



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado Ciencias de la Salud

Estudio sobre la prevalencia e impacto de suelo pélvico en
mujeres con fibromialgia respecto a sujetos control.

Autor:

María Dolores Carrillo Izquierdo

Directores:

Dra. D^a. Elena Pita Calandre

Dr. D. Francisco Javier Hidalgo Tallón

Dra. D^a. María del Carmen Conesa Fuentes

Murcia, mayo de 2017



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado Ciencias de la Salud

Estudio sobre la prevalencia e impacto de suelo pélvico en
mujeres con fibromialgia respecto a sujetos control.

Autor:

María Dolores Carrillo Izquierdo

Directores:

Dra. D^a. Elena Pita Calandre

Dr. D. Francisco Javier Hidalgo Tallón

Dra. D^a. María del Carmen Conesa Fuentes

Murcia, mayo de 2017



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DE LO/S DIRECTOR/ES DE LA TESIS
PARA SU PRESENTACIÓN

La Dra. D^a. Elena Pita Calandre y el Dr. D. Francisco Javier Hidalgo Tallón como Directores de la Tesis Doctoral titulada “Estudio sobre la prevalencia e impacto de suelo pélvico en mujeres con fibromialgia respecto a sujetos control” realizada por D. María Dolores Carrillo Izquierdo en el Departamento de Ciencias de la Salud , **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 30 de mayo de 2017

Resumen

Antecedentes y objetivos:

La disfunción del suelo pélvico femenino incluye tres tipos principales de trastornos, que son la incontinencia urinaria, la incontinencia anal y el prolapso de órganos pélvicos. Aunque su prevalencia exacta es desconocida, debido a consideraciones metodológicas sobre el diagnóstico preciso de cada tipo de patología y al hecho de que las mujeres son reacias a consultar al médico en relación con este tipo de síntomas, se reconoce generalmente que es elevada y, probablemente, esté subestimada.

La fibromialgia es un síndrome doloroso crónico que incluye una sintomatología muy compleja además del dolor crónico generalizado. Se reconoce como un síndrome de sensibilidad central (CSS) y se ha demostrado que tiene una comorbilidad sustancial con otras CSS y también con diversas enfermedades orgánicas.

Varios factores sugieren la existencia de un vínculo entre la fibromialgia y los trastornos de la disfunción del suelo pélvico. En la fibromialgia hay mayor sensibilidad a diferentes estímulos sensoriales como luces o ruidos; también se han descrito anomalías sensoriales en algunos tipos de trastornos del suelo pélvico. La desadaptación muscular, que se beneficia del entrenamiento regular del ejercicio, es también una característica compartida entre ambos trastornos. La cistitis intersticial, que se considera asociada a la disfunción del suelo pélvico, también es frecuente entre las mujeres con fibromialgia. El síndrome de intestino irritable, una afección frecuentemente comórbida de la fibromialgia, puede asociarse a incontinencia anal. Por último, la obesidad y el sobrepeso, común entre los pacientes con fibromialgia, se ha asociado a la incontinencia urinaria y anal, así como al prolapso de órganos pélvicos.

Las similitudes mencionadas anteriormente sugieren que la disfunción del suelo pélvico podría ser más frecuente entre las mujeres con fibromialgia que entre las mujeres de la población general. El objetivo principal del presente estudio fue evaluar la plausibilidad de esta hipótesis. Los objetivos secundarios consistieron en comparar, entre las mujeres con fibromialgia y las mujeres del grupo control (CRL) que presentaron síntomas de disfunción del suelo pélvico, las siguientes variables: el malestar y el impacto producido por esta sintomatología, la depresión, la ansiedad, la calidad de vida y la función sexual. Un objetivo adicional, sólo en mujeres con fibromialgia y síntomas de disfunción del suelo pélvico, fue relacionar el malestar y el impacto de los síntomas del suelo pélvico con la gravedad de la fibromialgia.

Sujetos y métodos:

Se realizó una encuesta dirigida a pacientes con fibromialgia y a mujeres control procedentes de la población general que incluía los siguientes elementos: datos sociodemográficos y clínicos, una lista de síntomas relacionados con la disfunción del suelo pélvico, el inventario del malestar del suelo pélvico (PFDI-20), el cuestionario del impacto del suelo pélvico (PFIQ-7), el cuestionario de salud (SF-12), el cuestionario de salud del paciente - 9 ítems (PHQ-9), el índice de gravedad insomnio (ISI), el inventario de ansiedad de rasgo y de estado (STAI), el inventario breve del dolor (BPI), el cuestionario de los cambios de la función sexual (CSFQ) y, sólo para mujeres con fibromialgia, el cuestionario de impacto de la fibromialgia revisado (FIQ-R).

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, la prueba t de Student, la prueba exacta de Fisher, la prueba de Chi cuadrado y la correlación de Pearson.

Resultados:

En el estudio participaron 226 mujeres con fibromialgia y 220 mujeres del grupo control. Doscientas veinte mujeres con fibromialgia (97,3%) y 140 mujeres control (63,1%) refirieron padecer síntomas relacionados con la disfunción del suelo pélvico, siendo la diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa ($p < 0,0001$).

Tanto el malestar como el impacto causados por los síntomas de la disfunción del suelo pélvico fueron significativamente mayores entre las mujeres con fibromialgia que en las controles ($p < 0,001$ y $p = 0,0128$, respectivamente). La calidad de vida fue significativamente mejor en los controles que en las pacientes con fibromialgia ($p < 0,001$, tanto para el componente físico como el mental). La depresión fue más frecuente en las pacientes con fibromialgia que en las controles (80,4% versus 25,0% respectivamente, $p < 0,0001$). La ansiedad, por el contrario, fue muy frecuente en ambos grupos, siendo la ansiedad-rasgo más frecuente en el grupo control ($p = 0,0005$). Los trastornos del sueño estuvieron presentes en el 91,8% de las pacientes con fibromialgia y en el 42,2% de las controles ($p < 0,001$). El dolor corporal fue significativamente mayor en las pacientes con fibromialgia que en las controles ($p < 0,0001$). La disfunción sexual fue experimentada por el 68,6% de las pacientes con fibromialgia y por el 30,0% de las controles ($p < 0,0001$).

Hubo una correlación positiva entre las puntuaciones del FIQR y las puntuaciones de PFDI-20 ($r^2 = 0,32$, $p < 0,0001$) y la PFIQ-7 ($r^2 = 0,38$, $p < 0,0001$).

Conclusiones:

De los resultados mencionados se puede concluir que los síntomas relacionados con la disfunción del suelo pélvico son muy frecuentes entre las pacientes con fibromialgia con una prevalencia significativamente superior a la de las mujeres de la población general. Tanto el malestar como el impacto

10

producidos por los síntomas relacionados con la disfunción del suelo pélvico fueron significativamente mayores entre las pacientes con fibromialgia que entre las controles con sintomatología similar. Las medidas de malestar psicosocial, con la notable excepción de la ansiedad, también fueron peores en las mujeres con fibromialgia. La gravedad de la fibromialgia se correlacionó positivamente con el malestar y el impacto causado por la sintomatología de la disfunción del suelo pélvico.

Descriptores: suelo pélvico, fibromialgia, incontinencia fecal, incontinencia urinaria, prolapso de los órganos pélvicos, calidad de vida.

ABSTRACT

Background and aims:

Female pelvic floor dysfunction includes three main kind of disorders, namely urinary incontinence, anal incontinence and pelvic organ prolapse. Although their exact prevalence is not well known due both to methodological considerations concerning the precise diagnosis of each condition and to the fact that women are reluctant to consult the physician in relation of this kind of symptoms, it is generally acknowledged that it is high and, probably, underestimated.

Fibromyalgia is a chronic painful syndrome which includes a very complex symptomatology in addition to chronic generalized pain. It is recognized as a central sensitivity syndrome (CSS) and it has been shown to have a substantial comorbidity with other CSSs and also with several organic diseases.

Several factors suggest the existence of a link between fibromyalgia and pelvic floor dysfunction disorders. In fibromyalgia there is an increased sensitivity to different sensory stimuli such as lights or noises, and sensory abnormalities have also been described in some types of pelvic floor disorders. Muscular unadjustment that benefits from regular exercise training is also a shared feature between both disorders. Interstitial cystitis, a disorder considered to be associated to pelvic floor dysfunction is prevalent among women with fibromyalgia. Irritable bowel syndrome, also a frequently comorbid condition of fibromyalgia, can be associated to anal incontinence. Finally, obesity and overweight, common among fibromyalgia patients, has been associated to urinary and anal incontinence, as well as to pelvic organ prolapse.

The above mentioned similarities suggest that pelvic floor dysfunction could be more prevalent among women with fibromyalgia than among women from the general population. The main objective of the present study was to evaluate the plausibility of this hypothesis. Secondary objectives included to compare, among women with fibromyalgia and control women exhibiting symptoms of pelvic floor dysfunction, the following variables: the distress and the impact produced by this symptomatology, depression, anxiety, quality of life and sexual functioning. An additional objective, only in women with fibromyalgia and symptoms of pelvic floor dysfunction, was to relate the distress and impact of pelvic floor symptoms with the severity of the disease.

Subjects and methods:

We performed a survey addressed to patients with fibromyalgia and control women from the general population that included the following items: sociodemographic and clinical data, a checklist of symptoms related with pelvic floor dysfunction, the Pelvic Floor Distress inventory Short Form (PFDI 20), the Pelvic Floor Impact Questionnaire Short Form (PFIQ-7), the Patient Health Questionnaire-9 Item (PHQ-9), the Insomnia Severity Index (ISI), the Medical Outcomes Study Short Form 12-Item (SF-12), The State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Brief Pain Inventory (BPI), the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ), and, only for women with fibromyalgia, the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR).

Data were analyzed descriptive statistics, Student's t test, Fisher exact test, Chi square test and the Pearson's correlation.

Results:

Two hundred and twenty-six women with fibromyalgia and 220 control women participated in the study. Two hundred twenty women with fibromyalgia (97,3%) and 140 control women (63,1%) reported to suffer symptoms related with pelvic floor dysfunction being the difference between both groups statistically significant ($p<0001$).

Both the distress and the impact caused by the symptoms of pelvic floor dysfunction were significantly higher among women with fibromyalgia than in controls ($p<0.001$ and $p=0.0128$ respectively). Quality of life was significantly better in controls than in patients with fibromyalgia ($p<0.001$ both either for the physical and the mental components). Depression was more frequent in patients with fibromyalgia than in controls (80.4% versus 25.0% respectively, $p<0.0001$). Anxiety, on the contrary, was fairly frequent in both groups, trait-anxiety being more frequent in the control group ($p=0.0005$). Sleep disturbances were present in 91.8% of patients with fibromyalgia and in 42.2% of controls ($p<0.001$). Bodily pain was significantly greater in patients with fibromyalgia than in controls ($p<0.0001$). Sexual dysfunction was experienced by 68.6% of patients with fibromyalgia and by 30.0% of controls ($p<0.0001$).

There was a positive correlation between the scores of the FIQR and the scores of PFDI-20 ($r^2=0,32$, $p<0.0001$) and the PFIQ-7($r^2=0.38$, $p<0.0001$).

Conclusions:

From the above mentioned results it can be concluded that symptoms related with pelvic floor dysfunction are highly frequent among patients with fibromyalgia with a prevalence significantly higher than in women from the general population. Both the distress and impact associated to this symptomatology were significantly higher among patients with fibromyalgia and

symptoms related with pelvic floor dysfunction than among controls with similar symptomatology. Measures of psychosocial distress, with the notable exception of anxiety, were also worse in women with fibromyalgia. Fibromyalgia severity was positively correlated with the distress and impact caused by the pelvic floor dysfunction symptomatology.

Descriptors: pelvic floor, fibromyalgia, fecal incontinence, urinary incontinence, pelvic organ prolapse, quality of life.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos.-

Llegado este punto, quiero agradecer en primer lugar, a mis directores de tesis la dedicación y el trabajo intenso durante este período de tiempo. En primer lugar, quiero agradecer a la Dra. Elena Pita la paciencia y el esfuerzo invertido en mí. Gracias por pasar del plano profesional al personal con “Becherovka” incluido. Siempre te estaré agradecida y decirte que eres mi “mamá científica”.

Al Dr. Francisco Javier Hidalgo, gracias por querer que tu “jefa” sea la mía. Nunca olvidaré lo fundamental que fuiste en un momento clave para mí. Gracias por hacerme copartícipe de tus proyectos.

A la Dra. Mamen Conesa, gracias por estar desde el principio de mi andadura académica. Primero fue la diplomatura, después fue el trabajo Fin de Master y ahora, la tesis. Gracias por estar a mi lado siempre.

A mi marido, has sido la pieza angular para que haya podido realizar este trabajo. Simplemente: gracias.

A mis hijas, a mis padres y a mi familia en general que siempre han estado junto a mí, apoyándome y ayudándome para que pudiera dedicarle tiempo a este trabajo. Gracias por entenderme al sacrificar algunos momentos puntuales.

A mi amiga Virgi, las dos sabemos lo que nos ha costado y lo que hemos sacrificado durante este largo proceso. LO HEMOS CONSEGUIDO!

A las personas que me “forman” y se han preocupado por mí en especial a la Dra. Di Marco y al Dr. García Clavel.

Por último, a todas las mujeres que han participado en este estudio, tanto las mujeres con fibromialgia como las mujeres que han formado el grupo control, por haber hecho posible la realización del mismo. A las propietarias de los Blogs que

16

me pusieron a su disposición su instrumento virtual con la esperanza de que se investigue para mejorar la calidad de vida de esta enfermedad.

“Quien no avanza, retrocede”
(San Gregorio Magno, Regla Pastoral,
en Obras Completas, Madrid 1958,3, 34.)

ÍNDICE GENERAL

AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	31
1.1 Disfunción del suelo pélvico.....	31
1.1.1. Concepto, estructura y función del suelo pélvico.....	31
1.1.2. Disfunción del suelo pélvico: concepto, clasificación y epidemiología.....	35
1.1.2.1. Incontinencia urinaria.....	36
1.1.2.2. Incontinencia fecal.....	37
1.1.2.3. Prolapso de los órganos pélvicos (POP).....	38
1.1.3. Etiología de la disfunción del suelo pélvico.....	39
1.1.4. Pruebas diagnósticas de la disfunción del suelo pélvico.....	40
1.1.5. Prevención y tratamiento de las patologías del suelo pélvico..	41
1.2. Fibromialgia: concepto, sintomatología y criterios diagnósticos.....	43
1.2.1. Epidemiología y comorbilidad de la fibromialgia.....	47
1.2.2. Etiopatogenia de la fibromialgia.....	48
1.2.2.1. Etiología.....	48
1.2.2.2. Patogenia.....	49
1.2.2.2.1. Anomalías del sistema nervioso central.....	49
1.2.2.2.2. Alteraciones neuroendocrinas.....	51
1.2.2.2.3. Alteraciones en la arquitectura del sueño.....	51
1.2.3. Tratamiento de la fibromialgia.....	52

	21
1.2.3.1. Tratamiento no farmacológicos.....	52
1.2.3.1.1. Educación.....	52
1.2.3.1.2. Ejercicio.....	53
1.2.3.1.3. Psicoterapia.....	54
1.2.3.1.4. Terapias alternativas y complementarias.....	55
1.2.3.2. Tratamiento farmacológico.....	55
1.2.3.2.1. Antidepresivos.....	56
1.2.3.2.2. Gabapentinoideos.....	58
1.2.3.2.3. Tramadol.....	58
1.2.3.2.4. Otros fármacos.....	59
2. CAPÍTULO II: JUSTIFICACIÓN.....	65
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	69
4. CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODOS.....	73
4.1. Sujetos.....	73
4.2. Métodos.....	73
4.2.1. Instrumentos de valoración.....	74
4.2.1.1. “Inventario de malestar de Suelo Pélvico (PFDI-20)”	75
4.2.1.2. “Cuestionario del impacto del Suelo Pélvico (PFDI-20)”	75
4.2.1.3. “Cuestionario de salud (SF-12)”	76
4.2.1.4. “Cuestionario de Salud del paciente -9 ítems (PHQ-9)...76	76
4.2.1.5. “Índice de Gravedad de Insomnio (ISI)”	77
4.2.1.6. “Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)”	77
4.2.1.7. “Inventario Breve de Dolor (BPI)”	78
4.2.1.8. “Cuestionario de cambios de la función sexual (CSFQ)”	78

4.2.1.9. “Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia Revisado (FIQR).....	79
4.2.2. Tamaño muestral.....	79
4.3. Tratamiento y análisis de los datos.....	80
4.4. Ética del estudio.....	81
5. CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	85
5.1. Tamaño muestral y distribución.....	85
5.2. Datos sociodemográficos.....	85
5.3. Datos clínicos.....	87
5.3.1. Fertilidad y ciclo menstrual.....	87
5.3.2. Comorbilidad con patologías de sensibilización central....	90
5.4. Frecuencia de presentación de sintomatología relacionada con la disfunción del suelo pélvico (DSP).....	91
5.5. Malestar del suelo pélvico (PFDI-20).....	93
5.5.1. Sintomatología del prolapso genital (POPDI-6).....	94
5.5.2. Sintomatología colo-rectal-anal (CRADI-8)	97
5.5.3. Sintomatología urinaria (UDI- 6).....	100
5.6. Impacto en el Suelo Pélvico (PFIQ-7).....	102
5.6.1. Sintomatología urinaria (UIQ-7).....	104
5.6.2. Sintomatología colo-rectal-anal (CRAIQ-7).....	107
5.6.3. Sintomatología del prolapso genital (POPIQ-7).....	110
5.7. Aspectos psicosociales.....	113
5.7.1. Calidad de vida (SF-12).....	113
5.7.2. Estado de ánimo (PHQ-9).....	114
5.7.3. Gravedad del insomnio (ISI).....	115
5.7.4. Ansiedad (STAI).....	117

	23
5.7.5. Dolor corporal (BPI).....	118
5.7.6. Función sexual (CSFQ-mujeres).....	119
5.7.8. Impacto de la enfermedad (FIQR) en las mujeres con FM	122
6. CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	127
6.1. Datos sociodemográficos y aspectos clínicos estudiados.....	127
6.2. Frecuencia de presentación de sintomatología relacionada con la DSP.....	130
6.3. Malestar e impacto del suelo pélvico.....	134
6.4. Aspectos psicosociales.....	134
6.5. Dolor corporal e impacto de la fibromialgia.....	141
6.6. Limitaciones.....	143
7. CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.....	147
8. CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA.....	151
9. CAPÍTULO VIII: ANEXOS.....	181
9.1. Anexo 1	
9.2. Anexo 2	
9.3. Anexo 3	

ÍNDICE DE IMÁGENES, DE TABLAS Y DE FIGURAS

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1: Musculatura del periné

Imagen 2: Localización de los dieciocho puntos sensibles de la fibromialgia

Imagen 3: Índice de Dolor Generalizado (IDG), ACR (2010)

Imagen 4: Patogenia y tratamiento en FM

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Variables sociodemográficas de los sujetos de estudio

Tabla 2: Edad de la menarquia, menstruación o menopausia de la población de estudio

Tabla 3: Variables del menstuo de la población de estudio

Tabla 4: Patologías de sensibilización central en la población de estudio

Tabla 5: Sintomatología relacionada con la disfunción del suelo pélvico (DSP) y la edad en la población de estudio

Tabla 6: Malestar en el Suelo Pélvico (PFDI-20)

Tabla 7: Impacto en el Suelo Pélvico (PFIQ-7)

Tabla 8: Calidad de vida (SF-12) respecto al componente físico (PCS) y mental (CSM)

Tabla 9: Sintomatología relacionada con el insomnio en mujeres con FM y CRL

Tabla 10: Ansiedad Estado (STAI/E) y Ansiedad Rasgo (STAI/R) con puntuación inferior o igual a 40 puntos en mujeres con FM y CRL

Tabla 11: Gravedad e impacto del dolor con puntuación inferior y superior o igual a 4 puntos en FM y CRL

Tabla 12: Dimensiones de la función sexual (CSFQ-mujeres) en FM y CRL

Tabla 13: Impacto y sus dimensiones de la FM (FIQ-R) en mujeres con FM

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1: Porcentaje de casos con POPDI-6 inferior y superior a 25 puntos en FM y CRL

Figura 2: Estudio de las variables del (POPDI-6) en FM y en CRL

Figura 2A: Presión en la parte baja del abdomen

Figura 2B: Pesadez en la zona pélvica

Figura 2C: Prolapso vaginal

Figura 2D: Necesidad de empujar para poder defecar

Figura 2E: Sensación de micción incompleta

Figura 2F: Necesidad de empujar para orinar

Figura 3: Porcentaje de casos con CRADI-8 inferior y superior a 25 puntos en FM y CRL

Figura 4: Estudio de las variables del (CRADI-8) en FM y en CRL

Figura 4A: Esfuerzo para defecar

Figura 4B: Tenesmo rectal

Figura 4C: Pérdida involuntaria de heces sólidas

Figura 4D: pérdida involuntaria de heces líquidas

Figura 4E: Pérdida involuntaria de heces gaseosas

Figura 4F: Dolor al defecar

Figura 5: Porcentaje de casos con (UDI-6) inferior y superior a 25 puntos en FM y CRL

Figura 6: Estudio de las variables del (UDI-6) en FM y en CRL

Figura 6A: Orinar con frecuencia

Figura 6B: Pérdida de orina con sensación de urgencia

Figura 6C: Pérdida de orina relacionada con esfuerzos

Figura 6D: Goteo involuntario

Figura 6E: Tenesmo urinario

Figura 6F: Dolor en zona vesical

Figura 7: Porcentaje de casos con (UIQ-7) inferior y superior a 25 puntos en FM y CRL

Figura 8: Estudio de las variables del (UIQ-7) en FM y en CRL

Figura 8A: Impacto sobre las tareas domésticas

Figura 8B: Impacto sobre el ejercicio físico

Figura 8C: Impacto sobre las actividades

Figura 8D: Impacto sobre los viajes

Figura 8E: Impacto sobre actividades sociales

Figura 8F: Impacto sobre salud emocional

Figura 8G: Frustración

Figura 9: Porcentaje de casos con (CRAIQ-7) inferior y superior a 25 puntos en FM y CRL

Figura 10: Estudio de las variables del (CRAIQ-7) en FM y en CRL

Figura 10A: Impacto sobre las tareas domésticas

Figura 10B: Impacto sobre el ejercicio físico

Figura 10C: Impacto sobre las actividades

Figura 10D: Impacto sobre los viajes

Figura 10E: Impacto sobre actividades sociales

Figura 10F: Impacto sobre salud emocional

Figura 10G: Frustración

Figura 11: Porcentaje de casos con (POPIQ-7) inferior y superior a 25 puntos en FM y CRL

Figura 12: Estudio de las variables del (POPIQ-7) en FM y en CRL

Figura 12A: Impacto sobre las tareas domésticas

Figura 12B: Impacto sobre el ejercicio físico

Figura 12C: Impacto sobre las actividades

Figura 12D: Impacto sobre los viajes

Figura 12E: Impacto sobre actividades sociales

Figura 12F: Impacto sobre salud emocional

Figura 12G: Frustración

Figura 13: Cuantificación de la intensidad de la sintomatología depresiva en mujeres con FM y CRL

Figura 14: Correlación entre los valores totales del impacto de la FM (FIQR) y el malestar del suelo pélvico (PFDI-20)

Figura 15: Correlación entre los valores totales del impacto de la FM (FIQR) y el impacto del suelo pélvico (PFIQ-7)

I - INTRODUCCIÓN

I - INTRODUCCIÓN

1.1. DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO

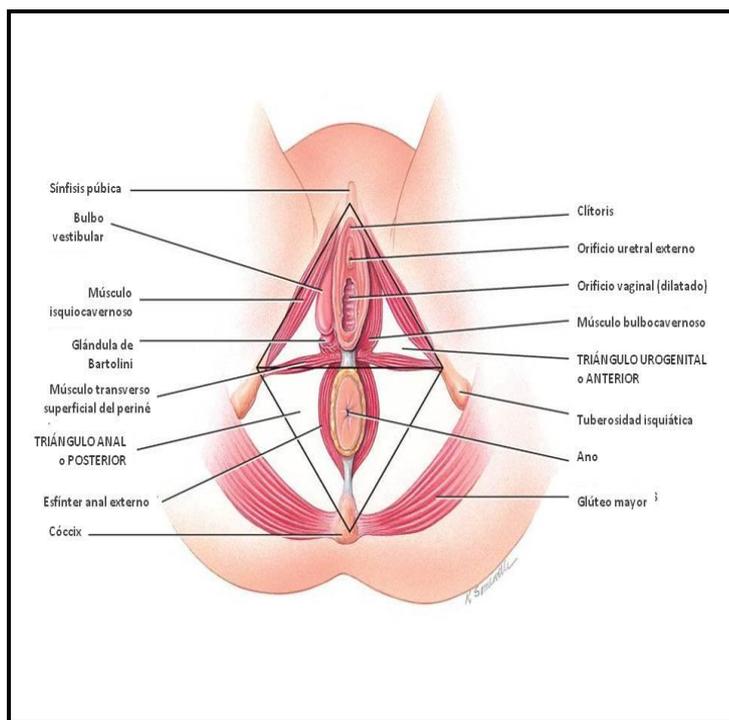
1.1.1. Concepto, estructura y función del suelo pélvico

El “suelo pélvico”, también llamado “perineo” o “periné”, es el conjunto de partes blandas que cierran inferiormente la cavidad pélvica y está formado por una agrupación de estructuras musculares, ligamentosas y esqueléticas que tienen como misión básica sostener las estructuras viscerales localizadas en la pelvis y el abdomen. Tiene una gran importancia ya que sobre él gravitan de una forma más o menos directa los órganos terminales de los aparatos digestivo, urinario y genital. Cabe destacar que el perineo de la mujer está constituido de forma similar que la del hombre excepto la independencia existente a lo largo de su travesía perineal entre los órganos urinarios y los genitales, que se sitúan posteriormente a los primeros, la ausencia de próstata y un desdoblamiento del bulbo del vestíbulo, cuyas dos mitades se sitúan a los lados del orificio vaginal (González & Espuña, 2008; Rouvière, 2005).

La anatomía del suelo pélvico está conformada por un sistema de músculos y ligamentos que cierran el suelo del abdomen conservando el útero, la vagina, la vejiga y el recto en la posición adecuada y en suspensión contrarrestando la fuerza de la gravedad. Está delimitado por un marco osteofibroso con forma de

rombo, formado en la parte anterior por el borde inferior de la sínfisis púbica y las ramas isquípúbicas, y la parte posterior por el vértice del cóccix y los ligamentos sacrociáticos mayores. El perineo está dividido en dos porciones triangulares: la porción anterior se corresponde con el triángulo urogenital (atravesado por la uretra del hombre, y por la uretra y la vagina en la mujer) y la posterior con el triángulo anal (atravesado por el conducto anal). Normalmente, el grupo muscular que lo compone no se ejercita de forma consciente, por lo que es difícil percatarse de su localización en nuestra anatomía (Saladin, 2013) (Imagen 1).

Imagen 1: Musculatura superficial del periné



Fuente: Anatomía funcional del suelo pélvico: PARTE I. ©PhysioWomenHealth. En: <https://physiowomenhealth.wordpress.com/2014/10/30/anatomia-funcional-del-suelo-pelvico/>

La musculatura del suelo pélvico es el nombre colectivo que recibe el conjunto de músculos que lo conforman (Jones, 2102). Partiendo de la base que los músculos y las fascias del periné de la mujer presentan la misma disposición general que los del hombre, las diferencias existentes se deben a que el aparato genital femenino, representado por la vagina a través del periné, es independiente del aparato urinario, constituido en esta región por la uretra. Estos dos conductos, la uretra y la vagina, desembocan en una misma depresión media, denominada vestíbulo de la vagina, que divide en dos mitades laterales el bulbo del vestíbulo y separa los músculos anexos (Rouvière, 2005).

Kearney et al., (2004) propusieron la estandarización de los músculos del suelo pélvico en base a los puntos de origen y la inserción de los mismos de tal forma que se describen tres planos para determinar los músculos que lo componen (Jones, 2012). En el plano profundo se encuentra el músculo elevador del ano formado por tres músculos: ileococcígeo; pubovisceral (que a su vez se subdivide en puborrectal, pubovaginal y pubococcígeo) y coccígeo o isquiococcígeo. En el plano medio se encuentran el músculo transverso profundo del periné y el esfínter externo de la uretra. Y en el plano superficial, se encuentran el esfínter del ano y los músculos isquicavernoso, transverso superficial del periné, bulboesponjoso y constrictor de la vulva o constrictor del vestíbulo de la vagina (Gosling et al, 1981; Shafik & Assad, 2002; Shafik et al., 2003; Rouvière, 2005; Jones, 2012).

