas, no contributivas o asistenciales, frente al 10% de la Comunidad Valenciana (**figura 3**).

Resulta particularmente interesante destacar que más de 1.700 pensionistas (más del 45% de los mismos) tenían edades inferiores a los 65 años. La distribución etaria tiene mucho que decir al respecto, pero también parece evidente

Figura 3
Modalidad de acreditación sanitaria: Muestra y Comunidad Valenciana (en porcentaje).



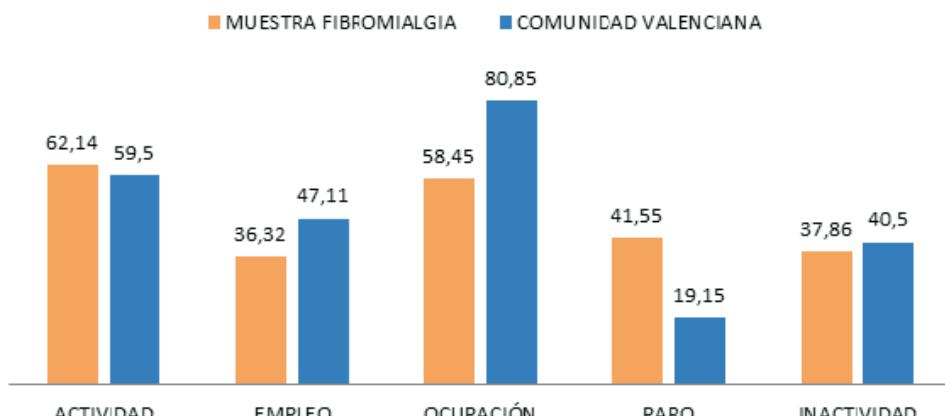
que las pensiones anteriores a la edad de jubilación eran más frecuentes en el grupo con FM que en la población general.

Actividad laboral. Los pacientes de FM sufrían dificultades laborales de gran impacto. La tasa de paro fue muy alta (más del 41%), duplicando la de la Comunidad Valenciana (según la *Encuesta de población activa* del cuarto trimestre de 2016 del Instituto Nacional de Estadística). Este elemento es especialmente grave si tenemos en

cuenta la baja tasa de empleo, que actúa, como sabemos, de catalizador interpretativo de la gravedad relativa de la tasa de paro, y que se ubicó en el 36%, más de 10 puntos por debajo de la tasa autonómica (figura 4).

Además, y como es frecuente cuando de empleo se trata, la situación de las mujeres era de peor consideración: una tasa de paro que alcanzó a cerca del 50% de las activas en un contexto de empleo de muy bajo dinamismo (no

Figura 4
Tasas de mercado laboral: Muestra y Comunidad Valenciana.



llegaba al 32% de tasa de empleo específica), daba cuenta de un perfil laboral muy dañado.

Parece evidente que la FM dificultaba o imposibilitaba la actividad laboral, con un porcentaje muy elevado de personas extramuros del mercado de trabajo, o con fuertes rotaciones entre el empleo y el desempleo, o entre la actividad y las bajas temporales por enfermedad, como veremos.

En efecto, entre los pacientes que trabajaban, las bajas laborales fueron frecuentes, con un promedio de bajas en 2016 del 21% de los activos, y una media de 96 días por baja. En la Comunidad Valenciana, de acuerdo con las estadísticas sobre invalidez temporal que emite el Instituto Nacional de la Seguridad Social (www.mitramiss.gob.es), en el año 2016 causaron baja un 29,21 por mil de trabajadores asegurados (2,9%). La misma fuente informa que la duración promedio de las bajas durante 2016 fue de 65 días. Una abrumadora mayoría de las bajas (92%) se produjo por enfermedad común.