La fascia endopélvica es el nombre común que recibe el tejido conectivo que une la vejiga, la uretra, la vagina y el útero (estos dos últimos en el caso de la mujer) a la pared pélvica. En la mujer es distinta respecto al hombre al estar atravesada por la amplia hendidura media que da paso a la uretra y a la vagina, y

está comprendida entre el plano musculofascial superficial y profundo (Ashton-Miller et al., 2001).

Las vísceras pélvicas que están sustentadas por el suelo pélvico son órganos de diferentes sistemas anatómicos:

- Aparato urinario: vejiga y uretra (tracto urinario inferior)
- Aparato genital: vagina y útero
- Aparato gastrointestinal: recto y canal anal

La inervación de los órganos pélvicos y de la musculatura del suelo pélvico es somática y visceral. El sistema nervioso somático tiene una porción aferente (sensitiva) que transmite estímulos desde las estructuras de la pared corporal, extremidades, periné, piso pélvico y peritoneo parietal a la médula espinal, y una eferente (motora) que envía ramas nerviosas a los músculos estriados parietales, extremidades, piso pélvico y periné (Enck & Vodusek, 2006). El sistema nervioso autónomo inerva las diferentes vísceras pélvicas siendo su misión ayudar al control de la micción, la defecación y las relaciones sexuales (Pattern & Hughes, 2008).

El suelo pélvico tiene dos funciones principales; una de ellas es la de sujeción o soporte de los órganos útero, vejiga y recto en el hueco abdominal posibilitando su correcta posición y así, colocarse en perfecto equilibrio; la segunda es la función de cierre de los conductos de la uretra, la vagina y el recto impidiendo la salida de la orina, los gases y las heces al exterior (DeLancey, 1990; Howard et al., 2000; Herschorn, 2004; Pool-Goudzwaard et al., 2004; Baytur et al., 2005; DeLancey, 2005; Ashton-Miller & DeLancey, 2007).

1.1.2. Disfunción del suelo pélvico: concepto, clasificación y epidemiología

La disfunción del suelo pélvico (DSP) se define como “un mal funcionamiento del conjunto muscular que cierra el orificio inferior de la pelvis” (Martínez et al., 2016). El suelo pélvico es capaz de resistir de forma mantenida las altas presiones gracias a su actividad tónica-estática pero, si se produce un debilitamiento de las estructuras músculo-aponeuróticas que forman el suelo pélvico, pueden producirse diferentes patologías englobadas en el concepto de “disfunciones del suelo de la pelvis” más comúnmente conocidas como disfunción del suelo pélvico. Puede darse en ambos sexos pero, dada la mayor complejidad de la pelvis femenina, es más frecuente en la mujer (González & España, 2008). Y que, dado que el objeto de este estudio es la DSP femenina, se referirá exclusivamente a ésta durante el resto del trabajo.

La consecuencia de padecer DSP femenina puede ser la afectación del funcionamiento normal de cualquiera de los órganos alojados en la pelvis menor, es decir, el recto, la vagina, la vejiga y el útero, debido a una combinación de cambios neuropáticos, musculares, fasciales o daños en los tejidos conectivos (García & Cantero, 2000; Shafik et al., 2005; Ashton-Miller, & DeLancey, 2007).

Los trastornos de la DSP en numerosas ocasiones entrañan sentimientos de vergüenza y malestar por parte de las afectadas, retrasando acudir a la consulta médica (Sobanski et al., 2004); su impacto sobre la calidad de vida puede llegar a ser considerable con repercusiones sobre las actividades cotidianas, la actividad laboral y la interacción social con modificación de actividades de ocio e incluso el abandono de muchas de ellas. Tradicionalmente, se ha considerado como un tema tabú por la sociedad y no ha recibido la atención y dedicación necesarias por parte de los profesionales de la salud. Por motivos culturales y/o de pudor, la mujer sufre “su problema” como algo inevitable y natural, no consultando a su

médico en un elevado porcentaje (Reymert & Hunskaar, 1994). La prevalencia estimada respecto a sufrir uno o más trastornos del suelo pélvico en la población femenina estadounidense es del 23,7% (Nygaard et al., 2008; Sung & Hampton, 2009).

La primera clasificación de las patologías asociadas a la DSP femenina se hizo en 1988; posteriormente se actualizó en 2002 y en la más reciente, se clasificó en los siguientes tipos (Abrams et al., 1988; Abrams et al., 2002; Abrams et al., 2010):

1.1.2.1. Incontinencia Urinaria

Según la International Continence Society (ICS) (2010), la incontinencia urinaria se define como “la pérdida involuntaria de orina”. Se estima que un 25% de la población femenina responde que sí a la pregunta de *si ha tenido alguna vez escapes involuntarios de orina*, pero sólo un 7% tendría una incontinencia urinaria con una gravedad que supone una afectación en su calidad de vida (Thüroff et al., 2011).

Existen distintos tipos de incontinencia urinaria entre los que se encuentran (Haylen et al., 2010; Chiang et al., 2013):

- incontinencia urinaria de esfuerzo que es la que se produce como consecuencia de un esfuerzo o al realizar ejercicio físico, por ejemplo actividades deportivas, estornudar o toser (Enríquez, 2006; Cody et al., 2009; Chiang et al., 2013).

- incontinencia de urgencia que es la que se asocia a un impulso o deseo imperativo de orinar.

- incontinencia urinaria postural que es la que se produce con los cambios de la posición corporal, por ejemplo, estar sentada o acostada y levantarse rápidamente, y podría estar relacionado a la incontinencia

urinaria de esfuerzo.

- incontinencia urinaria mixta que es la que se da asociada con la urgencia y también con el esfuerzo, ejercicio físico, estornudar o toser.

- incontinencia urinaria insensible que es la que se da cuando la mujer no es consciente de cómo ocurrió.

- incontinencia urinaria coital que se produce en el momento del coito, este síntoma podría darse en el momento de la penetración y cuando ocurre el orgasmo.

- incontinencia urinaria inespecífica que no reviste ninguna de las características de las anteriores.

1.1.2.2. *Incontinencia fecal*

La incontinencia fecal se define como “la falta de control en la evacuación o la excreción involuntaria de heces sólidas, líquidas o gaseosas fuera del lugar socialmente aceptado” (Norton et al., 2002; Haylen et al., 2010). Al igual que la incontinencia urinaria, la anorrectal tiene un gran impacto psicológico, probablemente superior a la anterior (Lacima & España, 2008).

Las causas de esta incontinencia suelen ser multifactoriales ya que dependen de la anatomía normal de la región anorrectal, la correcta función de los esfínteres anales (interno y externo), de los músculos del suelo pélvico y de la sensibilidad anorrectal. Puede estar provocada por un desequilibrio entre la fuerza de salida de las heces y los mecanismos de resistencia del suelo pélvico y puede ser debido a tres mecanismos: lesión o debilidad en la estructura de los esfínteres, trastornos intestinales y neuropatías. (Varma et al., 2006; Lacima & España, 2008). Respecto a su prevalencia global, existe una gran variabilidad y discrepancia con respecto al tema, sin embargo, algunos autores sugieren un

rango entre 2% y 18% en población general como lo más aceptado (Dunivan et al., 2010; Lim et al., 2014; Patel et al., 2014; Roslani et al., 2014; Jerez-Roig et al., 2015).

Los tipos de incontinencia fecal son (Haylen et al., 2010):

- incontinencia fecal en la que se produce la pérdida involuntaria de heces tanto sólidas como líquidas.
- incontinencia gaseosa que es es la pérdida involuntaria de gases intestinales.
- incontinencia de urgencia fecal y gaseosa es la pérdida involuntaria de heces o gases asociados a un deseo por defecar que no se puede aplazar para otro momento.
- urgencia fecal rectal es el deseo repentino e irresistible de defecar y es difícil de aplazar.

1.1.2.3. *Prolapso de los órganos pélvicos (POP)*

El prolapso genital femenino se define como la protrusión de los órganos pélvicos en el canal vaginal o hacia fuera de éste, es decir, al descenso parcial o total de todos o algunos de los órganos: uretra, vejiga, útero y/o recto, a través de la vagina, se produce debido a un fallo de los medios de sujeción o soporte que fijan estos órganos a la pelvis (Bump et al., 1996; Mouritsen, 2005).

El grado de descenso de los órganos determina la gravedad del prolapso donde la puntuación 0 quiere decir que no hay descenso hasta la puntuación 4 donde el descenso es muy grave y los órganos salen al exterior hasta en reposo (Baden & Walked, 1972; Bump et al., 1996; Haylen et al., 2010; Walker, 2013).

Existen pocos estudios que describan la prevalencia del POP debido a la inconsistencia de la sintomatología, a la consulta tardía que la mujer habitualmente no hace hasta que el prolapso ha superado el plano de la vulva y

comienza a ser sintomático, a los problemas de la normalización del examen vaginal y a la ausencia de estudios de investigación para nuevos tratamientos quirúrgicos (Bump & Norton, 1998; Swift, 2002; Gerten & Richter, 2009). Swift (2002) estimó que el 3-6% de las mujeres pueden desarrollar grados severos de prolapso genital a lo largo de su vida.

Los síntomas del POP femenino, a nivel local, se describen como una sensación de cuerpo extraño en el introito vaginal o de tumoración en los genitales externos experimentados por la mujer. Los síntomas empeoran normalmente por la gravedad, por ejemplo, largos períodos de pie o por hacer ejercicio. Los prolapsos podrían ser más prominentes algunas veces por esfuerzos abdominales, por ejemplo, la defecación (Haylen et al., 2010).

El POP puede reflejarse de distintas formas entre las que se encuentran los síntomas urinarios tales como un aumento de la frecuencia y la urgencia miccional, dificultad de vaciado incompleto e incontinencia de orina con el esfuerzo o asociada a la sensación de urgencia; los síntomas rectales como el estreñimiento y/o defecación obstructiva, tenesmo y urgencia, sensación de evacuación incompleta e incluso incontinencia fecal, y síntomas de disfunción sexual como la dispareunia y dificultad coital (González & Espuña, 2008).

1.1.3. Etiología de la disfunción del suelo pélvico

Debido a la conformación anatómica del complejo vésico-esfinteriano, la mujer presenta mayor riesgo de padecer disfunción del suelo pélvico que el hombre. Los factores de riesgo se pueden clasificar en: predisponentes (genética y raza), facilitadores (estilo de vida, nutrición, obesidad, tabaquismo, menopausia, constipación y medicaciones), descompensadores (envejecimiento, inmovilidad física, enfermedades degenerativas) e incitadores (gravidez, parto vaginal,

cirugías vaginales, lesión muscular y radiación). La interacción de estos factores afecta, en mayor o menor grado, el mecanismo esfinteriano (Torres et al., 2016).

La pérdida de la tonicidad de la musculatura del suelo pélvico es, a menudo, uno de los orígenes asociados a estas disfunciones y, a pesar de ello, todavía son escasos los estudios que se interesan por este tema aunque ha quedado demostrado que el peso, la talla, la edad, la distancia anovulvar, la paridad y el peso del niño no se identifican como factores de riesgo de degeneración del tono del suelo pelviano (Caufriez et al., 2007).

1.1.4. Pruebas diagnósticas de la disfunción del suelo pélvico

El diagnóstico de la disfunción del suelo pélvico debe incluir las mismas etapas clásicas de un examen médico caracterizándose según el tipo de disfunción que presente el individuo, es decir, la anamnesis, el examen físico y las pruebas específicas. Entre estas últimas se encuentran la cartilla miccional, el test de Marshall/Bonje, la ecografía pélvica transvaginal o transabdominal, el estudio urodinámico, la cistomanometría de fase de continencia, el estudio de flujo de presión, el video urodinamia, la uretrocistografía, la pielografía de eliminación, la ecotomografía abdominal y pelviana, la tomografía axial computerizada (TAC) y el pelo-TAC, la citoscopia con biopsia y la rectosigmoidoscopia. Se dispone, asimismo, de unos cuestionarios previamente validados como son el PFDI-20, el PFIQ-7 y el ICQ-SF para evaluar la percepción de los síntomas de la incontinencia urinaria, el malestar y el impacto que la DSP ejerce sobre la persona que la padece, así como sobre su calidad de vida (Chiang et al., 1986; Harvey et al., 2001; Busquets, & Serra, 2012; Chiang et al., 2013).

1.1.5. Prevención y tratamiento de las patologías del suelo pélvico

El abordaje de la DSP es muy complejo; una adecuada prevención podría llegar a evitarlo aunque habría que tener en cuenta que cuando se produce la sintomatología ya está producido el daño. Para poder detectarlo de forma precoz son necesarias la educación en el ámbito de la salud, una continuidad en la realización del ejercicio físico regular y en el reconocimiento o detección de la sintomatología (García et al., 2000). Ospina (2015), tras una revisión bibliográfica, concluye que la DSP corresponde a un conjunto de factores más que a un diagnóstico de etiología única y que, por tanto, requiere un abordaje integral dentro de un modelo biopsicosocial con aproximación multidisciplinaria.

Para Lacima et al., (2008) el tratamiento conservador de las disfunciones del suelo pélvico busca como prioridad la restauración funcional anatómica pero, sobre todo, paliar la sintomatología que dificulta una actividad diaria mediante el adiestramiento de la musculatura del suelo pélvico gracias a ejercicios específicos que ayudarán a promover la elasticidad, movilidad y a disminuir el dolor. Walker (2013) propone que toda mujer, con o sin patología previa, debe aprender a ejercitar esa zona tan importante gracias a los ejercicios, incorporándolos a la vida diaria de forma rutinaria y prolongándose en el tiempo ya que la inactividad aumenta la probabilidad de dos a tres veces de padecer incontinencia. Según algunos estudios, el adiestramiento de los músculos pélvicos gracias a la actividad y a ejercicios dirigidos específicamente para la rehabilitación del mismo, hizo que se produjera un descenso de los episodios de incontinencia y aumentara la fuerza muscular de las participantes estableciendo así la efectividad de los ejercicios para la rehabilitación del suelo pélvico de forma aislada o conjuntamente con otros recursos como la biorretroalimentación o biofeedback (Cammu et al., 2000; Juarranz et al., 2002; Nascimento et al., 2012;).

El tratamiento quirúrgico se considera una opción para resolver uno de los problemas mayoritarios del suelo pélvico como es la incontinencia y sobre todo, la de esfuerzo; aunque, teniendo en cuenta los efectos negativos secundarios post-operatorios, se da un voto de confianza como primera opción a otros métodos menos agresivos y cada vez más extendidos como la rehabilitación de la musculatura mediante métodos de entrenamiento para la recuperación del suelo pélvico (Tejero et al., 2008).

En general, el éxito de la elección del tratamiento está vinculado directamente con la precisión diagnóstica y el conocimiento fisiopatológico que explique la sintomatología que presenta la paciente. El tratamiento de la incontinencia urinaria incluye diversos tipos de tratamientos tales como las terapias con técnicas conductuales, la fisioterapia biofeedback y la rehabilitación del suelo pélvico, la terapia farmacológica, la terapia inyectable periuretral, la toxina botulínica tipo A, la terapia quirúrgica y los dispositivos anti incontinencia (Eustice et al., 2000; Ostaszkievicz et al., 2004; Wallace et al., 2004; Karsenty et al., 2008; Dumoulin, & Hay-Smit, 2010; Duthie et al., 2011; Lipp et al., 2011; Kirchin et al., 2009; Lucas et al., 2012; Chiang et al., 2013).

En el tratamiento de la incontinencia anal, el primer abordaje se basa en actuar sobre los hábitos de vida poco saludables y perjudiciales para este problema. Gracias a la unión de biofeedback y el ejercicio para fortalecer la musculatura pélvica, se han observado buenos resultados realizando un cambio de dieta, evitando el consumo de excitantes como el café o el tabaco, para mejorar y prevenirla. Sin embargo, en casos de mayor gravedad, el abordaje es quirúrgico (Martí-Ragué, 2005; Lacima et al., 2008; Walker, 2013).

En lo que al prolapso se refiere, según el grado de descenso de los órganos, así será la efectividad del tratamiento con ejercicios y rehabilitación (Walker,

2013). Cuando el prolapso es de primero o segundo grado se puede mejorar con la realización de ejercicios de suelo pélvico combinados con otros métodos no invasivos pero los de grado tres y cuatro, su solución suele ser quirúrgica (Hagen & Stark, 2011).

1.2 FIBROMIALGIA: CONCEPTO, SÍNTOMATOLOGÍA Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

La fibromialgia (FM) es un síndrome de dolor crónico generalizado de carácter músculo-esquelético que se acompaña también de numerosos síntomas asociados entre los que se encuentran la fatiga, los trastornos cognitivos, las alteraciones del sueño, la depresión y la ansiedad, la rigidez generalizada, la sequedad de mucosas, las parestesias y la mala tolerancia al esfuerzo. Los pacientes refieren que la sintomatología varía de intensidad en función de distintos factores como la hora del día (se encuentran peor por la mañana), el nivel de actividad, los cambios climáticos, el estrés, la falta de sueño u otros factores sin causa identificable. Por tanto, evitan realizar cualquier tipo de ejercicio dando lugar a una intolerancia a la actividad afectando profundamente a su calidad de vida y a su capacidad de llevar a cabo tareas cotidianas como, por ejemplo, trabajar fuera o dentro de casa, realizar actividad física, salir y relacionarse con amistades, etc. (Clauw, 2009; Wolfe et al., 2010; Arnold et al., 2011; Clauw et al., 2011; Arranz, 2012).

En 1904, Gowers describió la enfermedad como fibrositis y posteriormente, hacia el 1970, empezó a identificarse como un síndrome diferente al resto de síndromes reumatológicos. En 1975, Hench le dio el nombre de fibromialgia y fue en el 1990, cuando el Colegio Americano de Reumatología (ACR) publicó los primeros criterios diagnósticos de la fibromialgia. Estos consistían en padecer dolor crónico generalizado durante al menos tres meses junto con la presencia de

hiperalgesia a la presión en un mínimo de 11 de un total 18 puntos sensibles (Imagen 2).

Imagen 2: Localización de los dieciocho puntos sensibles de la fibromialgia.

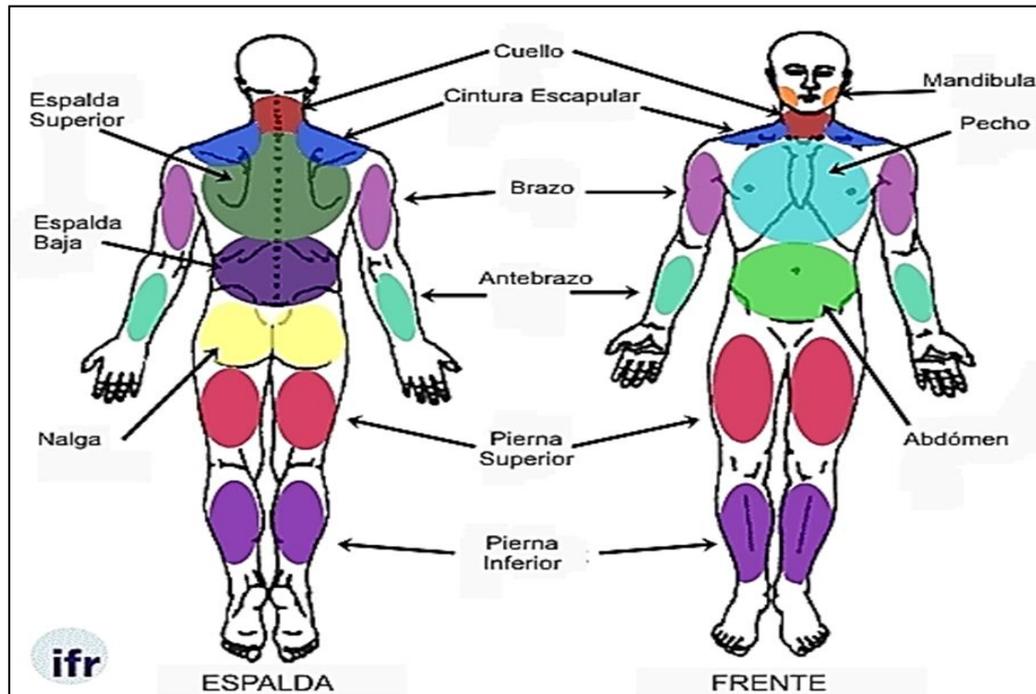


Fuente: Tender point locations for the 1990 classification criteria for fibromyalgia (The Three Graces, after Baron Jean-Baptiste Regnault. 1793. Louvre Museum, Paris).

Diez años después, en 2010, la ACR introdujo los segundos criterios diagnósticos que fueron ligeramente modificados en 2011. Estos se establecieron con la doble finalidad de evitar errores en la palpación de puntos sensibles y añadir los síntomas acompañantes que no estaban en la primera clasificación (Wolfe et al., 1990; Wolfe et al., 2010; Wolfe et al., 2011; Arranz, 2012). Estos criterios condujeron a una clasificación errónea cuando se aplicó a los síndromes

dolorosos regionales así que, en la última revisión realizada en 2016, se evalúa la presencia de dolor en 5 áreas divididas en regiones (superior e inferior izquierda, superior e inferior derecha y axial) del cuerpo mediante el denominado Índice de Dolor Generalizado (IDG) (Imagen 3), cuya puntuación varía de 0 a 19 y la Escala de Severidad de los Síntomas (ESS) que está compuesta por dos partes: la primera evalúa la gravedad de los síntomas acompañantes, destacando tres síntomas en concreto (fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos) en los que la puntuación oscila entre 0 y 9 puntos y la segunda parte que evalúa la gravedad de lo que se denomina “síntomas somáticos en general” clasificando la gravedad de los síntomas en intervalos de valores de 0 a 3 puntos. La puntuación total es la suma de la primera y segunda parte oscilando entre 0 y 12 puntos (Wolfe et al., 2010; Wolfe et al., 2011; Wolfe et al., 2016).

Imagen 3: Índice de Dolor Generalizado (IDG), ACR (2010).



Fuente: Imagen original de Institutferran.org reproducida en www.fibromialgia.nom.es

Un paciente cumple los criterios de fibromialgia si (Wolfe et al., 2016):

1. El dolor generalizado, definido como el dolor presente en al menos 4 de 5 regiones, debe estar presente. La mandíbula, el pecho y el dolor abdominal no se incluyen en la definición generalizada del dolor.
2. Tiene una puntuación en el Índice Generalizado de Dolor (IDG) ≥ 7 y una puntuación en la Escala de Severidad de los Síntomas (ESS) ≥ 5 , o una puntuación de 4-6 en el IDG y una puntuación ≥ 9 en la

ESS.

3. Los síntomas han estado presentes con una intensidad similar al menos durante los últimos 3 meses.

4. El diagnóstico de fibromialgia es válido independientemente de otros diagnósticos.

En 1992, la OMS y organizaciones médicas reconocieron la existencia de la FM como un síndrome específico y en el 1994, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (I.A.S.P.) la clasificó con el código X33 X8a. En 2007, se registró en la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10-M79.7) dentro del capítulo XIII de enfermedades del sistema músculo-esquelético y del tejido conectivo, dentro del grupo de trastornos de los tejidos blandos (Arranz, 2012).

1.2.1. Epidemiología y comorbilidad de la fibromialgia

La prevalencia media global de la FM es de 2,7% oscilando entre 0,4% y 9,3% en los distintos países; en España, la prevalencia es del 2,3%. En cuanto al género, es más frecuente en mujeres que en hombres en una proporción de 3:1 (Queiroz, 2013).

La FM se considera como un síndrome de sensibilización central y con frecuencia se asocia a otros síndromes de este mismo grupo como son el síndrome de fatiga crónica, el síndrome de colon irritable, el trastorno temporomandibular, la migraña, el síndrome de piernas inquietas y la cistitis intersticial entre otros (Yunus, 2011; Arranz, 2012; McCarberg, 2012; Queiroz, 2013).

La FM también se asocia también a patologías orgánicas tales como la artritis reumatoide, el lupus eritematosos sistémico, la espondilitis anquilosante, la osteoartritis, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad inflamatoria intestinal

(colitis ulcerosa y síndrome de Crohn), la obesidad y el hipotiroidismo (Patucchi et al., 2003; Yunus, 2011; Yanmaz et al., 2012).

1.2.2 Etiopatogenia de la fibromialgia

Hasta el momento se desconoce la causa de la FM aunque se considera que probablemente hay muchos factores implicados en ella.

1.2.2.1 Etiología

Con respecto a su etiología, varios estudios han investigado la evidencia de cualquier posible agregación familiar en fibromialgia. Pellegrino et al., (1989), demostraron que el 52% de los padres y hermanos de los pacientes con fibromialgia presentaban síntomas característicos de esta enfermedad consistente con los criterios diagnósticos de Yunus et al. (1981), concluyendo que la fibromialgia podría ser una condición heredada en modo de herencia autosómica dominante (Pellegrino et al., 1989). En 1996, Buskila et al., llevaron a cabo un estudio de investigación sobre agregación familiar en el síndrome de fibromialgia que fue diagnosticado al 28% de los 58 familiares descendientes incluidos en dicho estudio, atribuyéndolo a factores genéticos. Arnold et al., (2004), observaron que el 6.4% de familiares de primer grado de pacientes con fibromialgia cumplen con frecuencia con los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología para dicha enfermedad y que, posiblemente, los factores genéticos estén involucrados en la etiología de la FM y en la sensibilidad al dolor.

Como sucede con muchos síndromes de sensibilización central, también está condicionada por la exposición a factores ambientales tales como estresores físicos (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, una infección bacteriana

o viral, traumatismos), y/o psicológicos (abuso infantil, violencia de género, una separación de pareja, problemas con los hijos, etc.) (Arranz, 2012).

1.2.2.2. Patogenia

Se han sugerido varias hipótesis para poder explicar el origen y desarrollo de la fibromialgia; las más relevantes son: anomalías en el sistema nervioso central, en las funciones neuroendocrinas, en el sistema nervioso autónomo y en la arquitectura del sueño (Bradley, 2009; Schmidt-Wilcke & Clauw, 2011).

1.2.2.2.1. Anomalías del sistema nervioso central

Las anomalías en el sistema nervioso central se basan tanto en manifestaciones funcionales como estructurales. Con respecto a las diferencias funcionales, distintos estudios han demostrado que la actividad neuronal está reducida en los pacientes con fibromialgia debido a la disminución del flujo sanguíneo cerebral regional en el tálamo bilateral, el núcleo caudal, el tegmento pontino inferior y cerca del núcleo lentiforme derecho en comparación con los sujetos control (Mountz et al., 1995; Bradley et al., 1999; Kwiatek et al., 2000). Otros estudios han demostrado que la fibromialgia también está asociada a cambios estructurales en el cerebro. Kuchinad et al., (2007), demostraron una mayor pérdida del volumen de la materia gris asociada con la edad en pacientes con fibromialgia equivalente a 9,5 veces la pérdida en el envejecimiento normal que se manifestaría en la inhibición endógena deteriorada del dolor y al déficit de la función cognitiva (Gracely & Ambrose, 2011).

Las anomalías en la sensibilización del sistema nervioso central, que es definida como una amplificación de las señales neuronales que provoca dolor hipersensible, se caracterizan por el aumento prolongado y reversible de la

excitabilidad y la eficacia sináptica de las neuronas en las vías nociceptivas centrales, existiendo un mal procesamiento del dolor que produce respuestas exageradas a estímulos dolorosos (hiperalgesia) y respuestas dolorosas a estímulos no dolorosos (alodinia) (Woolf, 2011).

Gracely et al., (2002), demostraron que los pacientes con FM presentaban respuestas al dolor al ser expuestos a estímulos dolorosos con una intensidad del 50% menor en comparación con controles sanos. Además de la amplificación del dolor resultante de la sensibilización central, otro hallazgo que también podría contribuir a la amplificación del dolor es la alteración en el procesamiento normal del mismo a través de la disfunción de las vías descendentes del dolor inhibitorio. En condiciones normales, hay regiones en el sistema nervioso central que participan en la modulación del dolor inhibiendo o facilitando la transmisión de la entrada nociceptiva a nivel del asta dorsal; estos efectos moduladores están mediados en gran medida por las vías monoaminérgicas descendentes a través de la serotonina, norepinefrina o dopamina.

La alteración en la función de los neurotransmisores como la serotonina o la dopamina contribuyen a los mecanismos persistentes y crónicos del dolor (Kwon et al., 2014). La serotonina ejerce efectos inhibitorios sobre varias vías dolorosas mediante la supresión de la producción de la sustancia P (Russels, 1998). En pacientes con fibromialgia Russell et al. (1994) encontraron niveles bajos de serotonina en suero sanguíneo y de metabolitos de serotonina, norepinefrina y dopamina en el líquido cefalorraquídeo, además de niveles elevados cerebrospinales de sustancia P.

1.2.2.2.2. Alteraciones neuroendocrinas

Respecto a las anomalías biológicas neuroendocrinas en fibromialgia, se ha encontrado un funcionamiento anormal en el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal debido al estrés en sus diversas formas: físico, psicológico y/o emocional (Adler et al., 2002). Diversos estudios han demostrado la incapacidad de suprimir el cortisol (McCain & Tilbe, 1989; Crofford et al., 1994; Harris et al., 2005).

Las anomalías en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo pueden contribuir a un aumento del dolor manifestado por la alteración de las respuestas fisiológicas tales como la vasoconstricción microcirculatoria, hipotensión ortostática y/o la variabilidad en la frecuencia cardíaca, requeridas para el manejo del estrés e inhibición del dolor mediante la disminución de la producción de la hormona del crecimiento y del factor del crecimiento insulínico (Bradley, 2008).

1.2.2.2.3. Alteraciones en la arquitectura del sueño

Se ha estimado que la prevalencia de los trastornos del sueño en personas que padecen fibromialgia es del 90% (Bigatti et al., 2008; Moldofsky et al., 2008).

En la polisomnografía de los pacientes con FM, se han observado diversas alteraciones en la arquitectura del sueño tales como la reducción del tiempo total de sueño de onda lenta o la intrusión de ondas α durante la fase no-REM, este último tipo de ondas está asociado con la vigilia en individuos sanos y representa un estado de despertar, por tanto, presentan un sueño no reparador y de mala calidad siendo un factor de riesgo para el desarrollo del dolor generalizado y de la depresión (Choy, 2015).

Diversos estudios han correlacionado la mala calidad del sueño y el empeoramiento de los síntomas de fibromialgia, depresión y fatiga (Lentz et al.,

1999; Bigatti et al., 2008; Hamilton et al., 2008). Las alteraciones del sueño en pacientes con FM tales como la presencia de un sueño no reparador, el insomnio, el despertar temprano por la mañana, la mala calidad del sueño o tener un sueño perturbado, se asocian con un empeoramiento de los síntomas del dolor; por tanto, cuando la calidad del sueño mejora, también se observa una mejora en la sintomatología del dolor generalizado crónico (Bradley, 2009).

1.2.3. Tratamiento de la fibromialgia

El abordaje ideal para los pacientes con FM debería ser individualizado con la participación activa de los mismos y una intervención multidimensional basada en tratamientos farmacológico y no farmacológico (Fitzcharles & Yunus, 2011). Las recomendaciones recientemente revisadas del Comité Canadiense de Directrices para Fibromialgia (Fitzcharles et al., 2013) y de la Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR) (Macfarlane et al., 2016) priorizan en el tratamiento no farmacológico frente al farmacológico cuando la gravedad de la fibromialgia es leve o moderada.

1.2.3.1. Tratamientos no farmacológicos

Se distinguen diferentes abordajes para el tratamiento no farmacológico tales como la educación del paciente sobre su enfermedad, el ejercicio y la psicoterapia.

1.2.3.1.1. Educación

La educación del paciente sobre su enfermedad es considerada un componente básico cuando se diseña un plan terapéutico en fibromialgia; consiste en mejorar las estrategias de afrontamiento mediante la explicación de la

naturaleza de su enfermedad y la teoría subyacente respecto a los mecanismos del dolor en fibromialgia (Slim et al., 2013; Rahman et al., 2014). Una revisión sistemática demostró que hay evidencia de que cuando un paciente ha sido bien informado sobre su enfermedad, su pronóstico y su tratamiento, se ha fomentado que el paciente esté mejor preparado para enfrentarse a su enfermedad y asuma su responsabilidad facilitándole el cumplimiento del tratamiento (Burckhardt, 2005; Carmona, 2006). Según la versión más reciente de la guía de práctica clínica canadiense para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fibromialgia, este tipo de intervención mejora la autoeficacia del paciente para gestionar su propia enfermedad (Fitzcharles et al., 2013).

1.2.3.1.2. Ejercicio

El ejercicio físico ha sido muy estudiado por sus posibles beneficios en fibromialgia, siendo una de las terapias básicas recomendadas para su tratamiento. Se puede clasificar en ejercicios aeróbicos (realizados en tierra y en agua), de fortalecimiento muscular y de estiramiento o de flexibilidad (Slim et al., 2013). Busch et al., (2011), en su artículo de revisión sobre los efectos del ejercicio y la actividad física en los individuos con fibromialgia, observaron que el ejercicio aeróbico, de forma aislada y practicado a los niveles de intensidad recomendada, reportaba a los pacientes efectos positivos sobre la sensación global del bienestar, la función física y, posiblemente, el dolor y la hiperalgesia. Los efectos del entrenamiento acuático son beneficiosos para los síntomas de la fibromialgia ya que el agua se aprovecha de la acción del movimiento y, por lo tanto, promueve mejores condiciones para el ejercicio; sin embargo, no se cuenta con un programa de ejercicios acuáticos recomendado en función de la intensidad, duración y frecuencia de los mismos (Bidonde et al., 2014). Häuser et al., (2010), demostraron

que, tanto los ejercicios aréobicos realizados en tierra como los acuáticos, mejoraban significativamente el dolor, la depresión, la fatiga, la calidad de vida y la forma física pero no los trastornos del sueño. Respecto a qué tipo de ejercicio físico es más beneficioso, Cazzola et al., (2009), observaron que no hubo diferencias en la eficacia de los ejercicios aeróbicos (terrestre y acuático), y el fortalecimiento muscular; sin embargo, el ejercicio de fortalecimiento realizado en agua, parecía ser ligeramente más efectivo para reducir el dolor y la depresión.

Para evitar el abandono, asegurar el cumplimiento adecuado y prevenir el desgaste en los pacientes de fibromialgia que toleran mal los ejercicios físicos en general, se debería tener en cuenta la intensidad inicial, que debe ser inferior a la recomendada para la población general y se debe ir incrementando hasta llegar a un nivel moderado; debe cubrir las necesidades físicas específicas del paciente y se recomienda realizar planes individualizados de terapias de ejercicios que se determinen principalmente por la preferencia y accesibilidad de los pacientes (Jones et al., 2006; Busch et al., 2013; Slim et al., 2013).

1.2.3.1.3. Psicoterapia

La psicoterapia es también un componente importante en el tratamiento de la fibromialgia dada la vulnerabilidad psicológica de los pacientes al dolor, siendo especialmente útil para pacientes con elevados niveles de ansiedad y/o depresión. El tipo de psicoterapia más estudiado es la terapia cognitivo-conductual que se basa en ayudar a los pacientes en la construcción de un conjunto de habilidades para modificar y/o combatir emociones, pensamientos y comportamientos disfuncionales (Gracely et al., 2004; Cully et al., 2008). En un meta-análisis realizado por Glombiewski et al., (2010) sobre tratamientos psicológicos en fibromialgia, los autores observaron que la terapia cognitivo-conductual reducía

los trastornos del sueño, la depresión, los pensamientos de catastrofismo y mejoraba el estado funcional con respecto a otras terapias tales como la relajación, el tratamiento conductual, el tratamiento basado en la atención plena, la desensibilización y el reprocesamiento del movimiento ocular. Bernardy et al., (2010), realizaron un meta-análisis sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en fibromialgia, encontrando que dicha terapia estaba asociada en la reducción de los síntomas depresivos y en la autogestión del dolor, disminuyendo las visitas al médico; sin embargo, no hubo mejoría en los trastornos del sueño, la fatiga y en la percepción de la calidad de vida de los pacientes.

1.2.3.4. Terapias alternativas y complementarias

Las terapias alternativas y complementarias pueden ser los productos naturales (homeopatía, fitoterapia y suplementos nutricionales), intervenciones mente-cuerpo (acupuntura, hipnoterapia y tai-chi) y prácticas manipulativas basadas en el cuerpo (masajes manipulativos en la columna) (Slim et al., 2013; Lauche et al., 2015; Theadom et al., 2015). Lauche et al., (2015), realizaron una revisión sistemática sobre terapias complementarias y alternativas en el tratamiento del síndrome de fibromialgia concluyendo que, no todas eran eficaces y seguras aunque algunas de ellas, tales como la balnearioterapia, el taichi o la terapia de atención plena entre otras, demostraron producir beneficios de forma consistente .

1.2.3.2. *Tratamientos farmacológicos*

En relación al tratamiento farmacológico, se recomienda el uso de fármacos con capacidad para modular el dolor a nivel central debido a la sensibilización

central y al déficit de los mecanismos inhibitorios descendentes. Los distintos tipos de fármacos utilizados se exponen a continuación:

1.2.3.2.1. Antidepresivos

Varios estudios han demostrado que son eficaces en el tratamiento del dolor crónico además de su papel en el manejo de la depresión y la ansiedad (Sawynok et al., 2001; Verdu et al., 2008). En un meta-análisis, realizado por Häuser et al., (2011), se evaluó la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la fibromialgia, observando que mejoraban significativamente el dolor, los trastornos del sueño, la fatiga y la percepción de la calidad de vida de los pacientes.

Se utilizan varias clases de antidepresivos para tratar la FM tales como los tricíclicos (amitriptilina), los inhibidores de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (duloxetina, milnacipran, venlafaxina y desvenlafaxina) y los inhibidores de la recaptación selectiva de la serotonina (citalopram, escitalopram, fluoxetina) (Calandre et al., 2015).

El antidepresivo tricíclico más estudiado y usado en fibromialgia es la amitriptilina que, además de la depresión, se utiliza habitualmente para tratar diferentes dolores crónicos tales como el dolor neuropático, dolores lumbares y neuralgias (Verdu et al., 2008; Häuser et al., 2011). Debido a los múltiples mecanismos de acción, a nivel central y periférico, que actúan para contrarrestar el mecanismo generador de dolor, las dosis de amitriptilina que se utilizan para tratar la FM son más bajas que las dosis utilizadas para tratar la depresión mayor (Verdu et al., 2008).

La duloxetina mejora el dolor y el funcionamiento en general del paciente con o sin depresión, el efecto que produce es una mejoría clínica en la fatiga, el estado de ánimo deprimido y la calidad de vida (Calandre et al., 2015).

El milnacipran, que no está comercializado en España, también mejora el dolor y el funcionamiento en general (Calandre et al., 2015).

La venlafaxina fue de los primeros en ser estudiada en FM y fue eficaz en el alivio del dolor y en los síntomas depresivos; sin embargo, no existen estudios adicionales suficientes que confirmen estos resultados preliminares (Dwight et al., 1998; Sayar et al., 2003).

Häuser et al., (2011), en un meta-análisis, compararon la eficacia y la tolerabilidad de la amitriptilina, la duloxetina y el milnacipram, observando que la amitriptilina daba mejores resultados con respecto al dolor, la fatiga, los trastornos del sueño y la percepción de la calidad de vida de los pacientes con FM con respecto a los demás fármacos estudiados, pero los ensayos clínicos realizados presentaban limitaciones metodológicas; debido a este hecho, los autores no la pudieron considerar el tratamiento por excelencia de la FM.

Respecto a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, Calandre et al., (2015), refirieron que su uso en el tratamiento de la FM podría ser beneficioso en pacientes que presentaban intolerancia a otros antidepresivos aunque, no son tan efectivos como los mencionados anteriormente.

Respecto a la mirtazapina, un ensayo piloto demostró que los pacientes con FM tratados con este fármaco presentaron disminuciones en el dolor, en los trastornos del sueño y menor impacto de la enfermedad pero no se observaron diferencias en comparación con el placebo, posiblemente debido al pequeño tamaño de la muestra evaluada (Yeephu et al., 2013).

La ciclobenzaprina es un relajante muscular similar, en estructura, a los antidepresivos tricíclicos. Tofferi et al., (2004), en un meta-análisis, demostraron que era eficaz en la mejora de los trastornos del sueño y en la mejora moderada del dolor en sus primeras etapas, pero no mejoraba la fatiga de los pacientes.

1.2.3.2.2. Gabapentinoides

Los gabapentinoides, tales como la pregabalina y la gabapentina, son moduladores de canales del calcio y son eficaces para el tratamiento del dolor neuropático, la fibromialgia y la epilepsia, siendo la pregabalina la de primera elección con respecto a la gabapentina en la mejora del dolor, las alteraciones del sueño, la fatiga y el nivel funcional, debido a que se han realizado más ensayos clínicos con ella (Häuser et al., 2009; Moore et al., 2009; Alegre et al., 2014). La mirogabalina, recientemente desarrollada, está siendo investigada para el tratamiento del dolor neuropático periférico y la fibromialgia. Sus reacciones adversas más frecuentes son de carácter neuropsiquiátrico e incluyen fatiga, mareos, sedación, somnolencia, ataxia, edema periférico y aumento de peso (Calandre et al., 2016).

1.2.3.2.3. Tramadol

Es un analgésico atípico (acción mixta) que combina una débil acción agonista sobre receptores opioides μ con la inhibición del transporte de adrenalina y serotonina; funciona tanto en monoterapia como en combinación con paracetamol, disminuyendo el dolor y el impacto de la FM además de, mejorar el funcionamiento físico, aunque sin mejorar la calidad del sueño, la ansiedad ni la depresión (Calandre et al., 2015).

1.2.3.2.4. Otros fármacos

El oxibato sódico, que es la sal sódica gamma hidroxibutirato, está indicado en pacientes que sufren narcolepsia. Varios ensayos clínicos realizados en pacientes con FM demostraron que los pacientes mejoraban porque se reducían el dolor, la fatiga, los trastornos del sueño y el impacto de la FM, es decir, proporcionaba una mejoría multidimensional excepto en la depresión; sin embargo, no está aprobado como tratamiento en la FM por la Food and Drug Administration (FDA) debido al temor de que pudiera producir adicción (Staud, 2011; Swick, 2011; Spaeth et al., 2012).

La nabilona es un cannabinoide que se considera una alternativa farmacológica potencial para los pacientes con fibromialgia, especialmente aquellos con trastornos relevantes del sueño (Calandre et al., 2015). La guía canadiense para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fibromialgia, recomienda su uso (Fitzcharles et al., 2013).

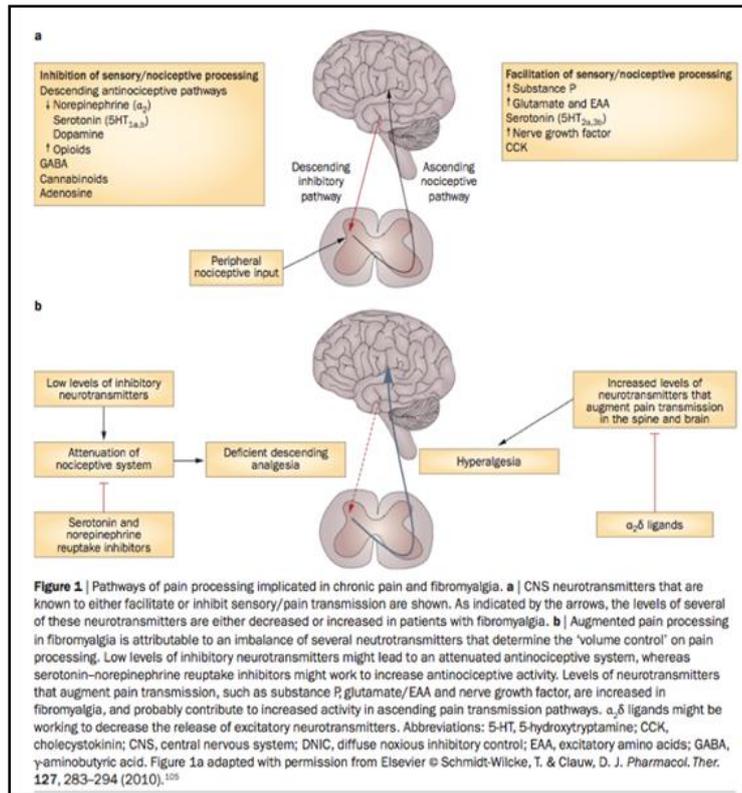
Los analgésicos como el paracetamol y los AINES actúan a nivel periférico fundamentalmente y son ineficaces para el tratamiento del dolor producido por sensibilización central, como es el caso de la FM. Los opioides tampoco son eficaces en el tratamiento de la FM; sus efectos secundarios incluyen estreñimiento, sedación, embotamiento y depresión pudiendo llegar a agravar sus síntomas además del riesgo de dependencia que con lleva su uso prolongado (Ngian et al., 2011). En un ensayo clínico se demostró que la morfina no era eficaz en la mejoría del dolor y además, que era mal tolerada en fibromialgia. Por tanto, los AINES y los opioides no deben utilizarse en el tratamiento de la fibromialgia excepto en episodios agudos o por otras causas específicas para su uso (Häuser et al., 2011; Moore et al., 2012; Üçeyler et al., 2013; Calandre et al., 2015).

El tropisetron y el dolasetron, antagonistas competitivos de los receptores 5-HT₃, han demostrado eficacia para el tratamiento de la fibromialgia. La combinación de tropisetron intravenoso (5 mg) con fisioterapia es más eficaz que la fisioterapia sola para la reducción del dolor (Färber et al., 2000). El dolasetron intravenoso se ha asociado con una reducción significativamente mayor del dolor, pero sin efectos sobre la depresión, la sintomatología general o la calidad de vida (Vergne-Sallel et al., 2011; Calandre et al., 2015).

Teniendo en cuenta que la fibromialgia se caracteriza por dolor crónico músculo-esquelético debido a mecanismos fisiopatológicos muy complejos, los pacientes gravemente afectados necesitarán más de un fármaco para lograr una mejoría clínica significativa. En contraste con la abundancia de ensayos clínicos publicados en monoterapia, se dispone de poca información sobre la eficacia y tolerabilidad de las combinaciones de fármacos. La relativa ausencia de estos estudios requiere la planificación de posibles asociaciones de fármacos sobre la base del conocimiento de su respectiva utilidad de los estudios de monoterapia y la cuidadosa evaluación de su perfil farmacológico (Calandre et al., 2012). Por tanto, el tratamiento farmacológico óptimo de la FM estará basado en la monoterapia o en la combinación de fármacos, según la gravedad de los síntomas, e irá asociado al no farmacológico siempre ya que, la mejoría más evidente es la del paciente que realiza más actividad física y toma menos medicación.

La imagen 4 esquematiza la asociación entre la patogenia y el tratamiento de la FM descritos anteriormente.

Imagen 4: Patogenia y tratamiento en FM.



Fuente: Schmidt-Wilcke, T., & Clauw, D. J. (2011). Fibromyalgia: from pathophysiology to therapy. *Nature Reviews Rheumatology*, 7(9), 518-527.

II - JUSTIFICACIÓN

II - JUSTIFICACIÓN

Existen datos que sugieren la existencia de algunas similitudes y nexos de unión entre la FM Y la DSP. Se sabe que en la FM hay un procesamiento anormal de la percepción del dolor pero diversos estudios han demostrado también una sensibilidad aumentada a otros tipos de estímulos, como los luminosos o los auditivos, lo que sugiere la existencia de un procesamiento anormal de los estímulos sensitivos en general (Schmidt-Wilcke et al., 2011); anomalías en la percepción sensitiva se han descrito también recientemente en la DSP (Mahoney et al., 2016). La desadaptación muscular, que se beneficia de las técnicas de ejercicio físico, es un rasgo común a ambas patologías. Asimismo, la cistitis intersticial, patología incluida dentro de la DSP, es frecuente en pacientes con FM. El síndrome del intestino irritable, patología comórbida con la FM, puede asociarse a incontinencia fecal (Bondurri et al., 2015). Y, por último, la obesidad y el sobrepeso, frecuentes en pacientes con FM, se han asociado a problemas de incontinencia urinaria y fecal, al prolapso vaginal y a la disfunción sexual (Ramalingam, & Monga, 2015).

Todo ello lleva a establecer la hipótesis de que la disfunción del suelo pélvico podría ser más frecuente en pacientes con fibromialgia que en la población general.

III - OBJETIVOS

III - OBJETIVOS

Para comprobar la veracidad de esta hipótesis se ha llevado a cabo el presente trabajo con los siguientes objetivos:

Objetivo principal:

- Evaluar la frecuencia de presentación de síntomas relacionados con la disfunción del suelo pélvico en mujeres con fibromialgia en relación con mujeres control procedentes de la población general.

Objetivos secundarios:

Entre las pacientes con fibromialgia y las mujeres control que presentan síntomas relacionados con la disfunción del suelo pélvico:

- Comparar el impacto y el malestar producidos por la presencia de dichos síntomas.
- Evaluar las diferencias relativas a los siguientes factores: calidad de vida, estado de ánimo, insomnio, ansiedad, dolor corporal y función sexual.

En las mujeres con fibromialgia:

- Evaluar la relación existente entre la gravedad de la fibromialgia y el malestar y el impacto producidos por la sintomatología asociada a la disfunción del suelo pélvico.

IV - MATERIAL Y MÉTODO

IV - MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio comparativo transversal para dar respuesta a los objetivos propuestos.

4.1. SUJETOS

La población de estudio estuvo compuesta por dos muestras de mujeres, una con FM y otra procedente de la población general.

Los criterios de inclusión, para ambas muestras, fueron:

- Tener una edad mayor o igual a 18 años.
- Aceptar, libre y voluntariamente, participar de forma “on line” al cumplimentar y enviar su cuaderno de recogida de datos (CRD), vía telemática, a la investigadora de este estudio o firmar el consentimiento informado para las mujeres del grupo CRL que participaron de forma presencial.

Además de los anteriores, el criterio de inclusión exclusivo para la muestra de mujeres con FM fue:

- Estar diagnosticada de FM

El criterio de exclusión para ambas muestras fue que fueran incapaces de entender y/o cumplimentar el CRD.

4.2. MÉTODOS

La recogida de datos, tanto para las mujeres con fibromialgia como para las del grupo control, se realizó mediante dos tipos de CRD, siendo la única diferencia entre ambos la inclusión de un cuestionario específico exclusivo para las pacientes con FM (Anexos 1 y 2, respectivamente). Se diseñaron dos

cuestionarios para cumplimentarlos de forma telemática y para ello, se utilizó el formulario de “Google Forms” basándose en los CRD de ambos grupos. Para el grupo con FM, se colgó en los blogs de fibromialgia “Fibrofamur” (asociación de fibromialgia de Murcia), “mesientabien.com” y la Plataforma “Fibro protesta ya” en la red social “Facebook”, previa autorización de los propietarios de cada blog utilizado. Una vez cumplimentados y enviados por la participante, la investigadora los recibía en “Google Drive”. Para las mujeres del grupo control, se utilizó, con la misma metodología, la red social de la propia investigadora. Debido a la poca participación que se obtuvo por parte de las mujeres del grupo CRL por la vía virtual, también se recogieron datos en formato papel en presencia de la investigadora.

4.2.1. Instrumentos de valoración

Como puede verse en los Anexos 1 y 2, los cuestionarios recogían datos sociodemográficos y clínicos.

Se consideró que existía la presencia de sintomatología relacionada con la disfunción del suelo pélvico, cuando las mujeres, de forma repetida durante los últimos tres meses, sufrieron uno o más de los siguientes síntomas (García, & Cantero, 2000; Martí-Ragué, 2005; Walker, 2013):

- Pérdida involuntaria de orina
- Molestias, dificultad o dolor al orinar
- Pérdida involuntaria de heces (sólidas, líquidas o gaseosas)
- Molestias o dificultad para defecar
- Presión en la parte baja del vientre
- Sensación de tener un bulto en la vagina

- Infecciones urinarias frecuentes
- Orinar con mucha frecuencia por la noche
- Orinar con mucha frecuencia por el día

4.2.1.1. *“Inventario de Malestar del Suelo Pélvico (PFDI-20)”*

El “Inventario de trastorno del Suelo Pélvico” (PFDI-20), es una escala que mide el malestar subjetivo que produce la disfunción del suelo pélvico. Consta de 20 ítems: del 1 al 6 evalúan los síntomas de prolapso genital (POPDI-6), del 7 al 14 evalúan los síntomas colo-rectales-anales (CRADI-8), y del 15 al 20 evalúan los síntomas urinarios (UDI-6). Las posibles respuestas son: 0: no, 1: nada, 2: un poco, 3: moderadamente y 4: mucho. La puntuación total oscila de 0 a 300 y la puntuación de cada dimensión es de 0 a 100 puntos. A mayor puntuación mayor malestar del suelo pélvico (Omotosho, et al., 2009; Sánchez et al., 2013).

4.2.1.2. *“Cuestionario del Impacto del Suelo Pélvico (PFIQ-7)”*

Esta escala mide el impacto de la disfunción del suelo pélvico sobre diversos aspectos de la vida del sujeto. Consta de 7 ítems que se repiten en base a: vejiga u orina para el impacto de síntomas urinarios (UIQ-7), intestino o recto para el impacto de los síntomas colo-rectales-anales (CRAIQ-7), y vagina o pelvis para el impacto de los síntomas de prolapso genital (POPIQ-7). Para la puntuación total se pueden obtener 21 respuestas posibles: 0: nada, 1: un poco, 2: moderadamente y 3: mucho). La puntuación total oscila de 0 a 300 y la puntuación de cada dimensión es de 0 a 100 puntos. A mayor puntuación mayor afectación del suelo pélvico. (Omotosho, et al., 2009; Sánchez et al., 2013).

Los cuestionarios PFDI-20 y PFIQ-7 han sido validados en la población española alcanzando buena equivalencia semántica, conceptual, idiomática y de

contenido con la versión original. Ambos instrumentos son fiables, válidos y viables para evaluar los síntomas y la calidad de vida en las mujeres españolas con trastorno del suelo pélvico (Sánchez et al, 2013).

4.2.1.3. "Cuestionario de Salud (SF-12)"

El cuestionario de salud SF-36 (SF-36 Health Survey) es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en todo el mundo para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (Vilagut et al., 2008). El SF-12 está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, seleccionados mediante regresión múltiple, a partir de los cuales se construyen los componentes sumarios físico y mental del SF-12 (Ware et al., 1996). La puntuación total oscila de 0 a 100 puntos y, a mayor puntuación, mejor calidad de vida en cada componente (Vilagut et al., 2008; Ramírez et al., 2010).

4.2.1.4. "Cuestionario de Salud del Paciente-9 ítems (PHQ-9)"

Esta escala permite cuantificar la sintomatología depresiva. Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días". La puntuación oscila de 0 a 27 puntos y la depresión se puede clasificar en mínima (0-4 puntos), leve (5-9 puntos), moderada (10-14 puntos), moderadamente severa (15-20 puntos) y severa (21-27 puntos). El punto de corte propuesto para identificar la existencia de depresión clínicamente relevante es ≥ 10 puntos (Kroenke et al., 2001; Moriarty et al., 2015).

4.2.1.5. “Índice de Gravedad de Insomnio (ISI)”

El Índice de Gravedad del Insomnio (ISI) es un breve instrumento para medir la percepción del paciente sobre la gravedad de su insomnio. Se compone de siete ítems: severidad de sueño, dificultades de comienzo del sueño, dificultades de mantenimiento del sueño y despertar por la mañana, satisfacción con el sueño actual, interferencias con el funcionamiento diario, perceptibilidad de deterioro atribuido al problema del sueño, y grado de angustia o preocupación causada por el problema del sueño. El cuestionario ISI es un instrumento fiable y válido para evaluar la gravedad subjetiva del insomnio en la población de habla española. Se compone en tres dimensiones: las dificultades nocturnas del sueño nocturno (ítems 1, 2 y 3), el sueño insatisfactorio (ítems 1, 4 y 7) y el impacto del insomnio diurno (ítem 5, 6 y 7). Para evaluar los resultados, cada uno de los 7 ítems puede puntuar de 0 a 4. Se suma la puntuación obtenida que puede oscilar entre 0 y 28. A mayor puntuación mayor gravedad del insomnio (Fernández-Mendoza, 2012). El punto de corte para establecer la presencia de insomnio clínicamente relevante se ha establecido en 8 puntos (Savard et al., 2005).

4.2.1.6. “Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)”

El cuestionario de Estado de Ansiedad Rasgo (STAI) mide la ansiedad rasgo (factor de personalidad que predispone a sufrir o no ansiedad) y la ansiedad estado (los factores ambientales que protegen o generan ansiedad). Este inventario se compone de veinte ítems para cada una de las subescalas (ansiedad estado y ansiedad rasgo). La escala de respuesta es de tipo Likert, puntuando desde 0 (nada) hasta 3 (mucho). Los totales se obtienen sumando los valores de los ítems (tras las inversiones de las puntuaciones en los ítems negativos). Los totales de ansiedad rasgo y de ansiedad estado abarcan desde 0 hasta 60,

correspondiéndose una mayor puntuación con mayor ansiedad detectada (Guillén-Riquelme, 2011). Se utilizó el punto de corte establecido de 40 puntos para evaluar la presencia de ansiedad clínicamente relevante (Julian, 2011).