Mediante el cálculo de la moda de los meses del año, observamos que los meses más frecuentes de

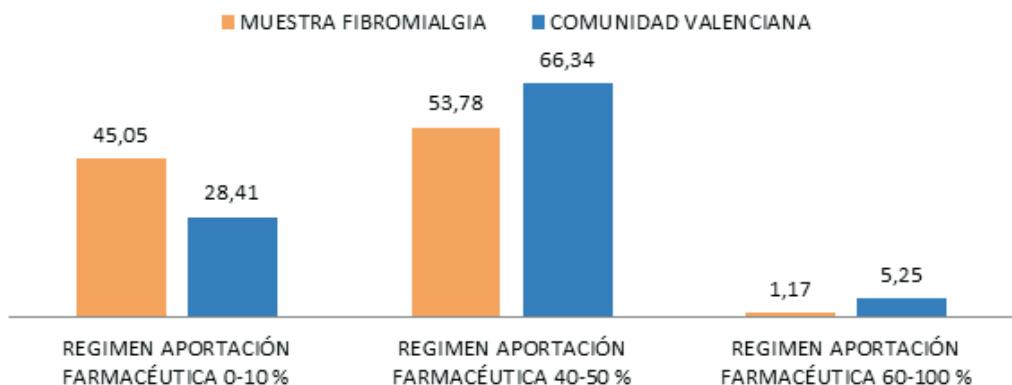
inicio de las bajas fueron los meses invernales de enero y febrero.

Las bajas más frecuentes se produjeron por lumbago (8,4%), estados de ansiedad (4,5%), cervicalgia (4,3%), trastornos depresivos (2,7%) y la propia FM (2,5%). Sin embargo, las bajas más duraderas se derivaron, por este orden, de dolores articulares, ciática y trastornos depresivos y distímicos. La FM como diagnóstico principal tuvo una duración media de 89 días de baja.

Nivel económico. En relación con el estatus socioeconómico, pudimos observar que las personas con FM tenían rentas bajas. El 78,43 por ciento tenía ingresos inferiores a los 18.000 euros anuales, una constatación que era más grave en el caso de las mujeres (80,18%) que en el de los hombres (75,28%). El porcentaje más elevado de la muestra general estaba representado por la mujeres activas con rentas bajas (25%), seguidas de las mujeres pensionistas en la misma situación (21%).

Los niveles de renta, observados de acuerdo con el régimen de aportación farmacéutica

Figura 5
Régimen de Aportación Farmacéutica: comparativa Muestra de fibromialgia y Comunidad Valenciana (porcentaje sobre total de personas).



y en relación con el total poblacional de la Comunidad Valenciana, eran más bajos entre la población con FM. Los pacientes con el nivel más bajo de renta (aportaciones del 0 a 10%) supusieron el 45% de la muestra, mientras que en la población general de la Comunidad Valenciana los sujetos con tales aportaciones se ubicaron en el 28% (**figura 5**).

Relacionado con lo anterior, no es en absoluto desdeñable el hecho de que el 15,81% de las personas de nuestra muestra fueron identificadas en las fuentes sanitarias como “*personas en riesgo de exclusión social*”, caso más acusado en el caso de las mujeres, donde ascendía hasta el 17,04%.

DISCUSIÓN

De acuerdo con nuestros resultados, la prevalencia de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana (3,7%) es la mayor de entre las medias consideradas, situándose 1,3 puntos por encima de la media española y 1,6 puntos por encima de la mundial. La prevalencia femenina fue del 4,5% y la masculina del 2,9%, encontrándose ésta última entre las más altas prevalencias masculinas del mundo⁽⁴⁾. En el caso de las mujeres, los resultados comparativos son más homogéneos (0,3 puntos más que la media española y 1,1 punto por encima de la mundial). En relación con los hombres, la prevalencia más alta sigue siendo la de la Comunidad Valenciana, con un resultado más abultado en este caso que en el de las mujeres. La prevalencia de los hombres en la Comunidad Valenciana (2,9%) se ubica 2,7 puntos por encima de la media española (0,2%⁽⁷⁾) y 1,9 puntos por encima de la media mundial (0,95%⁽³⁾). Si consideramos la razón mujer-hombre, en el caso de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana (2 mujeres por cada varón) es una de las menores razones halladas entre los países estudiados, con resultados comparables solo en Alemania⁽⁵⁾ y Finlandia⁽⁶⁾. Concretamente, dentro de nuestras

fronteras, la razón mujer-hombre obtenida para la Comunidad Valenciana es la menor de los estudios de prevalencia realizados en España, como EPISER⁽⁷⁾, EPIDOR⁽⁸⁾, la razón anunciada en la Guía Ministerial sobre fibromialgia de 2011⁽¹⁾, o los estudios de Branco⁽⁶⁾ o Regal Ramos⁽⁹⁾.