4.2.1.7. *“Inventario Breve de Dolor (BPI)”*

El Cuestionario Breve del Dolor (BPI), aunque se creó para medir la intensidad del dolor de causa neoplásica y su impacto en las actividades de la vida diaria en condiciones de práctica clínica habitual, posteriormente, se ha aplicado en otros tipos de dolor crónico. El BPI es de fácil comprensión y se emplea la versión abreviada, que consta de dos dimensiones: «Intensidad del dolor» (4 ítems) e «interferencia en las actividades cotidianas» (7 ítems). Cada uno de los ítems se puntúa mediante una escala numérica que va de 0 (ausencia de dolor/interferencia en la vida diaria) a 10 (peor dolor /afectación máxima en la vida diaria). A mayor puntuación, peor dolor o afectación máxima de la vida diaria presenta el sujeto (Badía et al., 2003).

4.2.1.8. *“Cuestionario de Cambios de la Función Sexual (CSFQ)”*

El Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual (CSFQ) es un instrumento que evalúa el funcionamiento sexual. Se ha utilizado en enfermedades mentales para evaluar los cambios antes y después de los efectos de la medicación. La validación española del CSFQ demostró que es un instrumento muy adecuado para la evaluación de la función sexual en la práctica clínica diaria (Clayton, McGarvey & Clavet, 1997). El CSFQ evalúa cinco dimensiones de funcionamiento sexual, utilizando un total de 12 ítems. Las cinco dimensiones son: el placer sexual (ítem 1), el deseo/frecuencia sexual (ítems 2 y 3), deseo sexual/interés (ítems 4, 5 y 6), el despertar/entusiasmo (ítems 7, 8 y 9) y

el orgasmo / la terminación (ítems 11, 12 y 13). Por lo tanto, el CSFQ, da un perfil del paciente respecto a su percepción sobre el funcionamiento sexual. Se considera que existe disfunción sexual cuando se obtienen puntuaciones inferiores al punto de corte de 41 puntos (Clayton, 1998). El tiempo de administración es relativamente breve, entre 15 y 20 min, y su interpretación es rápida y sencilla: cuanto más alto sea la puntuación, mejor es la función sexual (Bobes et al, 2000).

4.2.1.9. “Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia Revisado (FIQR)”

El Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) se creó para valorar la calidad de vida y la gravedad de la sintomatología en pacientes con FM, por tanto, sólo las mujeres con FM del estudio rellenaron este cuestionario. El FIQR es una versión actualizada del FIQ que tiene buenas propiedades psicométricas, se puede completar en pocos minutos y es fácil de puntuar. Presenta características comparables a la FIQ original, por lo que es posible comparar los resultados del FIQ con los del FIQR (Benett et al., 2009). La versión española del FIQR es un instrumento válido para su uso en la evaluación e investigación clínicas (Salgueiro et al., 2013). El cuestionario consta de tres dimensiones: función (1-9 ítems), impacto global (2 ítems) y síntomas (10 ítems). Cada ítem se puntúa de 0 a 10, en la cual 0: es ninguna dificultad y 10: es máxima dificultad. La puntuación total del test oscila entre 0 y 100 puntos y cuanto más elevada es la puntuación, mayor es la gravedad de la FM.

4. 2.2. Tamaño muestral

Se ignora la prevalencia exacta de disfunción del suelo pélvico en la población femenina, ya que los distintos estudios epidemiológicos ofrecen

resultados muy variables en función del tipo de disfunción evaluado y de los criterios diagnósticos adoptados (Sung & Hampton, 2009). Para este estudio asumimos, a tenor de los datos proporcionados en el trabajo de Sung et al., (2009), que la disfunción del suelo pélvico podría afectar a un 30% de la población general femenina, estimando que la prevalencia entre mujeres con fibromialgia podría ser entre un 15-20% más elevada. Una muestra global a partir de 300 casos, de al menos dos grupos con 150 mujeres con fibromialgia y controles en cada uno, permitiría detectar una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) del 18% con una seguridad del 99,58%.

4.3. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

La prevalencia de síntomas relacionados con la DSP se calculó utilizando la muestra total de 226 mujeres con FM y 220 mujeres control. La comparación de las restantes variables de valoración se llevó a cabo exclusivamente entre los subgrupos de pacientes con FM y mujeres control que refirieron presentar dichos síntomas.

Para el análisis de los resultados del estudio se utilizó la herramienta estadística GraphPad version 7.00 (GraphPad Prism, 2017). Una vez depurada la base datos, se analizaron las distintas variables de estudio mediante el cálculo de estadísticos descriptivos básicos, frecuencias, media aritmética y desviación típica. Para evaluar los datos paramétricos se utilizó la t de student y para los datos cualitativos se utilizaron el test exacto de Fisher y la chi-cuadrado. Para el análisis de asociación entre las variables numéricas, se utilizó el coeficiente de Correlación de Pearson. Para todas estas pruebas se ha tomado como valor de

referencia para evaluar la significación del estadístico de contraste el valor $p \leq 0,05$.

4.4. ÉTICA DEL ESTUDIO

El protocolo del estudio y los CRD fueron aprobados por el comité de Ética (Anexo 3) de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).

El tratamiento de los datos proporcionados por participantes, cumplieron en todo momento, por parte de los responsables de su custodia y tratamiento con fines de investigación, con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.

V - RESULTADOS

V - RESULTADOS

5.1 TAMAÑO MUESTRAL Y DISTRIBUCIÓN

Para la muestra de mujeres con FM, la recogida de datos fue de forma telemática en su totalidad, obteniéndose un total de 245 encuestas de las que 19 fueron desechadas por estar incompletas y/o repetidas, quedando un total de 226 participantes. Para la muestra de mujeres CRL, la recogida de datos fue de forma "on line" con 57 cuestionarios, y de forma presencial con 170, de los que 7 se eliminaron por estar incompletos y/o repetidos, quedando una muestra de 220 participantes. Por tanto, la población total de estudio se formó con 446 participantes 226 mujeres con FM y 220 mujeres CRL.

5.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Las principales variables socio-demográficas se exponen en la Tabla1. Como se puede observar, ambas muestras fueron similares respecto a la edad y el estado civil. Ambos grupos difirieron significativamente en el nivel de estudios ($p < 0,0007$), existiendo un mayor nivel de estudios de bachiller (37,8%) y universitarios (40,1%) en el grupo control. En cuanto a la situación laboral, las muestras eran similares con respecto al número de sujetos trabajando fuera de casa, sin embargo, las mayores diferencias entre ambos grupos se dieron en la baja laboral transitoria y la invalidez permanente, estadísticamente superior en el grupo con fibromialgia ($p < 0,0001$).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los sujetos de estudio.

		FM (n=226)	CRL (n=222)	p*
edad (media \pm DE)		43,8 \pm 8,807	42,4 \pm 10,59	0,1252
(rango)		(22-64)	(22-76)	
estado civil	soltera	36 (15,9%)	40 (18,0%)	0,2521
	casada/pareja	155 (68,5%)	138 (62,2%)	
	viuda	7 (3,1%)	15 (6,7%)	
	separada/divorciada	28 (12,4%)	29 (13,1%)	
nivel de estudios	sin estudios	1 (0,4%)	1 (0,4%)	0,0007
	primarios	83 (36,7%)	48 (21,6)	
	bachiller	76 (33,6%)	84 (37,8%)	
	universitarios	66 (29,2%)	89 (40,1%)	
actividad laboral	trabaja sólo en casa	33 (3,0%)	17 (7,6%)	< 0,0001
	trabaja fuera de casa	79 (34,9%)	156 (70,3%)	
	en paro	46 (20,4%)	25 (11,3%)	
	baja laboral transitoria	47 (20,8%)	6 (2,7%)	
	invalidez permanente	17 (7,5%)	4 (1,8%)	
	pensionista	4 (1,8%)	14 (6,3%)	

* Se resaltan en negrita los valores de P que fueron estadísticamente significativos.

5.3. DATOS CLÍNICOS

5.3.1. Fertilidad y ciclo menstrual

En la Tabla 2 se registran los datos relativos a la capacidad de reproducción.

Tabla 2. Edad de la menarquia, menstruación o menopausia de la población de estudio.

	FM (n=226)	CRL (n=222)	p*
edad de la menarquia (media \pm DE) rango (8-16)	12,1 \pm 1,70 (8-16)	11,4 \pm 1,81 (8-16)	< 0,0001
menstruación	152 (67,2%)	168 (75,7%)	0,0596
menopausia	74 (32,7%)	54 (24,3%)	

* Se resaltan en negrita los valores de P que fueron estadísticamente significativos.

Centrándonos en la población en edad fértil (Tabla 3), se observó que las mujeres que padecían FM presentaban un flujo menstrual fuerte (65,8%)

acompañado de la presencia de coágulos en un 86,8%, y las mujeres del grupo CRL presentaban un flujo moderado (58,3%) con presencia de coágulos en un 60,1%, siendo las diferencias estadísticamente significativas para ambos parámetros ($p < 0,0001$). Con respecto a la regularidad de la menstruación, las mujeres del grupo CRL eran más regulares (83,9%) con respecto a las mujeres con FM (59,9%) con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$).

Tabla 3. Variables del menstuo de la población de estudio.

		FM (n=226)	CRL (n=222)	p*
duración del ciclo menstrual (días)	≤20-25	39 (25,6%)	26 (15,5%)	< 0,0001
	26-30	85 (55,9%)	114 (67,8%)	
	31-35	11 (7,2%)	25 (14,9%)	
	36-≥40	17 (11,2%)	3 (1,8%)	
duración del periodo menstrual (días)	≤2-4	45 (29,6%)	35 (23,0%)	0,0292
	5-7	88 (57,9%)	95 (62,5%)	
	8-≥10	19 (12,5%)	38 (2%)	
tipo de flujo menstrual	Ligero	17 (11,2%)	46 (27,4%)	< 0,0001
	Moderado	55 (36,2%)	98 (58,3%)	
	Fuerte	80 (65,8%)	24 (14,3%)	
regularidad de la menstruación	Si	91 (59,9%)	141 (83,9%)	<0,0001
	No	61 (40,1%)	27 (16,1%)	
presencia de coágulos en el flujo menstrual	Si	132 (86,8%)	101 (60,1%)	<0,0001
	No	20 (13,1%)	67 (39,9%)	
dismenorrea	Si	132 (86,8%)	98 (58,3%)	<0,0001
	No	20 (13,1%)	70 (41,7%)	

* Se resaltan en negrita los valores de P que fueron estadísticamente significativos.

5.3.2. Comorbilidad con patologías de sensibilización central

Respecto a los síndromes de sensibilización central, el 76,1% de mujeres con FM presentó alguna patología, siendo la más frecuente el síndrome de fatiga crónica, que afectó al 33,6% de las pacientes frente al 10,8% de los controles ($p=0,0103$) (Tabla 4).

Tabla 4. Patologías de sensibilización central en la población de estudio.

		FM (n=226)	CRL (n=222)	p*
no presenta patologías		54 (23,9%)	134 (60,3%)	< 0,0001
si presenta patologías		172 (76,1%)	88 (39,6%)	
tipos de patologías	disfunción temporomandibular	12 (5,3%)	0 (0%)	0,0097
	Migraña	34 (15,0%)	28 (12,6%)	0,0449
	cefalea de tipo tensional	20 (8,8%)	21 (9,4%)	0,0184
	síndrome del intestino irritable	23 (10,2%)	10 (4,5%)	0,6985
	cistitis intersticial	6 (2,6%)	2 (0,9%)	0,6520
	síndrome vulvar vestibular	1 (0,4%)	3 (1,3%)	0,0232
	síndrome de fatiga crónica	76 (33,6%)	24 (10,8%)	0,0103

*Se resaltan en negrita los valores de P que fueron estadísticamente significativos.

5.4. FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA CON LA DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO (DSP).

La frecuencia de presentación de sintomatología relacionada con la disfunción de suelo pélvico (DSP) muy superior en las mujeres con FM (97,3%) que en las del grupo CRL (63,1%), con diferencias muy significativas ($p < 0,0001$).

El resto del estudio se llevó a cabo con las 220 pacientes con FM y las 140 CRL que refirieron padecer con frecuencia alguno de estos síntomas.

Con respecto a los síntomas concretos que se evaluaron, la pérdida involuntaria de heces, fue más frecuente en las mujeres del grupo CRL (15,0%) que en las mujeres que padecían FM (3,6%) ($p=0,0002$), y el orinar con mucha frecuencia durante el día fue más frecuente en las mujeres que padecían FM (14,5%) con respecto a las mujeres del grupo CRL (7,1%) ($p=0,0424$) (Tabla 5).

Tabla 5. Sintomatología relacionada con la disfunción del suelo pélvico (DSP) y la edad en la población de estudio.

	FM (n=220)	CRL (n=140)	p*
pérdida involuntaria de orina	56 (25,5%)	36(25,7%)	0,9014
molestias, dificultad o dolor al orinar	19 (8,6%)	5 (3,6%)	0,0816
infecciones urinarias frecuentes	13 (5,9%)	3 (2,1%)	0,1170
orinar con mucha frecuencia durante la noche	12 (5,6%)	8 (5,7%)	1,0000
orinar con mucha frecuencia durante el día	32 (14,5%)	10 (7,2%)	0,0424
síntomas urinarios totales	132 (60%)	62(44,3%)	0,0050
pérdida involuntaria de heces (sólidas, líquidas o gaseosas)	8 (3,6%)	21(15,0%)	0,0002
molestias o dificultad para defecar	27 (12,3%)	25(17,8%)	0,1666
síntomas fecales totales	35(15,9%)	46(32,9%)	0,0003
presión en la parte baja del vientre	43(19,5%)	27(18,6%)	0,8911
sensación de tener un bulto en la vagina	10 (4,5%)	5(3,6%)	0,7898
síntomas prolapso genital totales	53 (24,0%)	32(22,8%)	0,8988

* Se resaltan en negrita los valores de P que fueron estadísticamente significativos.

5.5. MALESTAR DEL SUELO PÉLVICO (PFDI-20).

Se observó, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$), (tabla 6) que la puntuación global media fue más elevada en las mujeres con FM, así como la sintomatología urinaria, colo-recto-anal y por prolapso genital.

Tabla 6. Malestar en el Suelo Pélvico (PDFI-20).

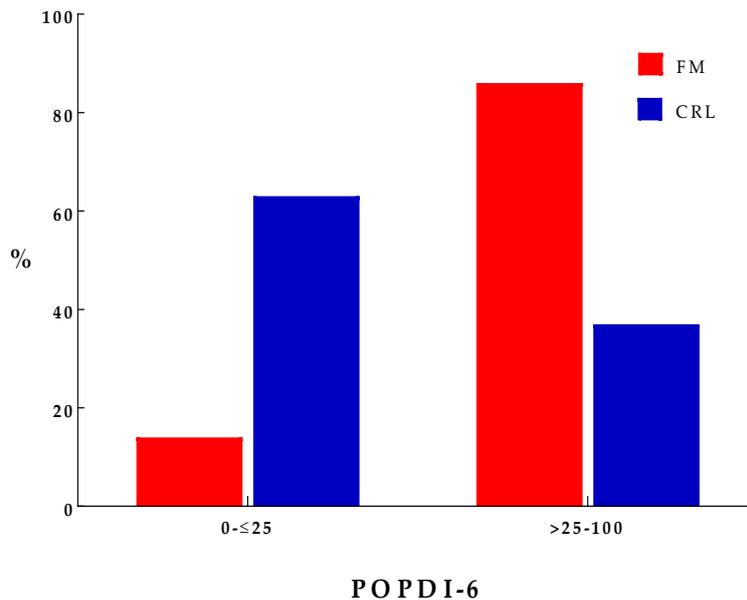
	FM (n=220)	CRL (n=140)	p*
malestar del suelo pélvico (PFDI-20) (rango 0-300)	143,1± 50,1 (0-264,60)	96,1 ±56,1 (0-197,9)	< 0,0001
malestar síntomas del prolapso genital (POPDI-6) (rango 0-100)	44,6 ± 20,7 (0-91,67)	28,1 ± 19,3 (0-70,83)	< 0,0001
malestar síntomas colo-rectales-anales (CRADI-8) (rango 0-100)	41,5 ± 19,0 (0-96,88)	32,3 ± 19,2 (0-75,00)	< 0,0001
malestar síntomas urinarios (UDI-6) (rango 0-100)	54,6 ±23,9 (0-100)	35,5 ±26,7 (0-91,67)	< 0,0001

* Se resaltan en negrita los valores de P que fueron estadísticamente significativos.

5.5.1. Sintomatología del prolapso genital (POPDI-6)

El número de pacientes FM con malestar moderado-grave debido a la sintomatología de prolapso vaginal fue de 190, frente a solo a 52 sujetos CRL, siendo la diferencia entre ambas muestras estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). En la Figura 1 se exponen estos datos en forma de porcentaje, lo que permite apreciar con mayor claridad como en el grupo FM predominó el malestar moderado-grave, en tanto que en el grupo CRL predominó el malestar nulo-leve”.

Figura 1: Porcentaje de casos con POPDI-6 inferior y superior a 25 puntos en FM y CRL ($p < 0,0001$)



En los diferentes gráficos de la Figura 2 se aprecian los porcentajes obtenidos en las diferentes variables del malestar de los síntomas por prolapso

genital (POPDI-6) en el grupo de mujeres con FM y en el grupo CRL evaluados en función de la intensidad de los síntomas.

Figura 2A: Presion en la parte baja del abdomen (p<0,001)

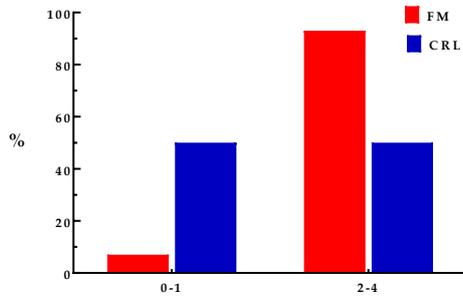


Figura 2B: Pesadez en la zona pélvica (p<0,0001)

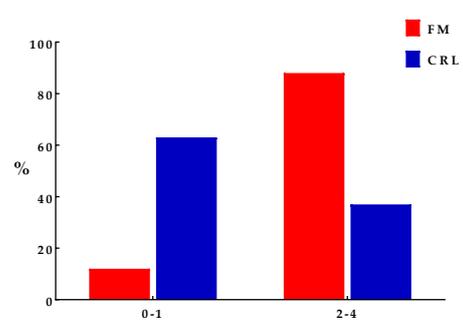


Figura 2C: Prolapso vaginal (p<0,0001)

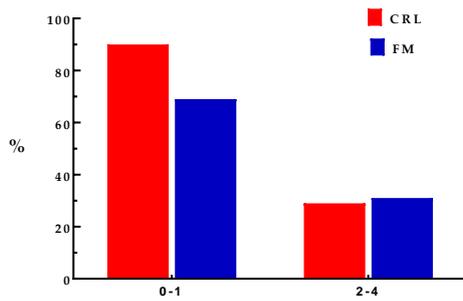


Figura 2D: Necesidad de empujar para poder defecar (p<0,0001)

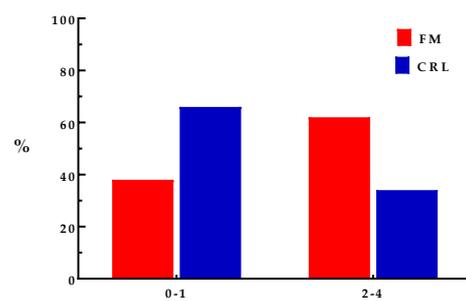


Figura 2E: Sensación de micción incompleta (p<0,0001)

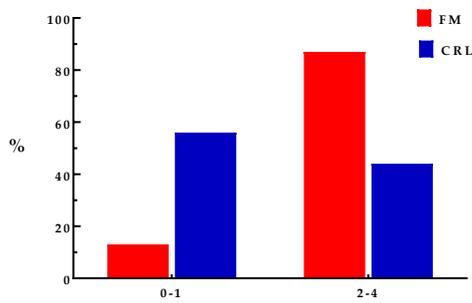
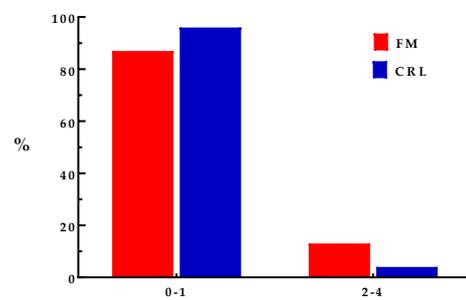


Figura 2F: Necesidad de empujar para poder orinar (p=0,0089)

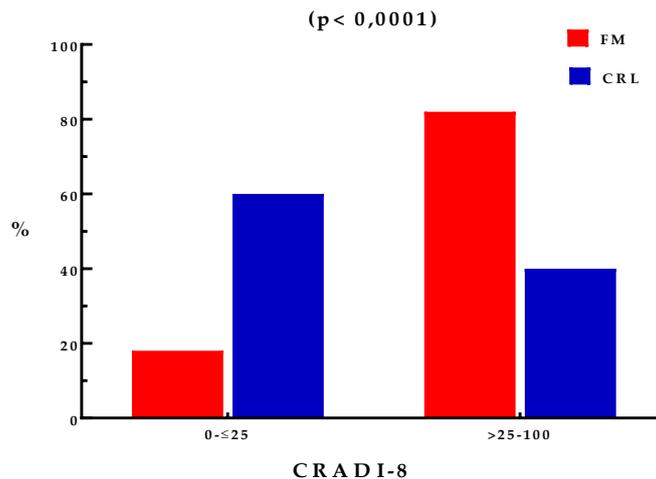


Puede observarse que para, todos los síntomas evaluados, la intensidad del malestar fue mayor en FM que en CRL.

5.5.2 Sintomatología colo-rectal-anal (CRADI-8).

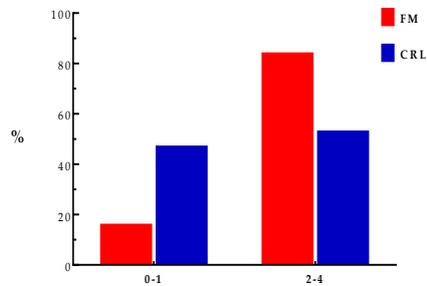
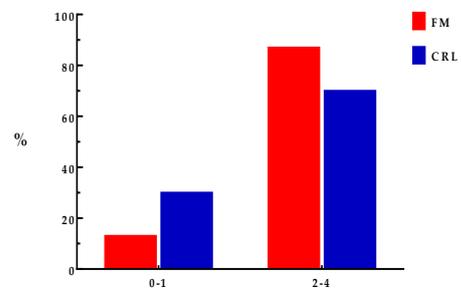
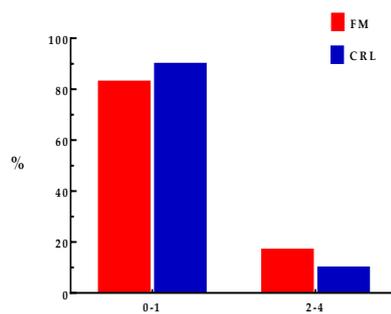
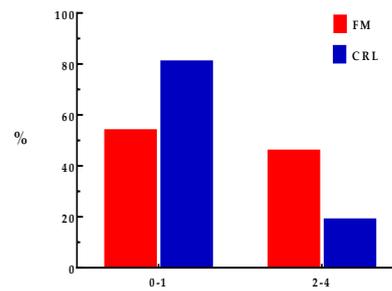
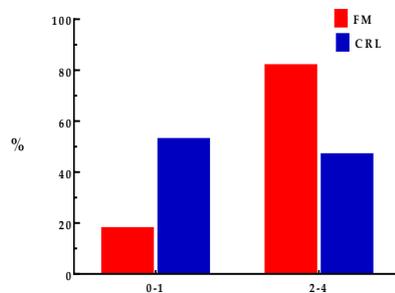
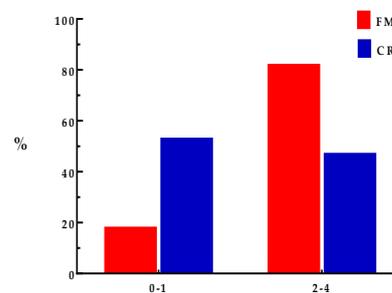
El número de pacientes FM con malestar “moderado-grave” debido a la sintomatología colo-rectal-anal fue de 181, frente a solo a 56 sujetos CRL, siendo la diferencia entre ambas muestras estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). En la Figura 3 se exponen estos datos en forma de porcentaje, lo que permite apreciar con mayor claridad como en el grupo con FM predominó el malestar moderado-grave, en tanto que en el grupo CRL predominó el malestar “nulo-leve”.

Figura 3: Porcentaje de casos con CRADI-8 inferior y superior a 25 puntos en controles y en pacientes con fibromialgia



En los diferentes gráficos de la Figura 4 se muestran los porcentajes obtenidos en las diferentes variables colo-rectales-anales (CRADI-8) relacionados con el malestar del suelo pélvico en el grupo de mujeres con FM y en el grupo CRL.

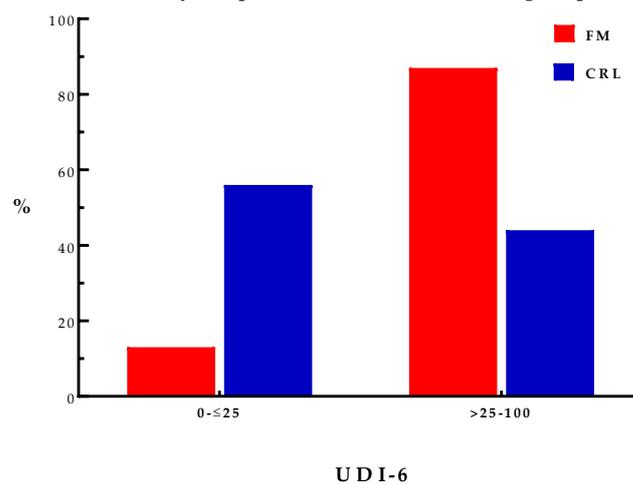
Puede observarse que el único apartado en el que no se registraron diferencias entre FM y CRL fue en el de la emisión involuntaria de heces sólidas.

Figura 4A: Esfuerzo para defecar ($p < 0,0001$)Figura 4B: Tenesmo rectal ($p < 0,0001$)Figura 4C: Pérdida involuntaria de heces sólidas ($p = 0,2139$)Figura 4D: Pérdida involuntaria de heces líquidas ($p < 0,0001$)Figura 4E: Pérdida involuntaria de heces gaseosas ($p < 0,0001$)Figura 4F: Dolor al defecar ($p < 0,0001$)

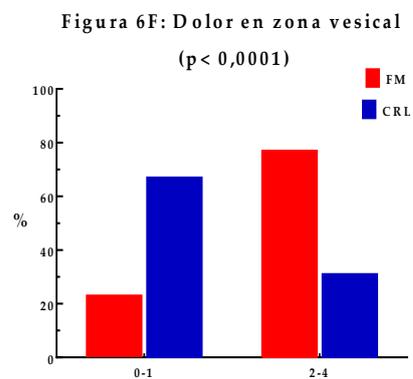
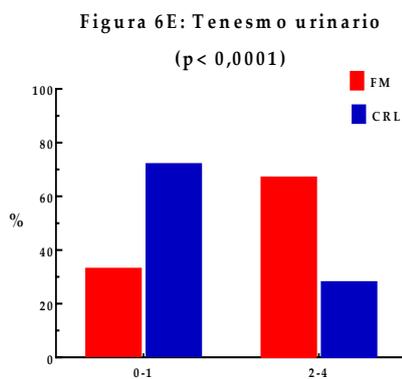
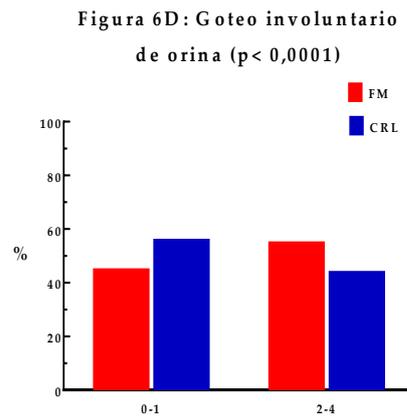
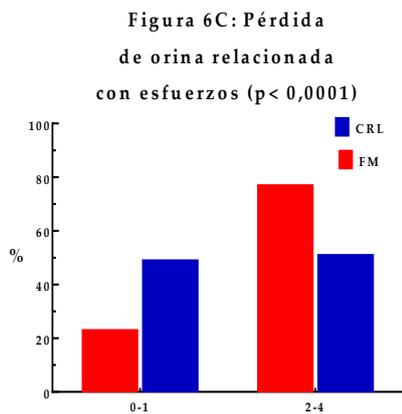
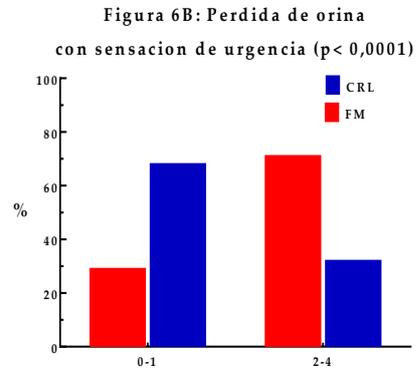
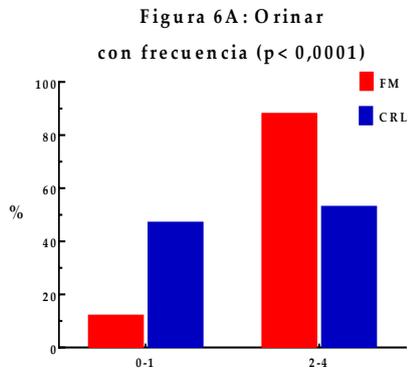
5.5.3 Sintomatología urinaria (UDI-6).

El número de pacientes FM con malestar “moderado-grave” debido a la sintomatología urinaria fue de 189, frente a solo a 61 sujetos CRL, siendo la diferencia entre ambas muestras estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). En la Figura 5 se exponen estos datos en forma de porcentaje, lo que permite apreciar con mayor claridad como en el grupo FM predominó el malestar moderado-grave, en tanto que en el grupo CRL predominó el malestar “nulo-leve”.

Figura 5: Porcentaje de casos con UDI-6 inferior y superior a 25 puntos en controles y en pacientes con fibromialgia ($p < 0,0001$)



En los diferentes gráficos de la Figura 6 se muestran los porcentajes obtenidos en las diferentes variables de los síntomas urinarios (UDI-6) en el grupo de mujeres con FM y del grupo CRL.



Puede observarse que para todos los síntomas la intensidad del malestar fue mayor en FM que en CRL.

5.6 Impacto de la Disfunción del Suelo Pélvico (PFIQ-7).

En la Tabla 7 se observa que el impacto de la disfunción del suelo pélvico, en todas sus dimensiones, fue mayor en las mujeres con fibromialgia que en las CRL, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0023$). La sintomatología relacionada con vejiga/orina supuso un impacto ligeramente superior con respecto a la del intestino/recto y vagina/pelvis.

Tabla 7. Impacto en el Suelo Pélvico (PFIQ-7)

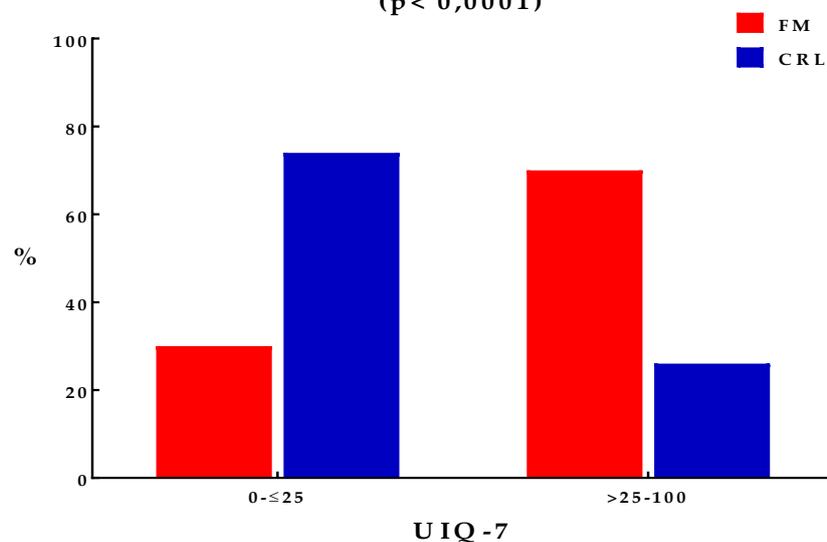
	FM (n=220)	CRL (n=140)	p*
impacto del suelo pélvico (PFIQ-7) (rango 0-300)	122,4 ± 76,7 (0-300)	100,6 ± 68,8 (0-300)	0,0128
impacto síntomas vejiga/orina (UIQ-7) (rango 0-100)	40,49 ± 27,8 (0-99,99)	31,03 ± 25,3 (0-99,99)	0,0023
impacto síntomas intestino/recto (CRAIQ-7) (rango 0-100)	32,2 ± 27,9 (0-99,99)	23,8 ± 21,8 (0-99,99)	0,0035
impacto síntomas vagina/pelvis (POPIQ-7) (rango 0-100)	33,6 ± 30,9 (0-99,99)	23,9 ± 21,3 (0-99,99)	0,0016

*Se resaltan en negrita los valores de p que fueron estadísticamente significativos.

5.6.1. Sintomatología urinaria (UIQ-7).

El número de pacientes FM con impacto “moderado-grave” debido a la sintomatología urinaria fue de 154, frente a solo a 37 sujetos CRL, siendo la diferencia entre ambas muestras estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). En la Figura 7 se exponen estos datos en forma de porcentaje, lo que permite apreciar con mayor claridad como en el grupo FM predominó el impacto “moderado-grave”, en tanto que en el grupo CRL predominó el impacto “nulo-leve”.

Figura 7: Porcentaje de casos con UIQ-7 inferior y superior a 25 puntos en controles y en pacientes con fibromialgia ($p < 0,0001$)



En los diferentes gráficos de la Figura 8 se muestran los porcentajes obtenidos tras evaluar el impacto de la disfunción del suelo pélvico en relación a

la presencia de sintomatología urinaria (UIQ-7) en el grupo de mujeres con FM y en del grupo CRL.

Puede observarse que el impacto “moderado-grave” fue siempre significativamente mayor en FM que en CRL a excepción de la frustración, que fue superior en CRL.

Figura 8A: Impacto sobre las tareas domésticas (p=0,0047)

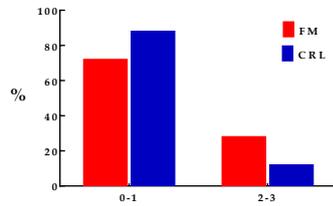


Figura 8B: Impacto sobre el ejercicio físico (p< 0,0001)

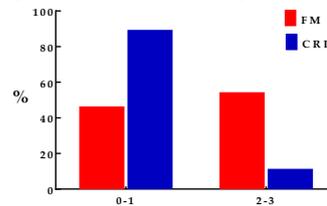


Figura 8C: Impacto sobre actividades de ocio (p=0,0072)

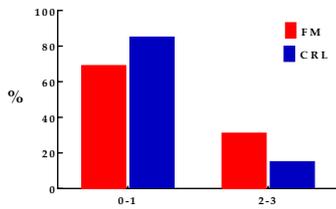


Figura 8D: Impacto sobre los viajes (p<0,0001)

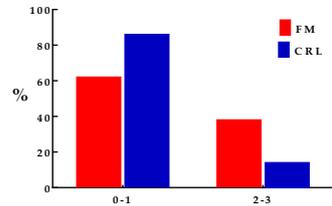


Figura 8E: Impacto sobre actividades sociales (p=0,0006)

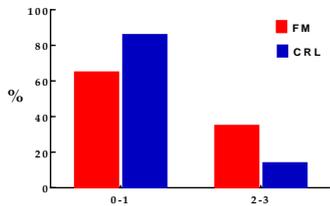


Figura 8F: Impacto sobre salud emocional (p< 0,0001)

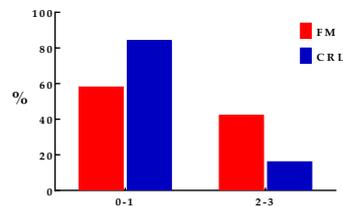
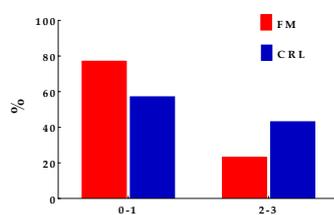


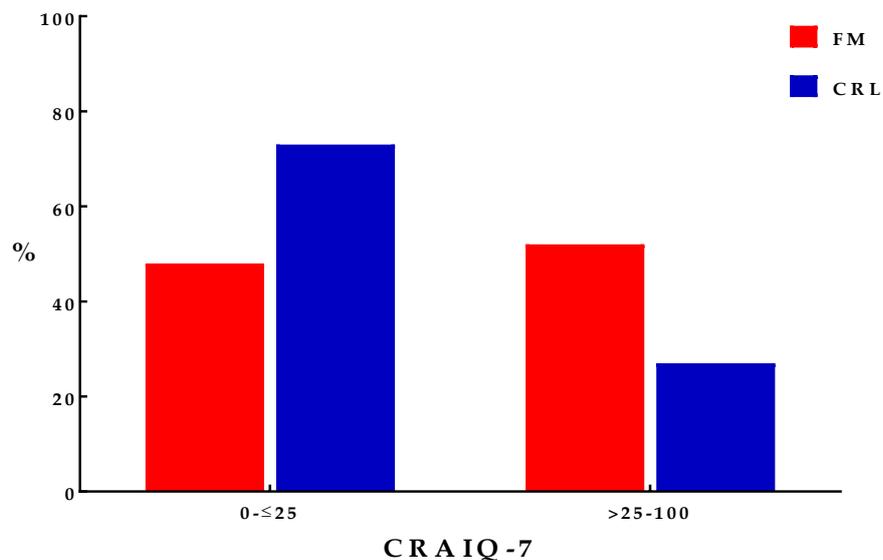
Figura 8 G: Frustración (p=0,0026)



5.6.2. Sintomatología colo-recto-anal (CRAIQ-7).

El número de pacientes FM con impacto “moderado-grave” debido a la sintomatología colo-rectal-anal fue de 115, frente a solo a 41 sujetos CRL, siendo la diferencia entre ambas muestras estadísticamente significativa ($p=0,0005$). En la Figura 9 se exponen estos datos en forma de porcentaje, lo que permite apreciar con mayor claridad como en el grupo FM predominó el impacto “moderado-mucho”, en tanto que en el grupo CRL predominó el impacto “nulo-leve”.

Figura 9: Porcentaje de casos con CRAIQ -7 inferior o superior a 25 puntos en FM y CRL ($p=0,0005$)



En los diferentes gráficos de la Figura 10 se muestran los porcentajes obtenidos en las diferentes variables sobre la realización de diferentes actividades, relacionadas con la presencia de los síntomas colo-recto-anales (CRAIQ-7) en el grupo de FM y en el grupo CRL.

Puede observarse que se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos a excepción del impacto sobre las actividades de ocio y sobre los viajes.

Figura 10A: Impacto sobre las tareas domésticas (p=0,0069)

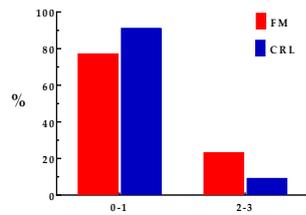


Figura 10B: Impacto sobre el ejercicio físico (p < 0,0001)

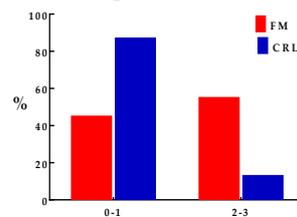


Figura 10C: Impacto sobre actividades de ocio (p=0,9105)

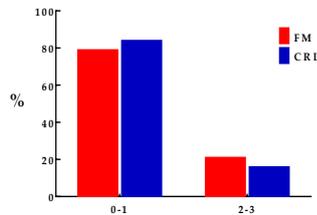


Figura 10D: Impacto sobre los viajes (p=1,802)

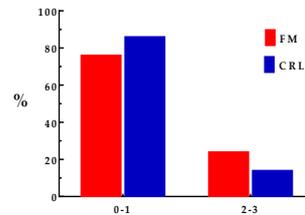


Figura 10E: Impacto sobre actividades sociales (p= 0,0063)

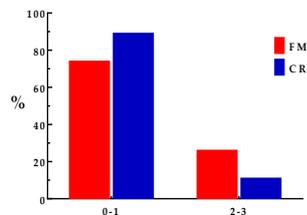


Figura 10F: Impacto sobre actividades sociales (p= 0,0200)

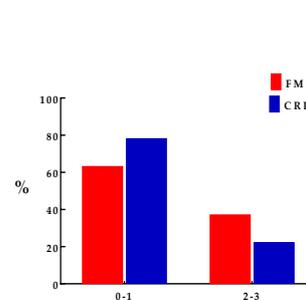
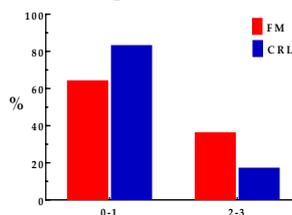


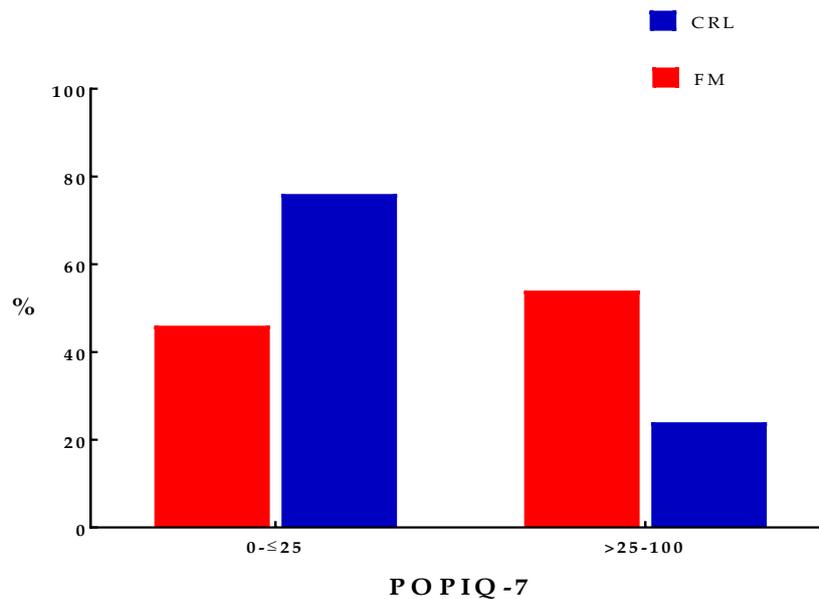
Figura 10G: Frustración (p= 0,0023)



5.6.3. Sintomatología del prolapso genital (POPIQ-7).

El número de pacientes FM con impacto “moderado-grave” debido a la sintomatología por prolapso vaginal fue de 120, frente a solo a 33 sujetos CRL, siendo la diferencia entre ambas muestras estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). En la Figura 11 se exponen estos datos en forma de porcentaje, lo que permite apreciar con mayor claridad como en el grupo FM predominó el impacto “moderado-grave”, en tanto que en el grupo CRL predominó el impacto “nulo-leve”.

Figura 11: Porcentaje de casos con POPIQ -7 inferior o superior a 25 puntos en FM y CRL ($p < 0,0001$)



En los gráficos de la Figura 12 se muestran los porcentajes obtenidos en las distintas variables sobre la realización de diferentes actividades relacionadas con la presencia de los síntomas de prolapso genital (POPIQ-7) del suelo pélvico, tanto en el grupo de FM como en el grupo CRL.

Puede observarse que hubo diferencias significativas entre ambos grupos respecto a todos los ítems, siendo siempre superior el impacto en FM que en CRL.

Figura 12A: Impacto sobre las tareas domésticas (p= 0,0005)

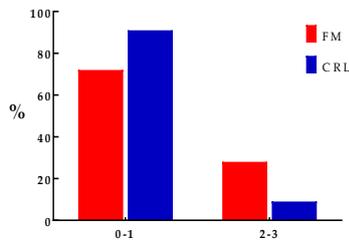


Figura 12B: Impacto sobre el ejercicio físico (p=0,0040)

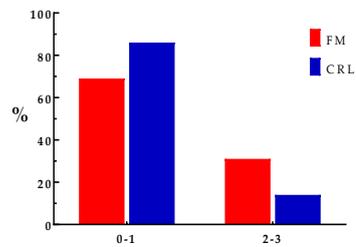


Figura 12C: Impacto sobre actividades de ocio (p=0,0100)

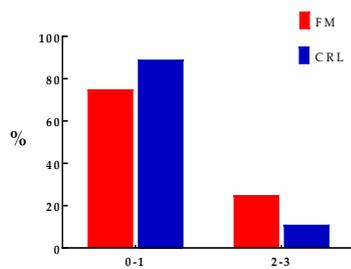


Figura 12D: Impacto sobre los viajes (p=0,0013)

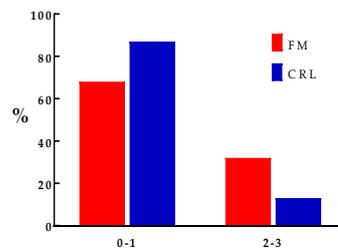


Figura 12E: Impacto sobre actividades sociales (p< 0,0001)

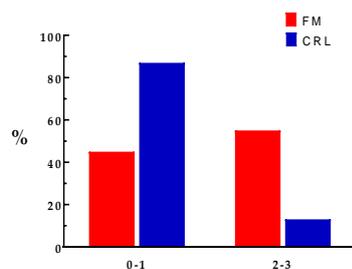


Figura 12F: Salud emocional (p=0,0009)

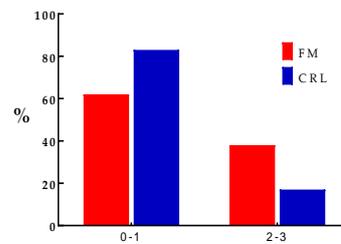
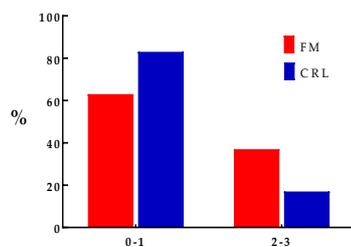


Figura 12G: Frustración (p=0,0014)



5.7. Aspectos psicosociales.

4.7.1. Calidad de vida (SF-12).

Respecto la escala de la calidad de vida (SF-12) (Tabla 8), la puntuación total de las mujeres CRL respecto al componente físico y mental, fue mayor en la mujeres con FM con respecto a las mujeres CRL ($p < 0,0001$, respectivamente).

Tabla 8: Calidad de vida (SF-12) respecto al componente físico (PCS) y mental (CSM).

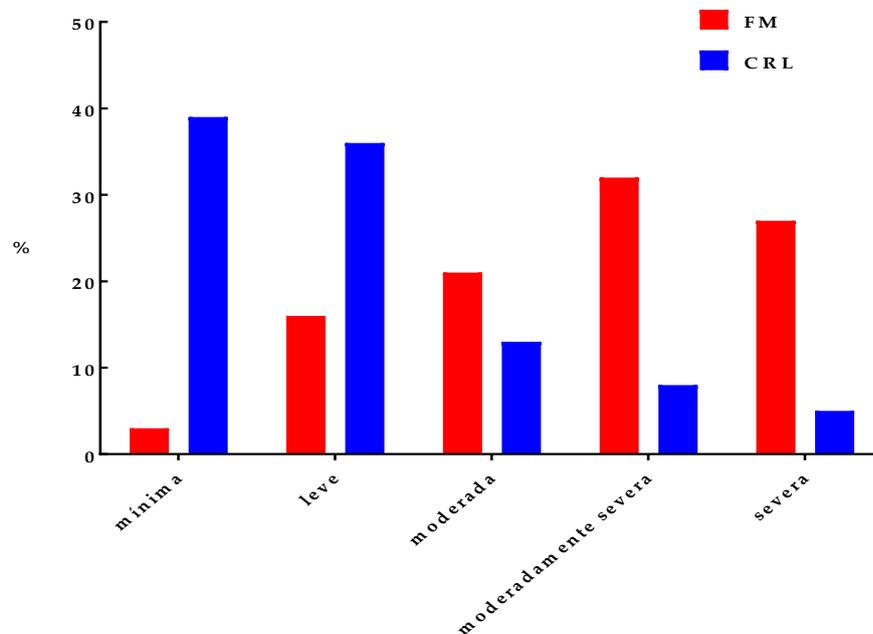
	FM (n=220)	CRL (n=140)	P*
SF-12(PCS) (media \pm DS) (rango 0-100)	33,02 \pm 0,7131 (13,21- 64,62)	47,62 \pm 1,128 (7,84-65,86)	< 0,0001
SF-12(MCS) (media \pm DS) (rango 0-100)	30,99 \pm 0,7579 (14,36-65,55)	45,52 \pm 1,612 (16,06-58,94)	< 0,0001

* Se resaltan en negrita los valores de P que fueron estadísticamente significativos.

5.7.2. Estado de ánimo (PHQ-9).

Se tomó la puntuación 10 como punto de corte de la existencia de depresión mayor (Kroenke et al., 2001; Moriarty et al., 2015), pudiendo observarse que el 35 (25%) del grupo CRL y 170 (80,4%) del grupo FM superaban este punto de corte ($p < 0,0001$).

Gráfica 13: Cuantificación de la intensidad de la sintomatología depresiva en mujeres con FM y CRL ($p < 0,0001$)



En la gráfica 13 se aprecia la cuantificación de la sintomatología depresiva (Kroenke et al., 2001), en la que el porcentaje es mayor en las mujeres con FM que presentaron intensidad “moderada-moderadamente severa-severa” mientras que el mayor porcentaje en las mujeres CRL fue de intensidad “mínima-leve”.

5.7.3 Gravedad del insomnio (ISI)

Respecto a la gravedad del insomnio, como puede observarse en la Tabla 9, el 91,8% de las mujeres con FM y el 42,2% de las mujeres del grupo CRL presentaron una puntuación ≥ 8 indicativa de insomnio clínicamente relevante. La puntuación total es $18,0 \pm 6,3$ y $7,3 \pm 4,8$ para mujeres con FM y CRL, respectivamente. Las mujeres con FM presentaron más problemas de insomnio que las mujeres CRL ($p < 0,0001$) y además, presentaron peor puntuación respecto a la dificultad nocturna, sueño insatisfactorio e insomnio diurno.

Tabla 9: Sintomatología relacionada con el insomnio en mujeres con FM y CRL.

	FM (n=220)	CRL (n=140)	p*
insomnio clínicamente relevante (punto de corte ≥ 8)	202 (91,8%)	59 (42,2%)	<0,0001
dificultades nocturnas (rango 0-12)	7,3 \pm 3,4 (0-12)	3,9 \pm 3,7 (0-12)	<0,0001
sueño insatisfactorio (rango 0-12)	8,1 \pm 2,9 (0-12)	4,4 \pm 2,1 (0-9)	<0,0001
insomnio diurno (rango 0-12)	8,0 \pm 2,7 (0-12)	4,0 \pm 3,4 (0-12)	<0,0001

* Se resaltan en negrita los valores de P que fueron estadísticamente significativos.

5.7.4 Ansiedad (STAI).

La puntuación media de la ansiedad estado (STAI A/E) fue mayor en las mujeres CRL (21,9 \pm 6,1) con respecto a las mujeres con FM (18,6 \pm 6,14) mientras que la ansiedad rasgo (STAI A/R) fue mayor en las mujeres con FM (32,6 \pm 4,8) que en las mujeres CRL (29,6 \pm 4,3) ($p < 0,0001$, en ambos casos). Se seleccionó el punto de corte de ≥ 40 de ansiedad clínicamente relevante de acuerdo con el estudio de Julian (2011); como puede verse en la Tabla 10, la proporción de mujeres CRL con ansiedad rasgo clínicamente relevante fue significativamente superior a la de las mujeres FM.

Tabla 10: Ansiedad Estado (STAI/E) y Ansiedad Rasgo (STAI/R) con puntuación inferior y superior o igual a 40 puntos en mujeres con FM y CRL.

	FM (n=220)	CRL (n=140)	p*
STAI/E ≥ 40	217 (95,9%)	140 (100%)	0,1653
STAI/R ≥ 40	151 (68,6%)	119 (85%)	0,0005

* Se resaltan en negrita los valores de P que fueron estadísticamente significativos.

5.7.5 Dolor Corporal (BPI).

La presencia de dolor corporal se estudió en dos dimensiones: intensidad e impacto del mismo sobre las actividades de la vida cotidiana. Respecto a la intensidad del dolor, la puntuación media global fue superior en las mujeres con FM ($6,1 \pm 2,1$) con respecto a las mujeres del grupo CRL ($2,5 \pm 2,8$) ($p < 0,0001$). Lo mismo sucedió con el impacto del dolor, siendo $6,7 \pm 2,3$ en mujeres con FM y $2,8 \pm 3,2$ en mujeres CRL ($p < 0,0001$).

Se consideró como intensidad del dolor clínicamente relevante aquella ≥ 4 puntos, escogiéndose dicho punto de corte por ser el que habitualmente se utiliza en estudios relacionado con el dolor crónico (Badía et al., 2003). En la Tabla 11 puede observarse el porcentaje de mujeres que superó dicho punto de corte fue significativamente mayor en el grupo FM que en el grupo CRL.

Tabla 11: Gravedad e impacto del dolor con puntuación inferior y superior o igual a 4 puntos en FM y CRL

	FM (n=220)	CRL (n=140)	p*
intensidad del dolor corporal <4	32 (14,6%)	93 (66,4%)	< 0,0001
intensidad del dolor corporal ≥4	188 (85,4%)	47 (33,60%)	< 0,0001

* Se resaltan en negrita los valores de P que fueron estadísticamente significativos.

5.7.6 Función sexual (CSFQ-mujeres).

La percepción de la vida sexual de las mujeres con FM y CRL medida mediante la escala CSFQ-mujeres registró que la puntuación media total de las

mujeres del grupo CRL fue $41,7 \pm 8,9$ y, por tanto, percibían mayor grado de satisfacción en su vida sexual que las mujeres con FM con una puntuación de $35,7 \pm 9,3$ ($p < 0,0001$).

Se tomó la puntuación <41 puntos como punto de corte de la existencia de disfunción sexual (Clayton, 1998): 42 (30,0%) CRL y 151 (68,6%) FM presentaron puntuaciones inferiores a 41 puntos ($p < 0,0001$).

En la Tabla 12 se observan las puntuaciones alcanzadas en las distintas dimensiones siendo el grupo CRL el que presentó mejores resultados.

Tabla 12: Dimensiones de la función sexual (CSFQ-mujeres) en FM y CRL

	FM (n=220)	CRL (n=140)	p*
Placer (rango 1-5)	2,3 ± 1,1 (1-5)	3,1 ± 1,4 (1-5)	< 0,0001
deseo/frecuencia (rango 2-10)	5,1 ± 1,7 (2-9)	6,2 ± 2,2 (2-10)	< 0,0001
deseo/interés (rango 3-15)	6,4 ± 2,5 (3-14)	8,2 ± 2,6 (3-13)	< 0,0001
Excitación (rango 3-15)	7,6 ± 2,7 (3-15)	10,3 ± 3,4 (3-15)	< 0,0001
Orgasmo (rango 3-15)	8,4 ± 2,8 (3-14)	10,4 ± 2,9 (3-15)	< 0,0001

* Se resaltan en negrita los valores de p que fueron estadísticamente significativos.

5.8. Impacto de la enfermedad (FIQ-R) en las mujeres con FM.

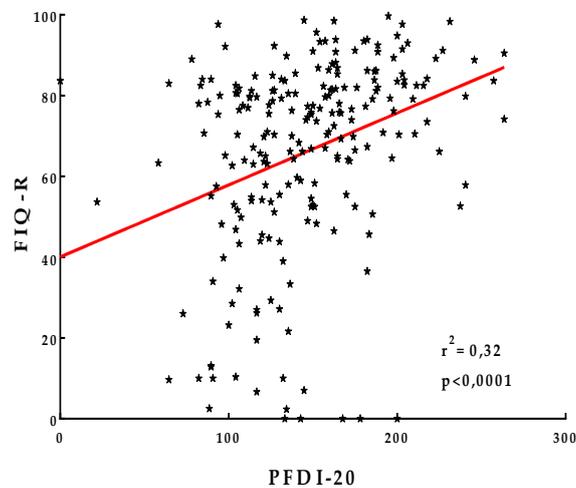
Respecto al impacto de la FM, la puntuación media fue elevada ($70,60 \pm 18,69$), significando un alto impacto de la enfermedad sobre la vida diaria ($p < 0,0001$). (Tabla 13).

Tabla 13: Impacto y sus dimensiones de la FM (FIQ-R) en mujeres con FM

	FM (n=220)
FIQ-R (rango 0-100)	$70,60 \pm 18,69$ (13,17-99,67)
función (rango 0-30)	$20,36 \pm 6,47$ (1,7-30)
impacto (rango 0-20)	$14,40 \pm 4,86$ (0-20)
síntomas (rango 0-50)	$35,84 \pm 9,41$ (7,5-50)

En la Gráfica 14 se observa la correlación entre los valores totales del impacto de la FM (FIQ-R) y del malestar del suelo pélvico (PFDI-20), pudiendo apreciarse que a mayor grado de malestar del suelo pélvico más elevada la puntuación del FIQR.