De todos los estudios revisados, la prevalencia de FM en la Comunidad Valenciana (3,7%) solo se reproduce en parámetros similares en Italia (3,7%)⁽¹¹⁾, Portugal (3,6%)⁽¹¹⁾ y Bangladés (3,6%)⁽¹²⁾. Porcentajes mayores a los de la Comunidad Valenciana solo aparecen en Turquía (8,8%) y Túnez (9,3%), ambos considerados por Queiroz⁽¹²⁾ en su revisión. En el caso de las mujeres, teniendo en cuenta los estudios revisados que comprueban la prevalencia según sexos, nuestra prevalencia autonómica solo es mayor en Italia (5,5%)⁽¹¹⁾, Portugal (5,2%)⁽¹¹⁾, Turquía (12,5%)⁽¹²⁾, Bangladés (6,2%)⁽¹²⁾ y Canadá (6,2%)⁽¹³⁾. En relación con los hombres, sólo Turquía (5,1%)⁽¹²⁾ presenta un peor resultado, y solo observamos una cierta proximidad en Alemania (2,5%)⁽¹¹⁾.

En relación con la incidencia, Queiroz⁽¹²⁾ cita un interesante estudio de Weir et al de 2006⁽¹⁴⁾ donde se determinaba que la incidencia de la FM para los hombres es de 6,88 nuevos casos por cada 1.000 personas/año, y para las mujeres de 11,28 nuevos casos por cada 1.000 personas/año. En el mismo trabajo, Queiroz se apoya en un trabajo de Forseth realizado entre mujeres de 26 a 55 años en Noruega, con una incidencia encontrada del 5,83 por mil habitantes/año. En nuestro trabajo, la incidencia de la FM en la Comunidad Valenciana presenta un promedio anual de 5,39 casos por cada mil habitantes/año. En 2016, la incidencia fue de 6,76 casos nuevos por cada mil habitantes, con 5,73 en el caso de los hombres y 7,77 entre las mujeres.

En relación con la edad, nuestros resultados describen un agrupamiento de la FM en edades

comprendidas entre los 41 y los 60 años (39%). Más específicamente, en nuestra distribución muestral, el grupo etario con mayor presencia es el de 51 a 60 años (20%) y el de 41 a 50 (19%). La media de nuestros resultados (IC 95%) fue de 54,04 (53,70-54,39), con una mediana de 54 y una moda de 60.

Estos resultados son coherentes con la mayoría de los estudios de prevalencia analizados. Así, en el estudio EPISER⁽⁷⁾, los grupos mayoritarios también son los de edades comprendidas entre los 40-49 y 50-59 años. En el estudio EPIDOR⁽¹⁵⁾, sobre su muestra de personas en consultas reumatólogicas, hallan una media de 49 años, con la mayor prevalencia en el grupo etario de 46 a 65 años. En el estudio EPIFFAC⁽¹⁶⁾, la media de edades de su muestra de 325 personas es de 52 años. El trabajo de Regal Ramos (2015)⁽⁹⁾ se realiza sobre una muestra donde la mediana de edad es de 53 años y con un grupo etario mayoritario de 46 a 60 años. Por su parte, Mur et al⁽¹⁷⁾, en su muestra catalana, registra una edad media de 55 años.

Wolfe⁽¹⁸⁾, en su estudio en Kansas, encuentra los grupos más representados entre los 50 y los 79 años, aunque en este caso el rango más elevado es el de mayores edades (70-79 años). Sin embargo, el mismo autor, con una muestra de 2.321 pacientes de FM en Estados Unidos, encuentra una media de 52 años (Wolfe et al⁽¹⁹⁾). En el estudio sociodemográfico de Bennett et al⁽²⁰⁾, la muestra tiene una media de edad de 47,3 años. Walitt et al⁽²¹⁾, en su reciente estudio epidemiológico en Estados Unidos (2015), encuentra la mayor prevalencia en el grupo entre los 50 y 59 años.

Parece confirmarse que las personas con FM tienen bajos niveles económicos, como lo confirman los estudios EPISER⁽⁷⁾, EPIDOR⁽¹⁵⁾ y de Wolfe et al⁽¹⁸⁾. En nuestro caso, comprobamos que los niveles de renta inferiores a 18.000 euros anuales representan al 78,4% de la muestra.

Hemos comentado que, en comparación con los datos de la población general de la Comunidad Valenciana⁽¹⁰⁾, los pacientes con el nivel más bajo de renta (aportaciones del 0 a 10%) supusieron el 45% de nuestra muestra, mientras que en la población general se ubicaron en el 28%.