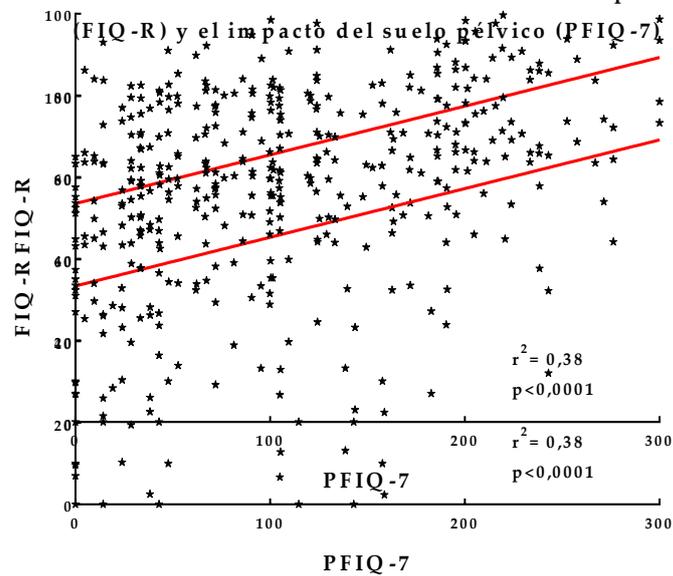
Gráfica 14: Correlación entre los valores totales del impacto de la FM (FIQ-R) y el malestar del suelo pélvico (PFDI-20)



En la Gráfica 15 se observa la correlación entre los valores totales del impacto de la FM (FIQ-R) y del impacto del suelo pélvico (PFIQ-7), pudiendo apreciarse que a mayor impacto del suelo pélvico más elevada la puntuación del FIQR.

Gráfica 15: Correlación entre los valores totales del impacto de la FM (FIQ-R) y el impacto del suelo pélvico (PFIQ-7)

Gráfica 15: Correlación entre los valores totales del impacto de la FM



VI - DISCUSIÓN

VI - DISCUSIÓN

6.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y ASPECTOS CLÍNICOS ESTUDIADOS

Observando los resultados obtenidos con respecto a los datos sociodemográficos, podemos comprobar que la edad media de la muestra en mujeres con FM es de 44 años, lo que es coherente con la edad de máxima incidencia de la FM que oscila entre 40 y 60 años (Weir, 2006; Queiroz, 2013), aunque en la franja más baja de este rango coincidiendo con el estudio de Mas et al., (2008) que la estima entre 40 y 49 años. En el grupo control, la edad media es de 42 años, similar a la del grupo de mujeres con FM. Dado que el 64,32% de las encuestas totales se recogieron de forma “on line”, las mujeres que la cumplimentaron fueron aquellas acostumbradas a utilizar el ordenador y a navegar por internet, de ahí que haya menor incidencia en pacientes de edad avanzada. Los datos publicados en la encuesta del Instituto Nacional de Estadística (INE) (Vicente, 2011), muestran que el perfil de los usuarios que más utilizaban internet, mediante teléfonos móviles u ordenadores personales en los hogares españoles, fueron los de menor edad, mayor nivel de estudios y de ingresos, y activos laboralmente.

También se observa que hay mayor porcentaje de mujeres casadas o en pareja tanto en la muestra de FM como en la de CRL; siendo la muestra representativa de la población general española femenina casada o en pareja en 2015, que fue de 10.182,5 con respecto a un total de 19.744,3, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) (Encuesta de Población Activa, 2017).

El nivel socio-cultural es más bajo en las mujeres con FM que en las del grupo CRL siendo este un hallazgo habitual en estudios sobre la epidemiología de FM (Medrano et al., 2010; Queiroz, 2013; Kang et al., 2015).

Respecto a la actividad laboral, aunque en ambas muestras la mayoría de las mujeres trabajan fuera de casa, resultan más numerosos los casos de baja laboral transitoria e invalidez permanente entre las mujeres con FM. Esto se debe a que pueden desarrollar un grado de incapacidad suficiente para impedirles continuar trabajando, habiéndose estimado que entre el 25 y el 50% de las pacientes con fibromialgia abandonan o pierden su empleo como repercusión de su enfermedad (Briones et al., 2015). El estudio EPISER 2000 cuantificó que el 11% de las personas con fibromialgia se encontraban en incapacidad laboral temporal o permanente frente al 3.2 % de la población general (Carmona et al., 2001).

En relación a las variables menstruales, los datos muestran mayor proporción de factores anormales tales como el flujo menstrual intenso, la presencia de coágulos y la dismenorrea en la muestra de mujeres con FM que en las mujeres del grupo CRL. Resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado por Terzi et al. (2015), sobre la relación del síndrome premenstrual y la dismenorrea en mujeres con fibromialgia, publicando que hubo mayor proporción en la frecuencia del síndrome pre-menstrual y de dismenorrea en las mujeres con FM con respecto a la población general femenina. Wei et al., (2016), dio una explicación al respecto al considerar que el dolor menstrual es la afección ginecológica más frecuente y se asocia a una alta comorbilidad con muchos trastornos funcionales del dolor, como es el caso de la fibromialgia.

La FM presenta una base fisiopatológica común a otras enfermedades que pertenecen al conjunto del síndrome de sensibilización central; por tanto, tiende a asociarse con ellas (Yunus, 2012). Esto es bien sabido debido a estudios previos sobre este tema (Vij et al., 2015; Cashman et al., 2016; Penfold et al., 2016). Por tanto, era de esperar la elevada comorbilidad en nuestra muestra de FM, con un porcentaje del 76,1%.

En el grupo CRL, se ha encontrado que el 39,6% sufre alguna de estas patologías siendo la migraña la más frecuente (12,6%) seguida del síndrome de fatiga crónica (10,8%). En un estudio sobre la prevalencia total de la migraña en población general española, se halló que la sufrían el 12,6% de la población general siendo el 17,2% mujeres (Matías et al., (2011); siendo nuestros resultados algo inferiores. Sin embargo, el porcentaje obtenido en nuestro grupo CRL sobre el síndrome de fatiga crónica en población general (10,8%) parece excesivamente elevado. Si revisamos la literatura científica, estudios previos publicaron que países como Estados Unidos o Reino Unido presentaban una prevalencia entre 0,007% y el 2,5% de la población general, respectivamente (Price et al., 1992; Gunn et al., 1993). Creemos que las mujeres de nuestro grupo CRL confundieron la fatiga con el síndrome de fatiga crónica. Esta última es una enfermedad compleja y grave siendo su característica principal la fatiga física o mental persistente, acompañada de otros síntomas como el dolor muscular, los trastornos del sueño y/o la presencia de ganglios axilares, y/o abdominales. En su revisión sobre este síndrome, Unger (2016) comentó que es frecuente la confusión entre la simple fatiga y el síndrome de fatiga crónica, afirmación que tiende a reforzar nuestra hipótesis.

6.2 FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA CON LA DSP

Antes de empezar a desarrollar este apartado, es preciso aclarar que las mujeres que conforman la población de estudio sólo expresan, de forma subjetiva, que presentan al menos un síntoma relacionado con la DSP durante los tres meses previos a la recogida de datos de este estudio. Por tanto, ello no necesariamente implica que se trate de una sintomatología grave ni necesitada de tratamiento.

En lo que se refiere a la frecuencia de presentación de sintomatología relacionada con la DSP, se confirma el objetivo principal de nuestro estudio al encontrar que es más frecuente la presencia de este tipo de síntomas en mujeres con FM que en mujeres del grupo CRL aunque la proporción es elevada en ambas muestras (el 97,3% en mujeres con FM y el 63,1% en mujeres del grupo CRL). En lo que respecta a la población general, Nygaard et al., (2008), encontraron que el 23,7% de las mujeres americanas presentaron uno o más síntomas relacionados con la DSP. Otro estudio realizado por Torres et al., (2016), en mujeres de los Emiratos Árabes, mostró que la prevalencia global fue del 42%. Atendiendo a nuestros datos (el 63,1% de mujeres del grupo CRL padecen sintomatología relacionada con DSP), se observa que el porcentaje es más elevado y podría deberse a que nuestro grupo CRL pudo sobrevalorar la sintomatología que padece.

En cuanto a los distintos tipos de sintomatología de la DSP, la más frecuente fue la de carácter urinario (60% en el grupo de mujeres con FM y 44,3% en el grupo CRL); en el grupo de FM, le siguieron los síntomas del prolapso (el 24,5%) y, con el porcentaje más bajo, los síntomas fecales (el 15,9%); sin embargo, en las mujeres del grupo CRL, fue a la inversa (síntomas fecales el 32,9% y síntomas del prolapso genital el 22,8%) (Tabla 5). En estudios previos en población general, se

han encontrado resultados similares a los nuestros en el grupo CRL, siendo más frecuentes los síntomas urinarios seguidos de los síntomas fecales y, con porcentajes más bajos, los síntomas relacionados con el prolapso genital. Por ejemplo, en el estudio de Nygaard et al., (2008), se observó que la incontinencia urinaria fue la más frecuente (15,7%) seguida de la sintomatología fecal (9%) y, por último, del prolapso (2,9%). Y en otro estudio (Torres et al., 2016), la prevalencia de la sintomatología urinaria fue del 50%; de la sintomatología fecal del 52,7% y, por último, el 19,4% de la sintomatología relacionada con el prolapso genital. No hemos encontrado estudios previos sobre la frecuencia de presentación de los distintos tipos de sintomatología de la DSP en mujeres con FM.

Como ya se dijo antes, la frecuencia de los síntomas urinarios en nuestro estudio, fue significativamente superior en el grupo de las mujeres con FM que en el grupo CRL. Atendiendo a los distintos tipos de síntomas urinarios observados, la pérdida involuntaria de orina fue el síntoma más frecuente, presentando un porcentaje muy similar en ambas muestras (25,5% en FM y 25,7% en CRL). Sólo fue significativamente más frecuente orinar durante el día ya que otros síntomas, como molestias o infecciones, aunque más frecuentes en FM, debido a su baja frecuencia de presentación, no llegaron a presentar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Esta prevalencia de la incontinencia urinaria encontrada en los resultados de nuestro grupo CRL es coherente con los resultados hallados en estudios previos en población general femenina. Los estudios españoles realizados por Freire et al., (2004) y Rebassa et al., (2013), encontraron en sus resultados una prevalencia del 20% y del 24%, respectivamente. En el estudio de Thüroff (2008),

se observó que un 25% de la población femenina respondió que sí a la pregunta de si ha tenido alguna vez escapes involuntarios de orina, pero sólo un 7% tuvo una incontinencia urinaria con una gravedad que implicó una afectación de su calidad de vida. En un estudio cubano, se encontró que el 53% de la muestra estudiada, formada por hombres y mujeres, presentaron al menos un síntoma relacionado con la incontinencia urinaria y un estudio posterior, demostró que existían diversos factores de riesgo compartidos por la misma población: sexo femenino, edad de 30 años y sedentarismo por aspectos laborales (Martínez et al., 2012).

En cuanto a la sintomatología fecal, en ambas muestras estudiadas se halló que era más prevalente la sintomatología relacionada con las molestias o dificultades para defecar (el 12,3% en mujeres con FM y el 17,8% en las mujeres del grupo CRL) (tabla 5), seguida de la pérdida involuntaria de heces sólidas, líquidas y/o gaseosas de forma global, (el 3,6% en mujeres con FM y el 15% en el grupo CRL) (tabla 5). El porcentaje hallado de la pérdida involuntaria de heces en ambos grupos está dentro del rango de prevalencias encontradas en estudios previos sobre la incontinencia fecal en población general femenina, que oscilaban entre el 2% y el 24% cuando la población a estudio respondió afirmativamente a preguntas como “*¿ha sufrido pérdida involuntaria de heces debido a la incapacidad para controlar la salida de las mismas hasta llegar al baño?*” o “*¿ha padecido pérdida involuntaria de heces sólidas, líquidas o moco al menos una vez en el mes pasado?*” (Varma et al., 2006; Whitehead et al., 2009). Este amplio rango de prevalencias fue interpretado por otros autores que estudiaron la incontinencia fecal en población general, observando que la inclusión de la incontinencia fecal gaseosa repercutía en un aumento de la prevalencia en la incontinencia fecal global respecto a la inclusión sólo de incontinencia de heces sólidas y/o líquidas (Macmillan et al.,

2004; Whitehead et al., 2009; Aitola et al., 2010; Maestre et al., 2013). En un estudio más reciente realizado en Chile, el 59,2% de las mujeres sufrían algún tipo de incontinencia fecal siendo la incontinencia gaseosa la más frecuente con un porcentaje de 89,9% frente a las heces sólidas y líquidas (Sanguineti et al., 2016). Es un hecho llamativo la elevada prevalencia de síntomas fecales presentes en las mujeres del grupo CRL de nuestro estudio y se podría pensar que ha tenido que ver la inclusión conjunta de la incontinencia fecal gaseosa junto con la sólida y/o líquida en nuestra pregunta, lo que no nos permite discriminar si, en efecto, son los gases los responsables de esta elevada frecuencia pero, por los datos aportados en los trabajos anteriores, cabe sospechar esa posibilidad. Además, frente a cualquier mínima alteración clínica, puede ser que el grupo CRL le diera más importancia que las mujeres con FM, quienes están más acostumbradas a padecer esta tipo de sintomatología.

Respecto a la sintomatología que se relaciona con el prolapso genital, se encontró en el 24,5% de mujeres con FM y el 22,8% de mujeres del grupo CRL. Dentro de este tipo de sintomatología, la más frecuente fue la presión en la parte baja del vientre (19,5% en mujeres con FM y 18'6% en el grupo CRL), síntoma que podría estar relacionado con otras muchas causas además del prolapso genital. Sin embargo, el síntoma "sensación de tener un bulto en la vagina", que es aquel que está más específicamente relacionado con la presencia de prolapso genital (Swift, 2002), lo refirieron muy pocas mujeres en ambas muestras (4,5% en mujeres con FM y 3,6% en mujeres del grupo CRL), siendo los resultados similares a los de otros estudios, donde se estima que la prevalencia del prolapso genital se encuentra en un rango entre el 2,9% y el 5,7% (Nygaard et al, 2008; Bradley & Nygaard, 2005; Rortveit et al., 2007). Adams et al., (2014), estudiaron la influencia de la fibromialgia en la sintomatología del prolapso genital femenino y

concluyeron que la fibromialgia se asocia con un mayor riesgo de mialgias del elevador del ano y a un 50% más de síntomas de disfunción del suelo pélvico tales como el prolapso de órganos pélvicos, la incontinencia fecal, los síntomas urinarios y la función sexual.

6.3 MALESTAR E IMPACTO DEL SUELO PÉLVICO

El “malestar del suelo pélvico” (PFDI-20) es un cuestionario que fue diseñado con la intención de proporcionar información sobre cómo la calidad de vida se ve afectada por la presencia y la gravedad del prolapso de órganos pélvicos, las condiciones colo-rectales-anales y las enfermedades del tracto urinario inferior, en mujeres tratadas por patología uroginecológica (Barber et al., 2001). En los resultados de nuestro estudio, se observa que el malestar del suelo pélvico es mayor en las mujeres que sufrían FM que en las mujeres del grupo CRL (143,1 vs 96,1 puntos, respectivamente siendo $p < 0,001$). Los síntomas urinarios fueron los que produjeron mayor malestar, seguidos de los síntomas del prolapso genital y de los síntomas colo-rectales-anales en las mujeres con FM. En las mujeres del grupo CRL, también fueron los síntomas urinarios los que produjeron más molestias, seguidos de los síntomas colo-rectales-anales y, por último, de los síntomas del prolapso genital (Tabla 6).

Gafni-Kane et al., (2012) evaluaron las puntuaciones obtenidas en el PFDI-20 en una muestra de 1376 mujeres procedentes de la población general, de las que 368 (46,4%) no refirieron ningún tipo de incontinencia, y 738 (53,6%) refirieron algún tipo de incontinencia; de estos, 365 casos (49,4% del grupo con incontinencia) padecían incontinencia urinaria, 127 casos (17,2% del grupo con incontinencia) padecían incontinencia anal y 246 casos (33,3% del grupo con

incontinencia) padecían ambos tipos de incontinencia. Las medianas de las puntuaciones totales del PFDI-20 fueron 0, para el grupo sin incontinencia, 18,8 en el grupo con incontinencia urinaria, 34,4 en el grupo con incontinencia anal y 49,6 en el grupo con incontinencia urinaria y anal. Para cada uno de los subgrupos mencionados, las puntuaciones medianas obtenidas en el POPDI fueron 0, 8,3, 8,3 y 16,7, las obtenidas en el CRADI fueron 0, 0, 6,3 y 12,5 y las obtenidas en el UDI fueron 0, 12,5, 0 y 25 respectivamente. En nuestro grupo control, en el que el PFDI-20 fue cumplimentados solo por aquellas mujeres que refirieron algún tipo de sintomatología relacionada con la DSP, la puntuación mediana del PFDI-20 fue de 61,5, la del POPDI fue de 16,7, la del CRADI fue 18,6 y la del UDI fue 22,9. Llama la atención el hecho de que todas las puntuaciones alcanzadas por el grupo control en nuestro estudio fueron similares o superiores a las obtenidas por mujeres con incontinencia urinaria y anal en el trabajo citado. Por otra parte, ambos estudios coinciden en observar que la prevalencia de síntomas de DSP en mujeres procedentes de la población general es elevada, ya que fue del 53,6% en el trabajo de Gafni-Kane et al., (2012), y del 63,1% en nuestro.

Jones et al., (2015) estudiaron el malestar del suelo pélvico, a través de una encuesta por internet, en mujeres con FM tratadas en consulta de reumatología, encontrando que el 93% de su muestra de 177 participantes experimentaban síntomas urinarios. El malestar del suelo pélvico mostró una puntuación media total de 159,1 puntos siendo las puntuaciones medias del POPDI 50,5, las del CRADI 58,2 y las del UDI 48,1 En nuestro trabajo, estas puntuaciones en el grupo con FM fueron 143,1, 44,6, 41,5 y 54,6 respectivamente. Ambos estudios coinciden en apreciar que el malestar del suelo pélvico es elevado en pacientes con FM, si bien en nuestro trabajo la sintomatología urinaria fue la que obtuvo la puntuación más elevada, en tanto que en el de Jones et al., fueron los síntomas colorrectales los

que alcanzaron mayor puntuación. Por lo que respecta al impacto de la fibromialgia, evaluada a través del FIQR en ambos trabajos, este fue superior en nuestro estudio, con una media de 70,6 puntos, que en el de Jones et al., (2015), cuya puntuación media fue 57,2.

Adams et al., (2014), evaluaron, mediante el uso tanto del PFDI-20 como el PFIQ-7, el malestar y el impacto producidos por la DSP en 1.113 mujeres tratadas en una consulta de uroginecología que referían síntomas de prolapso genital, comparando los datos obtenidos en mujeres sin y con fibromialgia. La prevalencia observada de fibromialgia en dicha muestra fue del 7%. Los autores encontraron que las mujeres que padecían fibromialgia alcanzaron puntuaciones medias significativamente superiores a aquellas que no la padecían, tanto en el PFDI-20 (145,0 frente a 110,5) y sus subescalas (POPDI 51,6 frente a 42,4, CRADI 37,9 frente a 28,5 y UDI 55,4 frente a 38,9) como en el PFIQ-7 (104,8 frente a 63,1). Aunque este trabajo se llevó a cabo en un grupo específico de pacientes con síntomas de prolapso genital, sus resultados confirman que el malestar e impacto producidos por la DSP son sustancialmente más elevados en mujeres con fibromialgia que en mujeres que no padecen este síndrome. Por otra parte, sus resultados coinciden con los nuestros en cuanto a la apreciación de que el malestar del suelo pélvico alcanzó puntuaciones más altas que el impacto producido por el mismo.

Los datos de los estudios citados, junto con los nuestros, vienen a resaltar algunos puntos comunes de interés. Por una parte, la confirmación de que la sintomatología relacionada a la DSP es altamente prevalente en la mujer. Por otra parte, el hecho de que el malestar producido por la DSP es mayor en mujeres con fibromialgia respecto a aquellas que no la padecen.

6.4 ASPECTOS PSICOSOCIALES

Respecto a la calidad de vida, las mujeres que sufrían FM presentaron peor percepción de su calidad de vida, tanto en la dimensión física como en la mental (Tabla 8), que las controles. Este es un dato que cabía esperar, ya que diversos estudios realizados en los últimos años han puesto de manifiesto que la calidad de vida de los enfermos que padecen fibromialgia es sensiblemente inferior, no solo a la de los sujetos control, sino también a la que aquellos que padecen otras patologías dolorosas crónicas (Hoffman & Dukes, 2008).

En un estudio que enlaza con el tema de nuestro trabajo, De Araújo et al, (2008) compararon los parámetros urodinámicos y la calidad de vida en 50 pacientes con sintomatología del tracto urinario inferior y 51 pacientes con dicha sintomatología y fibromialgia, encontrando que en el grupo que padecía fibromialgia eran significativamente más frecuentes la incontinencia urinaria de urgencia, el goteo al terminar de orinar y la frecuencia urinaria. Constataron, asimismo, que en seis de las ocho dimensiones que componen el cuestionario SF-36, las puntuaciones en el grupo que padecía fibromialgia eran significativamente inferiores a las del grupo de mujeres con sintomatología urinaria exclusivamente.

En el estado de ánimo, las mujeres con FM de nuestro estudio sufrían depresión en grado “moderadamente severo” y “severo” (Gráfico 13). Es sobradamente que la sintomatología depresiva es un síntoma a menudo asociado a la fibromialgia, no siendo tampoco infrecuente la comorbilidad con la depresión mayor (Borchers & Gershwin, 2015; Clauw, 2015), por lo que estos datos no resultan llamativos.

La presencia de sintomatología depresiva en pacientes con DSP ha sido evaluada en dos trabajos muy recientes. El primero de ellos se llevó a cabo en 91 mujeres con prolapso vaginal en las que se valoraron la gravedad del prolapso, la sintomatología depresiva y la calidad de vida; el 51,6% de las participantes presentó síntomas depresivos clínicamente relevantes. Las mujeres con depresión presentaron puntuaciones superiores en el PFDI-20 y peores puntuaciones en siete de las nueve dimensiones de la escala de calidad de vida empleada que las pacientes no deprimidas (Pizarro-Berdichevsky et al., 2015). El segundo estudio examinó la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en 1862 pacientes (82,9% mujeres) con DSP, encontrando que el 20,3 % de los mismos mostraba síntomas depresivos; tras ajustar los datos en función de otros factores potencialmente contribuyentes, los autores concluyeron que el 12% de la depresión estaba directamente relacionada con la sintomatología clínica de la DSP (Vrijens et al., 2017).

Los resultados de los dos trabajos citados indican que la depresión es un factor relevante a tener en cuenta entre los pacientes con DSP. En nuestro estudio el 25% de las mujeres control mostró sintomatología depresiva clínicamente relevante, lo que resulta coherente con los datos obtenidos por Vrijens et al., (2017). Aunque la prevalencia de depresión fue muy superior en el estudio de Pizarro-Bedichevsky et al., (2015), ha de tenerse en cuenta que estos autores trabajaron exclusivamente con mujeres con prolapso vaginal sintomático, probablemente la variedad de DSP con síntomas físicos más molestos e incapacitantes.

En el trabajo de Vrijens et al., (2017), la prevalencia de ansiedad clínicamente relevante fue del 30,9%, siendo directamente achacable a la

sintomatología de la DSP el 7,4%. En nuestro trabajo, se observó sintomatología ansiosa clínicamente relevante en relación al punto de corte establecido de 40, en el 100% de las mujeres CRL para el STAI estado y en el 85% para el STAI rasgo, siendo los porcentajes correspondientes a las mujeres del grupo FM 95,9% y 68,6% respectivamente. No hemos logrado encontrar ninguna explicación satisfactoria para estos resultados. Si bien es cierto que la sintomatología ansiosa es frecuente en las pacientes con fibromialgia (Borchers et al., 2015), una proporción tan elevada parece claramente excesiva. Lo mismo sucede en el caso de las mujeres CRL, más aun considerando que el malestar producido por los síntomas de la DSP fue calificado como nulo o leve en más de la mitad de los de los casos (Figuras 1, 3 y 5).

El 91,8% de las mujeres con FM presentaron insomnio clínicamente relevante lo que se considera normal, ya que el sueño no reparador es uno de los síntomas referidos con mayor frecuencia por los pacientes que padecen fibromialgia (Lineberger, Means, & Edinger, 2007). Llama la atención, sin embargo, la elevada proporción de mujeres CRL que, aunque a mucha distancia del porcentaje observado en el grupo FM, también fue importante. Sin embargo, cuando se consideran las puntuaciones medias alcanzadas, puede comprobarse esta fue muy superior en el grupo FM (18,0 puntos) que en el grupo control (7,3 puntos) en el que la puntuación media no llegó a rebasar el punto de corte. Estas diferencias en la puntuación se observan tanto en lo que se refiere al componente de las dificultades nocturnas, como al del sueño insatisfactorio y al del insomnio diurno. Cabe, por tanto, concluir que si bien la proporción de mujeres controles que presentó insomnio clínicamente relevante fue relativamente elevada, la gravedad del mismo no lo fue.

No hemos encontrado en la literatura científica ningún trabajo que evaluara la presencia y gravedad de los trastornos del sueño en pacientes con DSP. A primera vista, no obstante, no parece que esta debiera asociarse a insomnio o a otras alteraciones del sueño, salvo en los casos en que la incontinencia nocturna altere el ritmo del mismo.

En lo que a la función sexual se refiere, los resultados de distintos estudios son discrepantes, ya que mientras algunos de ellos no aprecian que la incontinencia urinaria o el prolapso de órganos pélvicos afecten significativamente a la función sexual de la mujer (Weber et al., 1995; Lukacz et al., 2007; Fashokun et al., 2013; Li-Yun-Fong et al., 2017), otros encuentran que la presencia de inconciencia o prolapso vaginal se asocia a síntomas de disfunción sexual tales como la disminución de la libido, dipareunia y sequedad vaginal (Rogers et al., 2001; Yip et al., 2003; Handa et al., 2004; Handa et al., 2008; Salonia et al., 2014; Panman et al., 2014). En nuestro trabajo la prevalencia de disfunción sexual de acuerdo con el punto de corte de 41 puntos en el CSFQ fue del 30% en el grupo CRL y del 68,6% en el grupo FM. Se sabe que la prevalencia de disfunción sexual es elevada en la pacientes con fibromialgia, habiéndose observado prevalencias que oscilaban entre el 54 y el 97% de las muestras estudiadas (Rico-Villademoros et al., 2012). En el trabajo español realizado sobre la disfunción sexual en fibromialgia que incluyó mayor número de casos y que utilizó también el CSFQ como medida de valoración principal, la prevalencia observada de disfunción sexual fue del 86,9% en las mujeres con fibromialgia y del 23,6% en la mujeres control (Rico-Villademoros et al., 2012). El hecho de que la frecuencia de presentación de disfunción sexual observada en este trabajo fuera sensiblemente superior a la nuestra, probablemente se relacione con que la media de edad (49,4 años) fue más elevada que la del nuestro (43,8%), habiéndose demostrado en

numerosos estudios observacionales que la prevalencia de disfunción sexual en la población general aumenta con la edad. La prevalencia de disfunción sexual en nuestro grupo CRL fue mayor que en la del citado estudio pero se encuentra dentro del rango observado en la población general. En un estudio global realizado en más de 27 países que incluyó a 27,500 sujetos, el 39% de las mujeres encuestadas refirieron padecer algún tipo de disfunción sexual (Nicolosi et al., 2004). Por tanto, no se puede saber si la presencia de síntomas asociados a la DSP influyó o no en porcentaje observado.

6.5. DOLOR CORPORAL E IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA

Tal y como cabía esperar, un elevado porcentaje (85,4%) de las pacientes con FM refirieron un dolor significativo de intensidad ≥ 4 , siendo la intensidad media del mismo de 6,1 puntos y su impacto sobre las actividades cotidianas de 6,7 puntos, en abierto contraste con el grupo CRL en el que el 33,6% refirió dolor significativo, siendo su intensidad media de 2,5 puntos y su impacto de 2,8 puntos. El dolor corporal reportado por el grupo control podría ser atribuido a la migraña, a la cefalea de tipo tensional, o al síndrome del intestino irritable referidos por el 12,6%, el 9,4% y el 4,5% de la muestra respectivamente, si bien podría también influir alguna patología orgánica dolorosa no recogida en el cuestionario (ver Anexo I).

En lo que a la gravedad de la fibromialgia, evaluada a través del FIQR, se refiere nuestro grupo de pacientes mostró una puntuación media (70,6 puntos) bastante elevada y superior a los valores medios observados cuando se evaluó esta escala que oscilaron entre 50-60 puntos y que suelen ser también los valores medios observados en muchos ensayos clínicos (Bennett et al, 2009).

Probablemente ello se deba a que las respuestas se recogieron en blogs de pacientes concienciadas respecto a su enfermedad.

Resulta interesante comprobar la existencia de una correlación positiva estadísticamente significativa entre las puntuaciones del FIQR y del PFDI-20 y el PFIQ, correlación que fue también observada por Jones et al. (2015) en su estudio en mujeres con fibromialgia y DSP. Esta correlación resulta tanto más interesante cuanto que la fibromialgia se asocia también a otras patologías comórbidas y sugiere que los síntomas de DSP ejercen un impacto importante en la carga que la enfermedad supone para la paciente que la sufre. Es cierto que la escala no incluye ninguna pregunta directa sobre sintomatología asociada a la DSP pero cabe suponer que dicha sintomatología impacta sobre los diversos síntomas asociados a la fibromialgia, y empeora la calidad de vida general de la paciente. Tal y como sugieren Jones et al., (2015), los síntomas relacionados con la DSP podrían desempeñar un papel importante en la FM, actuando como potenciales generadores de dolor que perpetúan y agravan el dolor crónico y la hiperalgesia.

6.6. LIMITACIONES

La principal limitación de este estudio es la disparidad en la forma de recogida de los datos ya que, en tanto que las respuestas de las mujeres con fibromialgia se recogieron totalmente a través de internet, las respuestas del grupo control se recogieron mayoritariamente (77,3%) de forma presencial. Ello fue debido a que no se obtuvieron suficientes respuestas por vía telemática. No obstante, se procedió a comparar los diversos resultados obtenidos entre las 57 mujeres controles que rellenaron la encuesta por vía telemática y las 163 que lo hicieron de forma presencial, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas entre los distintos parámetros analizados entre ambos grupos a excepción de la edad que fue significativamente inferior entre las primeras ($39,8 \pm 1,6$ frente a $43,3 \pm 0,8$, $p=0,0321$) lo que, lógicamente, debe achacarse al mayor uso de los recursos de internet por parte de la población más joven. Por ello, cabe suponer que las diferencias en la forma de recogida de los datos no han implicado una alteración sustancial de los resultados obtenidos.

Asimismo, ha de tenerse en cuenta que, al ser una encuesta autoevaluada, ha de asumirse la veracidad de las respuestas obtenidas.

Finalmente, probablemente se deberían haber recogido algunos datos sociodemográficos adicionales, concretamente la etnia y la paridad de las mujeres encuestadas.

VII - CONCLUSIONES

VII CONCLUSIONES

Creemos que los datos del presente trabajo permiten llegar a las siguientes conclusiones:

- En los resultados de nuestro trabajo se confirma la hipótesis principal del mismo de que la prevalencia de síntomas relacionados con la DSP es mayor entre las mujeres que padecen fibromialgia que entre las que proceden de la población general.

- De los tres tipos de sintomatología estudiados, urinaria, colorrectal y prolapso genital, la primera fue la observada con mayor frecuencia en ambas muestras.

- El malestar asociado a los síntomas relacionados con la DSP fue significativamente mayor entre las mujeres con fibromialgia que entre las mujeres controles, siendo cuantitativamente superior para los síntomas urinarios que para los colorrectales y los del prolapso genital en ambas muestras.

- La gravedad del malestar asociado a los síntomas relacionados con la DSP, tanto en lo que respecta a los distintos tipos de síntomas urinarios como colorrectales y del prolapso genital, fue predominantemente moderado-grave entre las mujeres con fibromialgia y nulo-leve entre las mujeres del grupo control.

- De forma similar al malestar, el impacto producido por los síntomas relacionados con la DSP fue mayor entre las mujeres con fibromialgia que entre las mujeres control, siendo asimismo cuantitativamente superior el impacto

producidos por los síntomas urinarios que el producido por los síntomas colorrectales y del prolapso genital.

- Entre las distintas variables psicosociales estudiadas todas ellas, con la notable excepción de la ansiedad, mostraron mayor carga negativa entre las mujeres con fibromialgia que presentaron más depresión, peor calidad del sueño, peor calidad de vida y más disfunción sexual que las mujeres controles.

- La gravedad de la fibromialgia, evaluada a través del FIQR, mostró una correlación positiva significativa con el malestar y el impacto asociado a los síntomas relacionados con la DSP

VIII - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VIII – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, P., Andersson, K. E., Birder, L., Brubaker, L., Cardozo, L., Chapple, C., ... & Drake, M. (2010). Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 29(1), 213-240.
- Abrams, P., Blaivas, J. G., Stanton, S. L., & Andersen, J. T. (1988). The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. *Scandinavian journal of urology and nephrology. Supplementum*, 114, 5.
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., ... & Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *American journal of obstetrics and gynecology*, 187(1), 116-126.
- Adams, K., Osmundsen, B., & Gregory, W. T. (2014). Does fibromyalgia influence symptom bother from pelvic organ prolapse?. *International urogynecology journal*, 25(5), 677-682.
- Adler, G. K., Manfredsdottir, V. F., & Creskoff, K. W. (2002). Neuroendocrine abnormalities in fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 6(4), 289-298.
- Aitola, P., Lehto, K., Fonsell, R., & Huhtala, H. (2010). Prevalence of faecal incontinence in adults aged 30 years or more in general population. *Colorectal Disease*, 12(7), 687-691.

- Alegre, C., López, M., Campos, S., & Brat, M. (2014). Abordaje de la fibromialgia en la práctica clínica. *CM de Psicobioquímica*, 3, 27-37.
- Anatomía funcional Del Suelo Pélvico: PARTE I. ©PhysioWomenHealth. En: <https://physiowomenhealth.wordpress.com/2014/10/30/anatomia-funcional-del-suelo-pelvico/>. [Fecha de acceso: 20/12/2016]
- Arnold, L.M., Clauw, D.J., & McCarberg, B.H. (2011). Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceedings*, 86, 457-464.
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Hess, E. V., Ware, A. E., Fritz, D. A., Auchenbach, M. B., ... & Keck, P. E. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 50(3), 944-952.
- Arranz, L. I. (2012). Estudio sobre el estado nutricional, calidad de vida, y capacidad funcional en pacientes con fibromialgia. Estudio ENCAVI.
- Ashton-Miller, J.A., DeLancey, J.O.L.(2007). Functional anatomy of the female pelvic floor. *Reproductive biomechanics Annals of the New York Academy of Sciences*, 1101, 266-296.
- Ashton-Miller, J.A., Howard, D., DLancey, J.O.L. (2001). The functional anatomy of the female pelvic floor and stress continence control system. *Journal Urological Nephrology. Supplements.*, 35, 1-7.
- Baden, W. F., & Walked, T. A. (1972). Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. *Clinical obstetrics and gynecology*, 15(4), 1048-1054.
- Badía, X., Muriel, C., Gracia, A., Manuel Núñez-Olarte, J., Perulero, N., Gálvez, et al. (2003). Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Medicina Clínica*, 120(2), 52-59.

- Barber, M. D., Kuchibhatla, M. N., Pieper, C. F., & Bump, R. C. (2001). Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *American journal of obstetrics and gynecology*, 185(6), 1388-1395.
- Baytur, Y. B., Deveci, A., Uyar, Y., Ozcakil, H. T., Kizilkaya, S., & Caglar, H. (2005). Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 88(3), 276-280.
- Bechara, A., Casabé, A., & Bertolino, V. (2002). Disfuncion sexual femenina. *Revista Argentina de Urología*, 67(4), 187-200.
- Bennett, R. M., Friend, R., Jones, K. D., Ward, R., Han, B. K., Ross, R. L. (2009). The revised fibromyalgia impact questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis Research and Therapy*, 11(4), R120.
- Bernardy, K., Füber, N., Köllner, V., & Häuser, W. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome—a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *The journal of Rheumatology*, 37(10), 1991-2005.
- Bidonde, J., Busch, A. J., Webber, S. C., Schachter, C. L., Danyliw, A., Overend, T. J., ... & Rader, T. (2014). Aquatic exercise training for fibromyalgia. *The Cochrane Library*.
- Bigatti, S. M., Hernandez, A. M., Cronan, T. A., & Rand, K. L. (2008). Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. *Arthritis Care & Research*, 59(7), 961-967.
- Bondurri, A., Maffioli, A., & Danelli, P. (2015). Pelvic floor dysfunction in inflammatory bowel disease. *Minerva gastroenterologica e dietologica*, 61(4), 249-259.

- Bobes, MP Gonzalez, F. Rico-Villandemoros, MT Bascaran, P. Sarasa, A. Clayton, J. (2000). Validation of the Spanish Version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 119-131.
- Borchers, A. T., & Gershwin, M. E. (2015). Fibromyalgia: a critical and comprehensive review. *Clinical reviews in allergy & immunology*, 49(2), 100-151.
- Bradley, L. A. (2008). Pathophysiologic mechanisms of fibromyalgia and its related disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(suppl 2), 6-13.
- Bradley, L. A. (2009). Pathophysiology of fibromyalgia. *The American journal of medicine*, 122(12), S22-S30.
- Bradley, C. S., Nygaard, I. E., & Women's Health Initiative. (2005). Vaginal wall descensus and pelvic floor symptoms in older women. *Obstetrics & Gynecology*, 106(4), 759-766.
- Bradley, L. A., Sotolongo, A., Alberts, K. R., Alarcón, G. S., Mountz, J. M., Liu, H. G., ... & Blalock, J. E. (1999). Abnormal regional cerebral blood flow in the caudate nucleus among fibromyalgia patients and non-patients is associated with insidious symptom onset. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 7(1-2), 285-292.
- Briones-Vozmediano, E., Ronda-Pérez, E., & Vives-Cases, C. (2015). Percepciones de pacientes con fibromialgia sobre el impacto de la enfermedad en el ámbito laboral. *Atención Primaria*, 47(4), 205-212.
- Bump, R. C., Mattiasson, A., Bø, K., Brubaker, L. P., DeLancey, J. O., Klarskov, P., ... & Smith, A. R. (1996). The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American journal of obstetrics and gynecology*, 175(1), 10-17.

- Bump, R.C., & Norton, P.A. (1998). Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstetric Gynecology Clinical North American*, 25, 723-746.
- Burckhardt, C. S. (2005). Educating patients: self-management approaches. *Disability and rehabilitation*, 27(12), 703-709.
- Busch, A. J., Webber, S. C., Brachaniec, M., Bidonde, J., Dal Bello-Haas, V., Danyliw, A. D., ... & Schachter, C. L. (2011). Exercise therapy for fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 15(5), 358.
- Busch, A. J., Webber, S. C., Richards, R. S., Bidonde, J., Schachter, C. L., Schafer, L. A., ... & Overend, T. J. (2013). Resistance exercise training for fibromyalgia. *The Cochrane Library*.
- Buskila, D., Neumann, L., Hazanov, I., & Carmi, R. (1996, December). Familial aggregation in the fibromyalgia syndrome. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 26, No. 3, pp. 605-611). WB Saunders.
- Busquets, M., & Serra, R. (2012). Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Revista médica de Chile*, 140(3), 340-346.
- Calandre, E. P., Rico-Villademoros, F., & Rodríguez-López, C. M. (2012). Monotherapy or combination therapy for fibromyalgia treatment?. *Current rheumatology reports*, 14(6), 568-575.
- Calandre, E. P., Rico-Villademoros, F., & Slim, M. (2015). An update on pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 16(9), 1347-1368.
- Calandre, E. P., Rico-Villademoros, F., & Slim, M. (2016). Alpha2delta ligands, gabapentin, pregabalin and mirogabalin: a review of their clinical

pharmacology and therapeutic use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(11), 1263-1277.

- Cammu, H., Van Nylenn, M., & Amy, J. (2000). A 10-years follow-up after Kegel pèlvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. *British Journal of Urology International*, 85, 655-658.
- Carmona, L. (2006). Revisión sistemática:¿ el diagnóstico en sí de fibromialgia tiene algún efecto deletéreo sobre el pronóstico?. *Reumatología clínica*, 2(2), 52-57.
- Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R., & Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of the rheumatic diseases*, 60(11), 1040-1045.
- Cashman, M., K Martin, D., Dhillon, S., & R Puli, S. (2016). Irritable bowel syndrome: a clinical review. *Current rheumatology reviews*, 12(1), 13-26.
- Caufriez, M., Fernández Domínguez, J. C., Deman, C., & Wary-Thys, C. (2007). Contribución al estudio sobre el tono del Suelo Pélvico. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 50(5), 282-291.
- Cazzola, M., Atzeni, F., Salaffi, F., Stisi, S., Cassisi, G., & Sarzi-Puttini, P. (2009). Which kind of exercise is best in fibromyalgia therapeutic programmes? A practical review. *Clinical and experimental rheumatology*, 28(6 Suppl 63), S117-24.
- Chiang, M., Schimdbauer, C. P., & Raz, S. (1986). Evaluación de la incontinencia urinaria. *Rev. chil. urol*, 49(2), 13-21.
- Chiang, M. H., Susaeta, C. R., Valdevenito, S. R., Rosenfeld, V. R., & Finsterbusch, R. C. (2013). Incontinencia urinaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(2), 219-227.
- Choy, E. H. (2015). The role of sleep in pain and fibromyalgia. *Nature*

Reviews Rheumatology, 11(9), 513-520.

- Clauw, D. J. (2009). Fibromyalgia: an overview. *The American journal of medicine*, 122(12), S3-S13.
- Clauw, D. J. (2015, May). Fibromyalgia and related conditions. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 90, No. 5, pp. 680-692). Elsevier.
- Clauw, D. J., Arnold, L. M., & McCarberg, B. H. (2011, September). The science of fibromyalgia. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 86, No. 9, pp. 907-911). Elsevier.
- Clayton A. (1998). Assessment of sexual functioning. 151st American Psychiatric Association Annual Meeting May 30th; Toronto, Ontario, Canada.
- Cody, J. D., Richardson, K., Moehrer, B., Hextall, A., & Glazener, C. (2009). Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *The Cochrane Library*.
- Crofford, L. J., Pillemer, S. R., Kalogeras, K. T., Cash, J. M., Michelson, D., Kling, M. A., ... & Wilder, R. L. (1994). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis perturbations in patients with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 37(11), 1583-1592.
- Cully, J. A., & Teten, A. L. (2008). A therapist's guide to brief cognitive behavioral therapy. Department of Veterans Affairs, South Central Mental Illness Research, Education, and Clinical Center (MIRECC).
- De Araújo, M. P., Faria, A. C., Takano, C. C., de Oliveira, E., Sartori, M. G. F., Pollak, D. F., & Girão, M. J. B. C. (2008). Urodynamic study and quality of life in patients with fibromyalgia and lower urinary tract symptoms. *International Urogynecology Journal*, 19(8), 1103-1107.
- De Lancey, J.O.L. (1990). Anatomy and physiology of urinary continence.

Clinical Obstetric Gynecology, 33, 298-307.

- DeLancey, J. O. (2005). The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(5), 1488-1495.
- Dumoulin, C., & Hay-Smith, J. (2010). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1).
- Dunivan, G. C., Heymen, S., Palsson, O. S., von Korff, M., Turner, M. J., Melville, J. L., & Whitehead, W. E. (2010). Fecal incontinence in primary care: prevalence, diagnosis, and health care utilization. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(5), 493-e1.
- Duthie, J. B., Vincent, M., Herbison, G. P., Wilson, D. I., & Wilson, D. (2011). Botulinum toxin injections for adults with overactive bladder syndrome. *The Cochrane Library*.
- Dwight, M. M., Arnold, L. M., O'Brien, H., Metzger, R., Morris-Park, E., & Keck, P. E. (1998). An open clinical trial of venlafaxine treatment of fibromyalgia. *Psychosomatics*, 39(1), 14-17.
- Enck, P., & Vodusek, D. B. (2006). Electromyography of pelvic floor muscles. *Journal Electromyographic Kines*, 16, 568-577.
- Encuesta de Población Activa, 2017. Accesible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595. [Fecha de acceso: 8/02/2017].
- Enríquez, J. (2006). La incontinencia urinaria. *An Sist Sanit Navar*, 29, 219-231.
- Eustice, S., Roe, B., & Paterson, J. (2000). Prompted voiding for the

management of urinary incontinence in adults. *The Cochrane Library*.

- Färber, L., Stratz, T. H., Brückle, W., Späth, M., Pongratz, D., Lautenschläger, J., ... & Welzel, D. (2000). Short-term treatment of primary fibromyalgia with the 5-HT₃-receptor antagonist tropisetron. Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter trial in 418 patients. *International journal of clinical pharmacology research*, 21(1), 1-13.
- Fashokun, T. B. O., Harvie, H. S., Schimpf, M. O., Olivera, C. K., Epstein, L. B., Jean-Michel, M., ... & Rogers, R. G. (2013). Sexual activity and function in women with and without pelvic floor disorders. *International urogynecology journal*, 24(1), 91-97.
- Fernandez-Mendoza, J., Rodriguez-Muñoz, A., Vela-Bueno, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Calhoun, S. L., Bixler, E. O., et al. (2012). The Spanish version of the Insomnia Severity Index: A confirmatory factor analysis. *Sleep Medicine*, 13(2), 207-210.
- Fitzcharles, M. A., Ste-Marie, P. A., & Pereira, J. X. (2013). Fibromyalgia: evolving concepts over the past 2 decades. *Canadian Medical Association Journal*, 185(13), E645-E651.
- Fitzcharles, M. A., & Yunus, M. B. (2011). The clinical concept of fibromyalgia as a changing paradigm in the past 20 years. *Pain research and treatment*, 2012.
- Freire, M. M., Cougil, M. S., Diz, P. G., Paternain, M. V., Ramos, M. B., & Ramos, F. C. (2004). Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Atención primaria*, 34(3), 134-139.
- Gafni-Kane, A., Goldberg, R. P., Sand, P. K., & Botros, S. M. (2012).

Enhanced interpretability of the PFDI-20 with establishment of reference scores among women in the general population. *Neurourology and urodynamics*, 31(8), 1252-1257.

- García, G. & Cantero, R. (2000). Unidad de suelo pélvico, la Clínica Urológica. UCM, 8, 779-791.
- Gerten, K.A., & Richter, H.E. (2009). Pelvic floor surgery in the older woman. *Clinical Obstetric Gynecology*, 50, 826-843.
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *PAIN®*, 151(2), 280-295.
- González F.X., Espuña M. (2008). Trastorno del suelo pélvico. Necesidad de una visión multidisciplinaria. *Jano: Medicina y Humanidades*.
- Gosling, J.A., Dixon, J.S., Critchley, H.O., & Thompson, S.A. (1981). A comparative study of the human external sphincter and periurethral levator ani muscles. *British Journal Urology*, 53, 35-41.
- Gowers, W. R. (1904). A lecture on lumbago: its lessons and analogues: delivered at the national hospital for the paralysed and epileptic. *British medical journal*, 1(2246), 117.
- Gracely, R. H., & Ambrose, K. R. (2011). Neuroimaging of fibromyalgia. Best practice & research *Clinical rheumatology*, 25(2), 271-284.
- Gracely, R. H., Geisser, M. E., Giesecke, T., Grant, M. A. B., Petzke, F., Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127(4), 835-843.
- Gracely, R. H., Petzke, F., Wolf, J. M., & Clauw, D. J. (2002). Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in

fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 46(5), 1333-1343.

- GraphPad Prism version 7.00 for Windows. (2017). GraphPad Software. La Jolla California USA, www.graphpad.com.
- Guillén-Riquelme, A., Buéla-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Gunn, W. J., Connell, D. B., & Randall, B. (1993, January). Epidemiology of chronic fatigue syndrome: the Centers for Disease Control Study. In Ciba Foundation Symposium 173-Chronic Fatigue Syndrome (pp. 83-101). John Wiley & Sons, Ltd..
- Hagen, S., & Stark, D. (2011). Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. The Cochrane Library.
- Hamilton, N. A., Affleck, G., Tennen, H., Karlson, C., Luxton, D., Preacher, K. J., & Templin, J. L. (2008). Fibromyalgia: The role of sleep in affect and in negative event reactivity and recovery. *Health Psychology*, 27(4), 490.
- Handa, V. L., Cundiff, G., Chang, H. H., & Helzlsouer, K. J. (2008). Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstetrics and gynecology*, 111(5), 1045.
- Handa, V. L., Garrett, E., Hendrix, S., Gold, E., & Robbins, J. (2004). Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 190(1), 27-32.
- Häuser, W., Bernardy, K., Üçeyler, N., & Sommer, C. (2009). Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin—a meta-analysis of randomized controlled trials. *PAIN®*, 145(1), 69-81.
- Häuser, W., Biewerl, W., Gesmannl, M., Kühn-Beckerl, H., Petzkel, F.,

Wilmoswky, H., ... & Glaesmerl, H. (2011). A comparison of the clinical features of fibromyalgia syndrome in different settings. *European Journal of Pain*, 15(9), 936-941

- Häuser, W., Petzke, F., Üçeyler, N., & Sommer, C. (2011). Comparative efficacy and acceptability of amitriptyline, duloxetine and milnacipran in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Rheumatology*, 50(3), 532-543.
- Häuser, W., Thieme, K., & Turk, D. C. (2010). Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome—a systematic review. *European Journal of Pain*, 14(1), 5-10.
- Harris, R. E., Williams, D. A., McLean, S. A., Sen, A., Hufford, M., Gendreau, R. M., ... & Clauw, D. J. (2005). Characterization and consequences of pain variability in individuals with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 52(11), 3670-3674.
- Harvey, M. A., Kristjansson, B., Griffith, D., & Versi, E. (2001). The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory: a revisit of their validity in women without a urodynamic diagnosis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 185(1), 25-30.
- Haylen, B. T., De Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., ... & Schaer, G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International urogynecology journal*, 21(1), 5-26.
- Herschorn, S. (2004). Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. *Reviews in urology*, 6(Suppl 5), S2.

- Hoffman, D. L., & Dukes, E. M. (2008). The health status burden of people with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *International journal of clinical practice*, 62(1), 115-126.
- Howard, D., Miller, J.M., Delancey, J.O.L., Ashton-Miller, J.A. (2000). Differential effects of cough, valsalva, and continence status on vesical neck movement. *Obstetric Gynecological*, 95, 535-540.
- Jerez-Roig, J., Souza, D. L., Amaral, F. L., & Lima, K. C. (2015). Prevalence of fecal incontinence (FI) and associated factors in institutionalized older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*, 60(3), 425-430.
- Jones, R. L. (2012). Anatomy of the pelvic floor. *Chronic Pelvic Pain and Dysfunction: Practical Physical Medicine*, 33.
- Jones, K. D., Adams, D., Winters-Stone, K., & Burckhardt, C. S. (2006). A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988–2005). *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(1), 67.
- Jones, K. D., Maxwell, C., Mist, S. D., King, V., Denman, M. A., & Gregory, W. T. (2015). Pelvic Floor and Urinary Distress in Women with Fibromyalgia. *Pain Management Nursing*, 16(6), 834-840.
- Juarranz, M., Terron, M., Roca, M. y Soriano, T. (2002). Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Atención Primaria*, 30, 323-332.
- Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis care & research*, 63(S11), S467-S472.
- Kang, J. H., Park, D. J., Kim, S. H., Nah, S. S., Lee, J. H., Kim, S. K., ... & Kim, H. A. (2015). Severity of fibromyalgia symptoms is associated with socioeconomic status and not obesity in Korean patients. *Clinical and*

experimental rheumatology, 34(2 Suppl 96), 83-88.

- Karsenty, G., Denys, P., Amarenco, G., De Seze, M., Gamé, X., Haab, F., ... & Soler, J. M. (2008). Botulinum toxin A (Botox®) intradetrusor injections in adults with neurogenic detrusor overactivity/neurogenic overactive bladder: a systematic literature review. *European urology*, 53(2), 275-287.
- Kearney, R., Sawhney, R., & DeLancey, J.O.L. (2004). Levator muscle anatomy evaluated by origin-insertion pairs. *Obstetric Gynecology*, 104, 168-173.
- Kirchin, V., Page, T., Keegan, P. E., Atiemo, K., Cody, J. D., & McClinton, S. (2012). Urethral injection therapy for urinary incontinence in women. *The Cochrane Library*.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (2001). The PHQ-9. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.
- Kuchinad, A., Schweinhardt, P., Seminowicz, D. A., Wood, P. B., Chizh, B. A., & Bushnell, M. C. (2007). Accelerated brain gray matter loss in fibromyalgia patients: premature aging of the brain?. *Journal of Neuroscience*, 27(15), 4004-4007.
- Kwiatek, R., Barnden, L., Tedman, R., Jarrett, R., Chew, J., Rowe, C., & Pile, K. (2000). Regional cerebral blood flow in fibromyalgia: Single-photon-emission computed tomography evidence of reduction in the pontine tegmentum and thalami. *Arthritis & Rheumatism*, 43(12), 2823-2833.
- Kwon, M., Altin, M., Duenas, H., & Alev, L. (2014). The role of descending inhibitory pathways on chronic pain modulation and clinical implications. *Pain Practice*, 14(7), 656-667.
- Labat, J. J., Riant, T., Robert, R., Amarenco, G., Lefaucheur, J. P., & Rigaud,

- J. (2008). Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourology and urodynamics*, 27(4), 306-310.
- Lacima, G., & Espuña, M. (2008). Patología del suelo pélvico. *Gastroenterología y hepatología*, 31(9), 587-595.
 - Lauche, R., Cramer, H., Häuser, W., Dobos, G., & Langhorst, J. (2015). A systematic overview of reviews for complementary and alternative therapies in the treatment of the fibromyalgia syndrome. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015.
 - Lentz, M. J., Landis, C. A., Rothermel, J. S. H. A. V. E. R. J. L., & Shaver, J. L. (1999). Effects of selective slow wave sleep disruption on musculoskeletal pain and fatigue in middle aged women. *The Journal of rheumatology*, 26(7), 1586-1592.
 - Li-Yun-Fong, R. J., Larouche, M., Hyakutake, M., Koenig, N., Lovatt, C., Geoffrion, R., ... & Cundiff, G. W. (2017). Is Pelvic Floor Dysfunction an Independent Threat to Sexual Function? A Cross-Sectional Study in Women With Pelvic Floor Dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 14(2), 226-237.
 - Lim, J. W. M., Heng, C., Wong, M. T. C., & Tang, C. L. (2014). Prevalence of faecal incontinence in the community: a cross-sectional study in Singapore. *Singapore medical journal*, 55(12), 640.
 - Lineberger, M. D., Means, M. K., & Edinger, J. D. (2007). Sleep disturbance in fibromyalgia. *Sleep Medicine Clinics*, 2(1), 31-39.
 - Lipp, A., Shaw, C., & Glavind, K. (2011). Mechanical devices for urinary incontinence in women. *The Cochrane Library*.
 - Lucas, M. G., Bedretdinova, D., Bosch, J. L. H. R., Burkhard, F., Cruz, F.,

Nambiar, A. K., ... & Pickard, R. S. (2012). Guidelines on urinary incontinence. *European Association of Urology*.

- Lukacz, E. S., Whitcomb, E. L., Lawrence, J. M., Nager, C. W., Contreras, R., & Luber, K. M. (2007). Are sexual activity and satisfaction affected by pelvic floor disorders? Analysis of a community-based survey. *American journal of obstetrics and gynecology*, 197(1), 88-e1.
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., ... & Dincer, F. (2016). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, annrheumdis-2016.
- MacMillan A. K., Merrie A.E., Marshall R. J. & Parry B.R. (2004). The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature. *Dis Colon Rectum*, 47: 1341-9.
- Maestre González, Y., Grande Posa, L., & Parés Martínez, D. (2013). Prevalencia de la incontinencia fecal en un sector de la ciudad de Barcelona y análisis de su impacto en la calidad de vida y la salud mental.
- Mahoney, C., Smith, A., Marshall, A., & Reid, F. (2016). Pelvic floor dysfunction and sensory impairment: Current evidence. *Neurourology and urodynamics*.
- Mas, A. J., Carmona, L., Valverde, M., & Ribas, B. (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical & Experimental Rheumatology*, 26(4), 519.
- Martí-Ragué, J. (2005). Trastornos del suelo pélvico. *Cirugía Española*, 77(5), 254-257.
- Martínez Torres, J.C., Bolaños Abrahante, O., Rodríguez Adams, E.M.,

- Rodríguez Lara, H., García Delgado, J.A. (2016). Disfunciones sexuales y disfunciones del suelo pélvico. *Revista sexología y Sociedad*, 21, 224-233.
- Martínez Torres, J.C., Rodríguez Adams, E.M., García Delgado, J.A. 2012. Tratamiento rehabilitador integral de la disfunción del suelo pélvico. Editorial Académica Española.
 - Matías-Guiu, J., Porta-Etessam, J., Mateos, V., Díaz-Insa, S., Lopez-Gil, A., & Fernández, C. (2011). One-year prevalence of migraine in Spain: a nationwide population-based survey. *Cephalalgia*, 31(4), 463-470.
 - McCain, G. A., & Tilbe, K. S. (1989). Diurnal hormone variation in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology. Supplement*, 19, 154-157.
 - McCarberg, B.H. (2012). Clinical Overview of Fibromyalgia. *American Journal Therapeutics*. 19(5), 357-368.
 - Medrano, J. C. R., Ronda-Pérez, E., Vives-Cases, C., Gil-González, D., & Ballester-Laguna, F. (2010). Comparación de las sentencias de incapacidad permanente por fibromialgia en España: diferencias según la resolución sea favorable para el paciente o para el Instituto Nacional de la Seguridad Social. *Reumatología Clínica*, 6(4), 233-234.
 - Moldofsky, H. (2008). The significance of the sleeping–waking brain for the understanding of widespread musculoskeletal pain and fatigue in fibromyalgia syndrome and allied syndromes. *Joint Bone Spine*, 75(4), 397-402.
 - Moore, R. A., Derry, S., Aldington, D., Cole, P., & Wiffen, P. J. (2012). Amitriptyline for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *The Cochrane Library*.
 - Moore, R. A., Straube, S., Wiffen, P. J., Derry, S., & McQuay, H. J. (2009).