Es evidente la relación entre la actividad laboral y los ingresos económicos. Así, en nuestro trabajo se comprueba que la actividad laboral está seriamente comprometida entre los pacientes con FM, especialmente entre las mujeres afectadas. En efecto, el porcentaje de personas que trabajan es del 36,10% de la muestra (46,69% en el caso de los hombres y 31,84% en el de mujeres). Los porcentajes de personas que trabajan sobre las muestras de FM en diversos estudios son coherentes con nuestros resultados: 32,7% en el EPISER⁽⁷⁾, 34% en el EPIFFAC⁽¹⁶⁾, y aún más bajos porcentajes en el estudio de Mur et al (18,3%)⁽¹⁷⁾.

Como en nuestro caso, de la lectura de los diferentes trabajos que diseccionan la actividad laboral de las personas con FM se colige la baja participación en el mercado de trabajo. Nuestros resultados confirman que el 63,3% de la muestra no participa en el mercado laboral, bien por jubilación o invalidez prematura (32,7%), bien por discapacidad (4,9%), bien por encontrarse en situación de desempleo o en baja temporal (25,66%). En el caso de los estudios consultados nos encontramos con porcentajes de inactividad laboral similares: 67,3% en el EPISER⁽⁷⁾, 66% en el EPIFFAC⁽¹⁶⁾ y cerca del 80% en el caso del estudio de Mur et al⁽¹⁷⁾. Sin embargo, resulta difícil comparar los resultados segregados de la inactividad, porque cada estudio dilucida segmentaciones poblacionales diversas, por ejemplo, incluyendo o no las bajas laborales o las pensiones por discapacidad en el mismo epígrafe.

Observamos, en todo caso, que se mantienen porcentajes de actividad e inactividad similares

en los estudios considerados y en nuestros resultados. Parece evidente que la FM dificulta o imposibilita la actividad laboral, con un porcentaje muy elevado de personas fuera del mercado de trabajo, o con fuertes rotaciones entre el empleo y el desempleo, o entre la actividad y las bajas temporales por enfermedad. Las pensiones prematuras por invalidez son elevadas: en nuestra muestra, un total de 1.713 de los pensionistas de la muestra tienen edades inferiores a los 65 años.

El presente trabajo adolece de un conjunto de limitaciones que sería deseable subsanar en posteriores investigaciones. Así, hemos constatado la elevada prevalencia de la FM en la Comunidad Valenciana, por encima de los resultados en otras latitudes, pero desconocemos las causas que provocan este efecto. Tal vez el clima pueda jugar un papel de importancia en la FM, como en otras enfermedades reumatólogicas. Se puede estar produciendo en la Comunidad Valenciana un sobredimensionamiento del diagnóstico, aunque las guías de protocolos estatal y autonómica no difieren en sus criterios diagnósticos sustancialmente. No podemos cuantificar qué papel juega la mayor formación y sensibilidad de los médicos de atención primaria respecto al síndrome en el aumento de casos diagnosticados. También, debemos realizar más estudios que expliquen la elevada prevalencia masculina de la FM en la Comunidad Valenciana, que se encuentra por encima de los estándares comparativos de otras localizaciones geográficas. Sería necesario, así mismo, profundizar en la relación entre la edad y el sexo respecto de la fibromialgia y las variaciones encontradas. En relación con la procedencia geográfica, desconocemos si las diferencias entre la composición de nuestra muestra y la distribución general de la Comunidad Valenciana se producen como consecuencia de la FM o por el agrupamiento territorial de colonias de extranjeros en

diferentes localizaciones de la Comunidad. Se requerirá profundizar más en este ámbito para llegar a conclusiones firmes.

Hemos comprobado que la fibromialgia es una patología de alta prevalencia en la Comunidad Valenciana, alcanzando el 3,7% del total poblacional, siendo superior a la media española (2,4%) y a las medias estimadas de Europa (2,3%) y del mundo (2,1%). En diciembre de 2016 había en la Comunidad Valenciana 183.429 personas con fibromialgia, con una tasa de incidencia también elevada, ubicándose en 2016 en 6,8 nuevos casos por cada mil habitantes/año, dando cuenta de una manifiesta tendencia al crecimiento de una patología que se perfila como un problema importante de salud pública.

Hemos visto que la caracterización socio-demográfica en la muestra estudiada dibuja un perfil de personas en torno a los 54 años de edad. Son mujeres en un alto porcentaje, aunque la muestra analizada, al igual que los resultados epidemiológicos de la Comunidad Valenciana, presentan una prevalencia masculina de especial preocupación en comparación con los análisis de otras latitudes territoriales, nacionales e internacionales.

Los niveles de renta de los pacientes son muy bajos, con una actividad laboral seriamente comprometida, una muy baja tasa de empleo, un elevado absentismo laboral, jubilaciones prematuras y un elevado porcentaje de acreditaciones asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Collado A, Cuevas MD, Estrada MD, Flórez MT, Giner V, Marín J et al. Fibromialgia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
2. Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. Reumatol

- Clin. 2006; 2 suppl 1: S55-66. doi: 10.1016/S1699-258X(06)73084-4.
3. Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Med Clin (Barc)*. 2017; 149: 441-448. doi: 10.1016/j.medcli.2017.06.008.
4. Cabo-Meseguer A. Análisis epidemiológico de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana [tesis doctoral]. Valencia. Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”. 2019. Ref. TESEO: 436338_1168682.pdf.
5. Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care Res.* 2013; 65: 777-85. doi: 10.1002/acr.21931.
6. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abello J, Blotman F, Spaeth M et al. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five european countries. *Semin Arthritis Rheum.* 2010 Jun; 39: 448-53. doi: 10.1016/j.semarthrit.2008.12.003.
7. Mas AJ, 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; 26: 519-26. PMID: 18799079.
8. Carbonell J, Tornero J, Gabriel R, Monfort J. Subestudio de fibromialgia. En: SER-F Grunenthal: EPIDOR. SER- F Grunenthal, Madrid: Edipharma; 2003. p. 101-17.
9. Regal Ramos RJ. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados por fibromialgia en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. *Semergen.* 2017;43: 28-33. doi: 10.1016/j.semerg.2015.12.015.
10. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Memoria de Gestión 2016. Generalitat Valenciana. Gabinete técnico servicio de documentación publicaciones y estadísticas. Valencia. Julio de 2017.
11. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abello J, Blotman F, Spaeth M et al. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five european countries. *Semin Arthritis Rheum.* 2010 Jun; 39:448-53. doi: 10.1016/j.semarthrit.2008.12.003.
12. Queiroz LP. Worldwide Epidemiology of Fibromyalgia. *Curr Pain Headache Reports.* 2013; 17: 1-6. doi: 10.1007/s11916-013-0356-5.
13. White KP. An epidemiologic study of fibromyalgia in a representative community simple: the London Fibromyalgia Epidemiology Study (LFES). London, Ontario. The University of Western Ontario. 1998.
14. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, Lyon JL. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. *J Clin Rheumatol.* 2006; 12: 124-8. doi: 10.1097/01.rhu.0000221817.46231.18.
15. Gamero F, Gabriel R, Carbonell J, Tornero J, Sánchez-Magro I. El dolor en las consultas de Reumatología españolas: estudio epidemiológico EPIDOR. *Rev Clin Esp.* 2005; 205:157-63. PMID: 15860186.
16. Collado A, Gómez E, Coscolla R, Sunyol R, Solé E, Rivera J et al. Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: an epidemiological study: EPIFFAC study. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14: 513. doi: 10.1186/s12913-014-0513-5.
17. Mur Martí T, Llordés Llordés M, Custal Jordà M, López Juan G, Martínez Pardo S. Perfil de pacientes con fibromialgia que acuden a los centros de atención primaria en Terrassa. *Reumatol Clin.* 2017;13:252-57. doi: 10.1016/j.reuma.2016.05.008.
18. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of Fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum.* 1995; 38: 19-28. doi: 10.1002/art.1780380104.

19. Wolfe F, Walitt B, Katz RS, Häuser W. Social security work disability and its predictors in patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res.* 2014; 66: 1354-63. doi: 10.1002/acr.22305.
20. Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, Matallana L. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia.
- BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2007;8: 27. doi: 10.1186/1471-2474-8-27.
21. Walitt B, Nahin RL, Katz RS, Bergman MJ, Wolfe F. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PLoS One.* 2015; 10. doi: 10.1371/journal.pone.0138024.