Pregabalin for acute and chronic pain in adults. The Cochrane Library.

- Moriarty, A.S., Gilbody, S., McMillan, D., & Manea, L. (2015). Screening and case finding for major depressive disorder using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 37(6), 567-576.
- Mountz, J. M., Bradley, L. A., Modell, J. G., Alexander, R. W., Triana-Alexander, M., Aaron, L. A., ... & Mountz, J. D. (1995). Fibromyalgia in women. *Arthritis & Rheumatism*, 38(7), 926-938.
- Mouritsen, L. (2005). Classification and evaluation of prolapse. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 19(6), 895-911.
- Nascimento-Correia, G., Santos-Pereira, V., Tahara, N., & Driusso, P. (2012). Efectos del fortalecimiento del suelo pélvico en la calidad de vida de un grupo de mujeres con incontinencia urinaria: estudio aleatorizado controlado. *Actas Urológicas Españolas*, 36(4), 216-221.
- NGIAN, G. S., Guymer, E. K., & Littlejohn, G. O. (2011). The use of opioids in fibromyalgia. *International journal of rheumatic diseases*, 14(1), 6-11.
- Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Moreira, E. D., Paik, A., & Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*, 64(5), 991-997.
- Norton, P. A., Zinner, N. R., Yalcin, I., Bump, R. C., & Duloxetine Urinary Incontinence Study Group. (2002). Duloxetine versus placebo in the treatment of stress urinary incontinence. *American journal of obstetrics and gynecology*, 187(1), 40-48.
- Nygaard, I., Barber, M. D., Burgio, K. L., Kenton, K., Meikle, S., Schaffer, J., ... & Pelvic Floor Disorders Network. (2008). Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *Jama*, 300(11), 1311-1316.

- Omotosho, T. B., Hardart, A., Rogers, R. G., Schaffer, J. I., Kobak, W., & Romero A. A. (2009). Validation of Spanish versions of the pelvic floor distress inventory (PFDI) and pelvic floor impact questionnaire (PFIQ): a multicenter validation randomized study. *International Urogynecological Journal*, 20, 623-639.
- Orgánica, L. (2016). 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. ("BOE" núm. 298, de 14 de diciembre de 1999).
- Ospina, S. C. (2015). Dolor pélvico crónico en la mujer: más que una consulta ginecológica. *Revista Colombiana de Enfermería*, 8(8), 151-160.
- Ostaszkievicz, J., Johnston, L., & Roe, B. (2004). Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults. *The Cochrane Library*.
- Panman, C. M., Wiegersma, M., Talsma, M. N., Kollen, B. J., Berger, M. Y., Lisman-Van Leeuwen, Y., & Dekker, J. H. (2014). Sexual function in older women with pelvic floor symptoms: a cross-sectional study in general practice. *Br J Gen Pract*, 64(620), e144-e150.
- Patel, H. D., Kamara, T. B., Kushner, A. L., & Groen, R. S. (2014). Estimating the prevalence of urinary and fecal incontinence in a nationally representative survey in Sierra Leone. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 126(2), 175-176.
- Pattern, D., & Hughes, J. (2008). Anatomy of the urogenital pain systems. In: *Urogenital Pain in Clinical Practice*. Informa Healthcare, 23-43.
- Patucchi, E., Falati, G., Puxeddu, A., & Coaccioli, S. (2003). Prevalence of fibromialgia in diabetes mellitus and obesity. *Recenti progressi in medicina*, 94(4), 163-165.
- Pellegrino, M. J., Waylonis, G. W., & Sommer, A. (1989). Familial

occurrence of primary fibromyalgia. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 70(1), 61-63.

- Penfold, S., Denis, E. S., & Mazhar, M. N. (2016). The association between borderline personality disorder, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: systematic review. *British Journal of Psychiatry Open*, 2(4), 275-279.
- Pizarro-Berdichevsky, J., Clifton, M. M., & Goldman, H. B. (2015). Evaluation and management of pelvic organ prolapse in elderly women. *Clinics in geriatric medicine*, 31(4), 507-521.
- Pool-Goudzwaard, A., van Dijke, G. H., van Gurp, M., Mulder, P., Snijders, C., & Stoeckart, R. (2004). Contribution of pelvic floor muscles to stiffness of the pelvic ring. *Clinical Biomechanics*, 19(6), 564-571.
- Price, R. K., North, C. S., Wessely, S., & Fraser, V. J. (1992). Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome and associated symptoms in the community. *Public health reports*, 107(5), 514.
- Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 17(8), 1-6.
- Rahman, A., Underwood, M., & Carnes, D. (2014). Fibromyalgia. *Bmj*, 348, g1224.
- Ramalingam, K., & Monga, A. (2015). Obesity and pelvic floor dysfunction. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(4), 541-547.
- Rebassa, M., Taltavull, J. M., Gutiérrez, C., Ripoll, J., Esteva, A., Miralles, J., ... & en Mallorca, U. (2013). Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. *Actas Urológicas Españolas*, 37(6), 354-361.
- Ramírez Vélez, R., Agredo Zúñiga, R.A., & Jerez Valderrama, A.M. (2010).

Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos colombianos. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 807-819.

- Reymert, J., & Hunskaar, S. (1994). Why do only a minority of perimenopausal women with urinary incontinence consult a doctor *Scand Journal Primary Health Care*, 12, 180-183.
- Rico-Villademoros, F., Calandre, E. P., Rodríguez-López, C. M., García-Carrillo, J., Ballesteros, J., Hidalgo-Tallón, J., & García-Leiva, J. M. (2012). Sexual functioning in women and men with fibromyalgia. *The journal of sexual medicine*, 9(2), 542-549.
- Rogers, G. R., Villarreal, A., Kammerer-Doak, D., & Qualls, C. (2001). Sexual function in women with and without urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, 12(6), 361-365.
- Rortveit, G., Brown, J. S., Thom, D. H., Van Den Eeden, S. K., Creasman, J. M., & Subak, L. L. (2007). Symptomatic pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a population-based, racially diverse cohort. *Obstetrics & Gynecology*, 109(6), 1396-1403.
- Roslani, A. C., Ramakrishnan, R., Azmi, S., Arapoc, D. J., & Goh, A. (2014). Prevalence of faecal incontinence and its related factors among patients in a Malaysian academic setting. *BMC gastroenterology*, 14(1), 1.
- Russell, I. J., Orr, M. D., Littman, B., Vipraio, G. A., Alboukrek, D., Michalek, J. E., ... & Mackillip, F. (1994). Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 37(11), 1593-1601.
- Rouvière, H. (2005). Anatomía humana: descriptiva, topográfica y

funcional, Barcelona: Masson.

- Saladin, S. K. (2013). El sistema muscular. Anatomía y fisiología. La unidad entre forma y función. 6ª ed. China: McGraw--Hill.
- Salgueiro, M., García-Leiva, J. M., Ballesteros, J., Hidalgo, J., Molina, R., Calandre, E. P. (2013). Validation of a Spanish version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR). *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 132.
- Salonia, A., Eardley, I., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Moncada, I., Vardi, Y., ... & Hatzimouratidis, K. (2014). European Association of Urology guidelines on priapism. *European urology*, 65(2), 480-489.
- Sánchez-Sánchez, B., Torres-Lacomba, M., Yuste-Sánchez, M. J., Navarro-Brazález, B., Pacheco-da-Costa, S., Gutiérrez-Ortega, C., et al. (2013). Cultural adaptation and validation of the Pelvic Floor Distress Inventory Short Form (PFDI-20) and Pelvic Floor Impact Questionnaire Short Form (PFIQ-7) Spanish versions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170(1), 281-285.
- Sanguineti, A., Bocic, G., Domínguez, C., Abedrapo, M., Azolas, R., Llanos, J. L., & Díaz, M. (2016). Prevalencia de incontinencia fecal en personas que acuden a policlínico de un hospital universitario. *Revista chilena de cirugía*, 68(1), 51-57.
- Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2005). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 6083-6096.
- Sawynok, J., Esser, M. J., & Reid, A. R. (2001). Antidepressants as analgesics: an overview of central and peripheral mechanisms of action.

Journal of Psychiatry and Neuroscience, 26(1), 21.

- Sayar, K., Aksu, G., Ak, I., & Tosun, M. (2003). Venlafaxine treatment of fibromyalgia. *Annals of Pharmacotherapy*, 37(11), 1561-1565.
- Schmidt-Wilcke, T., & Clauw, D. J. (2011). Fibromyalgia: from pathophysiology to therapy. *Nature Reviews Rheumatology*, 7(9), 518-527.
- Shafik, A., Ahmed, I., Shafik, A. A., El-Ghamrawy, T. A., & El-Sibai, O. (2005). Surgical anatomy of the perineal muscles and their role in perineal disorders. *Anatomical science international*, 80(3), 167-171.
- Shafik, A., & Assad, S. (2002). The histomorphologic structure of the levator ani muscle and its functional significance. *International Urogynecology Journal*, 13, 116-124.
- Shafik, A., Doss, S., & Asaad, S. (2003). Etiology of the resting myoelectric activity of the levator ani muscle: Physioanatomic study with a new theory. *World Journal Surgical*, 27, 309-314.
- Slim M, Rico-Villademoros F, Calandre EP. Current concepts in the treatment of fibromyalgia. *Journal of Symptoms and Signs*. 2013;2(4):222-32.
- Sobanski A., Pozowski J., Poreba R., Piwowarczyk M. & Pasierbek A. (2004). Analysis of obstetrical and gynaecological history of women with urinary stress incontinence. *Wiadomosci Lekarskie*. 57(1), Suppl 305-8.
- Spaeth, M., Bennett, R. M., Benson, B. A., Wang, Y. G., Lai, C., & Choy, E. H. (2012). Sodium oxybate therapy provides multidimensional improvement in fibromyalgia: results of an international phase 3 trial. *Annals of the rheumatic diseases*, annrheumdis-2011.
- Staud, R. (2011). Sodium oxybate for the treatment of fibromyalgia. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 12(11), 1789-1798.

- Sung VW., Hampton B.S. (2009). Epidemiology of pelvic floor dysfunction. *Obstetrician and Gynecology Clinical*, 36:421-443.
- Swick, T. J. (2011). Sodium oxybate: a potential new pharmacological option for the treatment of fibromyalgia syndrome. *Therapeutic advances in musculoskeletal disease*, 3(4), 167-178.
- Swift, S. (2002). Current opinion on the classification and definition of genital tract prolapse. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 14(5), 503-507.
- Terzi, R., Terzi, H., & Kale, A. (2015). Evaluating the relation of premenstrual syndrome and primary dysmenorrhea in women diagnosed with fibromyalgia. *Revista brasileira de reumatologia*, 55(4), 334-339.
- Tejero, M., Marco, E., Boza, R., Selva, F., Piqueras, M. & Gullén, A. (2008). Incontinencia urinaria de esfuerzo y ejercicios del suelo pélvico. Estudio comparativo entre la eficacia de un entrenamiento individualizado vs instrucciones básicas. *Trauma*, 19, 171-177.
- Theadom, A., Cropley, M., Smith, H. E., Feigin, V. L., & McPherson, K. (2015). Mind and body therapy for fibromyalgia. *The Cochrane Library*.
- Thüroff, J. W., Abrams, P., Andersson, K. E., Artibani, W., Chapple, C. R., Drake, M. J., ... & Tubaro, A. (2011). EAU guidelines on urinary incontinence. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*, 35(7), 373-388.
- Tofferi, J. K., Jackson, J. L., & O'malley, P. G. (2004). Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: A meta-analysis. *Arthritis Care & Research*, 51(1), 9-13.
- Torres, J. D. C. M., Abrahante, O. B., Adams, E. M. R., Lara, H. R., & Delgado, J. Á. G. (2016). Disfunciones sexuales y disfunciones del suelo pélvico.¿ Problemas de salud relacionados?. *Revista Sexología y*

Sociedad,21(2).

- Üçeyler, N., Sommer, C., Walitt, B., & Häuser, W. (2013). Anticonvulsants for fibromyalgia. *The Cochrane Library*.
- Unger, E. R. (2016). CDC Grand Rounds: Chronic Fatigue Syndrome—Advancing Research and Clinical Education. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65.
- Varma, M. G., Brown, J. S., Creasman, J. M., Thom, D. H., Van Den Eeden, S. K., Beattie, M. S., ... & Reproductive Risks for Incontinence Study at Kaiser (RRISK) Research Group. (2006). Fecal incontinence in females older than aged 40 years: who is at risk?. *Diseases of the colon & rectum*, 49(6), 841-851.
- Verdu, B., Decosterd, I., Buclin, T., Stiefel, F., & Berney, A. (2008). Antidepressants for the treatment of chronic pain. *Drugs*, 68(18), 2611-2632.
- Vergne-Sallel, P., Dufauret-Lombardl, C., Bonnetl, C., Simonl, A., Trèvesl, R., Bonnabaul, H., & Bertinl, P. (2011). A randomised, double-blind, placebo-controlled trial of dolasetron, a 5-hydroxytryptamine 3 receptor antagonist, in patients with fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 15(5), 509-514.
- Vicente, M. R. (2011). Análisis de la difusión de la internet móvil en España. *Cuadernos económicos de ICE*, 81, 155-174.
- Vij, B., Whipple, M. O., Tepper, S. J., Mohabbat, A. B., Stillman, M., & Vincent, A. (2015). Frequency of migraine headaches in patients with fibromyalgia. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 55(6), 860-865.
- Vilagut, G., María Valderas, J., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E.,

- Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726-735.
- Vrijens, D., Berghmans, B., Nieman, F., van Os, J., van Koeveringe, G., & Leue, C. (2017). Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with pelvic floor dysfunctions—A cross sectional cohort study at a Pelvic Care Centre. *Neurourology and Urodynamics*.
 - Walker, C. (2013). *Fisioterapia en obstetricia y uroginecología*. (2ª edición). Barcelona: Elsevier.
 - Wallace, S. A., Roe, B., Williams, K., & Palmer, M. (2004). Bladder training for urinary incontinence in adults. *The Cochrane Library*.
 - Weber, A. M., Walters, M. D., Schover, L. R., & Mitchinson, A. (1995). Sexual function in women with uterovaginal prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics & Gynecology*, 85(4), 483-487.
 - Wei, S. Y., Chao, H. T., Tu, C. H., Li, W. C., Low, I., Chuang, C. Y., ... & Hsieh, J. C. (2016). Changes in functional connectivity of pain modulatory systems in women with primary dysmenorrhea. *Pain*, 157(1), 92-102.
 - Weir, P. T., Harlan, G. A., Nkoy, F. L., Jones, S. S., Hegmann, K. T., Gren, L. H., & Lyon, J. L. (2006). The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 12(3), 124-128.
 - Whitehead, W. E., Borrud, L., Goode, P. S., Meikle, S., Mueller, E. R., Tuteja, A., ... & Pelvic Floor Disorders Network. (2009). Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology*, 137(2), 512-517.
 - Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W.,

- Katz, R. L., ... & Walitt, B. (2016, December). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. In *Seminars in Arthritis and Rheumatism* (Vol. 46, No. 3, pp. 319-329). WB Saunders.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. S., ... & Winfield, J. B. (2011). Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*, 38(6), 1113-1122.
 - Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., et al. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-610.
 - Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., ... & Fam, A. G. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160-172.
 - Woolf, C. J. (2011). Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3), S2-S15.
 - Yanmaz, M.N., Mert, M., & Korkmaz, M. (2012). The prevalence of fibromyalgia syndrome in a group of patients with diabetes mellitus. *Rheumatology International*, 32(4), 871-874.
 - Yeephu, S., Suthisisang, C., Suttiruksa, S., Pratepavanich, P., Limampai, P., & Russell, I. J. (2013). Efficacy and safety of mirtazapine in fibromyalgia syndrome patients: a randomized placebo-controlled pilot study. *Annals of Pharmacotherapy*, 47(7-8), 921-932.
 - Yip, S. K., Chan, A., Pang, S., Leung, P., Tang, C., Shek, D., & Chung, T.

(2003). The impact of urodynamic stress incontinence and detrusor overactivity on marital relationship and sexual function. *American journal of obstetrics and gynecology*, 188(5), 1244-1248.

- Yunus, M.B. (2011). The prevalence of fibromyalgia in the other chronic pain conditions. *Pain research and treatment*, 2012.
- Yunus, M., Masi, A. T., Calabro, J. J., Miller, K. A., & Feigenbaum, S. L. (1981, August). Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 11, No. 1, pp. 151-171). WB Saunders.

IX - ANEXOS

ANEXO 1: Cuaderno de recogida de datos (CRD para mujeres con fibromialgia)

POR FAVOR, ASEGÚRESE DE RELLENAR TODAS LAS PREGUNTAS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha:

Iniciales: _____	Edad: _____		
<u>Nivel de estudios:</u>			
Sin estudios <input type="checkbox"/>	Primarios <input type="checkbox"/>	Bachiller <input type="checkbox"/>	Universitarios <input type="checkbox"/>

Actividad laboral <u>actual:</u> actual:	Estado Civil
---	---------------------

- Trabaja sólo en su casa
- Trabaja fuera de casa
- Se encuentra en paro.
- Baja laboral transitoria
- Invalidez permanente
- Pensionista

- Soltera
- Casada/Pareja
- Viuda
- Separada/divorciada

Menstruo

¿Qué edad tenía usted cuando comenzó tu menstruación?	
¿Aún tiene menstruación (periodo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Contesta las siguientes si todavía tiene menstruación:	
Los periodos son:	<input type="checkbox"/> Ligeros <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Fuertes
¿Cuántos días entre periodos cada mes?	
¿Cuántos días le dura su periodo?	
¿Tiene dolor con su periodo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sus periodos son regulares?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Pasa usted algunos coágulos durante su periodo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Gastrointestinal

¿Tiene usted náuseas y/o vómitos con frecuencia?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No,	
En caso afirmativo, Con dolor <input type="checkbox"/> Con medicamento <input type="checkbox"/> Con comida <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Padece con frecuencia diarrea?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No,
¿Padece con frecuencia estreñimiento?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No,
¿Padece con frecuencia hinchazón abdominal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Habitualmente, sus heces son:	
<input type="checkbox"/> Muy duras	
<input type="checkbox"/> Muy blandas	
<input type="checkbox"/> Con moco	
<input type="checkbox"/> Normales	

Indique con una **X**, si padece alguna enfermedad de la siguiente lista:

Disfunción temporomandibular	
Migraña	
Cefalea de tipo tensional	
Síndrome del intestino irritable	
Cistitis Intersticial	
Síndrome vulvar vestibular	
Síndrome de fatiga crónica	
Otras	

A lo largo de los tres últimos meses, ¿ha padecido de forma repetida alguna de las siguientes molestias?

- Pérdida involuntaria de orina
- Molestias, dificultad o dolor al orinar
- Pérdida involuntaria de heces (sólidas, líquidas o gaseosas)
- Molestias o dificultad para defecar
- Presión en la parte baja del vientre
- Sensación de tener un bulto en la vagina
- Infecciones urinarias frecuentes
- Orinar con mucha frecuencia por la noche
- Orinar con mucha frecuencia por el día

En caso de presentar uno y/o más síntomas, debe rellenar los dos siguientes cuestionarios; en caso negativo, vaya directamente a la página 9.

PFDI-20

Este cuestionario versa sobre ciertos síntomas intestinales, urinarios o pélvicos; se le preguntará si usted tiene estos síntomas, y si los siente, los mucho que le molesta. Por favor, responda las preguntas a continuación, marcando con una **(X)**, en la casilla/s correspondiente/s. si usted duda sobre alguna respuesta, seleccione la que mejor se adapte a su caso. Al responder a este cuestionario, tenga en cuenta los síntomas que ha sentido en los **tres últimos meses**.

Por favor, conteste a todas las preguntas de este cuestionario.

1. Habitualmente, ¿siente usted presión en la parte baja del abdomen?

No; Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1 2 3 4
Nada Un poco Moderadamente Mucho

2. Habitualmente, ¿tiene usted una sensación de pesadez en la zona de la pelvis?

No; Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1 2 3 4
Nada Un poco Moderadamente Mucho

3. Habitualmente, ¿siente usted un “abultamiento” o algo que sale hacia fuera que puede tocar o ver en la zona de su vagina?

No; Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1 2 3 4
Nada Un poco Moderadamente Mucho

4. ¿Alguna vez tiene que empujar sobre su vagina o alrededor de su recto para poder defecar o para acabar de defecar?

No; Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Ⓐ1	Ⓐ2	Ⓐ3	Ⓐ4
Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho

5. Habitualmente, ¿tiene usted una sensación de no llegar a vaciar completamente su vejiga?

ⒶNo; ⒶSí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Ⓐ1	Ⓐ2	Ⓐ3	Ⓐ4
Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho

6. ¿Alguna vez tiene usted que empujar con los dedos un “abultamiento” en la zona de la vagina para iniciar o completar la micción?

ⒶNo; ⒶSí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Ⓐ1	Ⓐ2	Ⓐ3	Ⓐ4
Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho

7. ¿Tiene usted la sensación de tener que empujar mucho para poder defecar?

ⒶNo; ⒶSí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Ⓐ1	Ⓐ2	Ⓐ3	Ⓐ4
Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho

8. ¿Tiene usted la sensación de que no ha vaciado completamente el intestino tras haber defecado?

ⒶNo; ⒶSí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Ⓐ1	Ⓐ2	Ⓐ3	Ⓐ4
Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho

9. Habitualmente, ¿tiene usted pérdidas fecales involuntarias cuando sus heces son sólidas?

19. Habitualmente, ¿tiene usted dificultades para vaciar su vejiga?

☐No; ☐Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐1	☐2	☐3	☐4
Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho

20. Habitualmente, ¿siente usted dolor o molestia en la parte baja del abdomen o en la zona genital?

☐No; ☐Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐1	☐2	☐3	☐4
Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho

PFIQ-7

Habitualmente, ¿cuánto afectan los síntomas o alteraciones relacionados con su → a su ↓ ?	Vejiga u orina	Intestino o recto	Vagina o pelvis
1. ¿Capacidad para hacer las tareas domésticas (cocina, limpieza de la casa, lavar la ropa)?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
2. ¿Capacidad para realizar actividades físicas tales como andar, nadar, u otro ejercicio?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
3. ¿Actividades de ocio tales como ir a ver una película al cine o a un concierto?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
4. ¿Capacidad para viajar en coche o en autobús distancias superiores a 30 minutos desde su casa?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
5. ¿Participación en actividades sociales fuera de su casa?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
6. ¿Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
7. ¿Se siente frustrada?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho

SF-12

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, Me limita un poco	3 No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora			
3. Subir varios piso por la escalera			

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
4. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?			
5. Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?			

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	1. SI	2. NO
6. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, **por algún problema emocional**?

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1

2

3

4

5

Nada

Un Poco

Regular

Bastante

Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

	1 siempre	2 casi siempre	3 muchas veces	4 algunas veces	5 sólo alguna vez	6 nunca
9. ¿Se sintió calmado y tranquilo?						
10. ¿Tuvo mucha energía?						
11. ¿Se sintió desanimado o triste?						

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Sólo algunas veces	Nunca

PHQ-9

1. Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada apartado y **marque con una X su respuesta.**

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
a. Poco interés o agrado al hacer las cosas.				
b. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.				
c. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.				
d. Se siente cansado o tiene poca energía.				
e. Tiene poco o excesivo apetito.				
f. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia.				
g. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.				
h. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más				

que de costumbre.				
i. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.				

2. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto le han dificultado al realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?

Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
0	1	2	3

ISI

1. Por favor, **evalúe la severidad de su problema de insomnio** durante las dos últimas semanas

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Mucha
Dificultad para quedarse dormido					
Dificultad para mantener el sueño					
Despertares tempranos					

2. Satisfacción con el sueño actual

Muy satisfecho	Satisfecho	Moderadamente	Insatisfecho	Muy insatisfecho
----------------	------------	---------------	--------------	------------------

3. ¿Cómo interfiere su problema de sueño con su funcionamiento diario (fatiga, capacidad para trabajar, concentración, memoria, estado de ánimo...)?

Sin interferencia	Un poco	Algo	Bastante	Gran interferencia
-------------------	---------	------	----------	--------------------

4. Grado en que otras personas perciben el deterioro provocado por el insomnio en usted

Nada perceptible	Apenas	Algo	Bastante	Muy perceptible
------------------	--------	------	----------	-----------------

5. Grado de preocupación por el problema de insomnio

Nada preocupado	Apenas	Algo	Bastante	Muy preocupado
-----------------	--------	------	----------	----------------

STAI

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

CSFQ-Mujeres

Las preguntas que siguen hacen referencia a lo que usted piensa sobre su vida sexual. Por favor, lea con atención cada una de ellas. A continuación, rodee con un círculo el número que considere más adecuado. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección. MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?

1. Ninguno
 2. Poco disfrute o placer
 3. Algo de disfrute o placer
 4. Mucho disfrute o placer
 5. Muchísimo disfrute o placer
-

2. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?

1. Nunca
 2. Rara vez (menos de una vez al mes)
 3. A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces/semana)
 4. A menudo (2 veces/semana o más)
 5. Diariamente
-

3. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?

1. Nunca
 2. Rara vez (menos de una vez al mes)
 3. A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces/semana)
 4. A menudo (2 veces/semana o más)
 5. Diariamente
-

4. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) ahora?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

5. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

6. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?

1. Ningún disfrute o placer
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

7. ¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

8. ¿Se excita fácilmente?

1. Nunca
 2. Rara vez (la minoría de las veces)
 3. A veces (la mitad de las veces)
 4. A menudo (la mayoría de las veces)
 5. Siempre
-

9. ¿Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual?

1. Nunca
 2. Rara vez (la minoría de las veces)
 3. A veces (la mitad de las veces)
 4. A menudo (la mayoría de las veces)
 5. Siempre
-

10. ¿Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde el interés?

5. Nunca
 4. Rara vez (la minoría de las veces)
 3. A veces (la mitad de las veces)
 2. A menudo (la mayoría de las veces)
 1. Siempre
-

11. ¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo?

1. Nunca
 2. Rara vez (menos de una vez al mes)
 3. A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces/semana)
 4. A menudo (2 veces/semana o más)
 5. Diariamente
-

12.. ¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere?

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

13. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?

1. Ningún disfrute o placer
 2. Poco disfrute o placer
 3. Algo de disfrute o placer
 4. Mucho disfrute o placer
 5. Muchísimo disfrute o placer
-

14. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?

5. Nunca
4. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces/semana)
2. A menudo (2 veces/semana o más)
1. Diariamente

BPI

1. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la **INTENSIDAD MÁXIMA** de su dolor en la **última semana**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la **INTENSIDAD MINIMA** de su dolor en la **última semana**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la **INTENSIDAD MEDIA** de su dolor en la **última semana**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la **INTENSIDAD** de su dolor **AHORA MISMO**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

5. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor lo ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la **última semana**:

A. Actividad General:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha									Me ha	
afectado									afectado	
									por	
									completo	

B. Estado de ánimo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha									Me ha	
afectado									afectado	
									por	
									completo	

C. Capacidad de caminar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha									Me ha	
afectado									afectado	
									por	
									completo	

D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha									Me ha	
afectado									afectado	
									por	
									completo	

E. Relaciones con otras personas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha									Me ha	
afectado									afectado	
									por	
									completo	

F. Sueño

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha									Me ha	
afectado									afectado	
									por	
									completo	

G. Disfrutar de la vida

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha									Me ha	
afectado									afectado	
									por	
									completo	

FIQ-R (2009)

1.- Instrucciones:

Para cada pregunta marque una **X** en la casilla que mejor **indique la dificultad** con la que ha realizado cada una de las siguientes actividades a causa de la **fibromialgia durante la última semana**

DICULTAD

a) Peinarse	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Máxima
b) Caminar 20 minutos sin necesidad de pararse	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Máxima
c) Preparar la comida	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Máxima
d) Barrer, fregar o pasar la aspiradora	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Máxima
e) Levantar y transportar una bolsa de la compra	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Máxima
f) Subir escaleras	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Máxima
g) Cambiar la ropa de la cama	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Máxima
h) Estar sentada en una silla durante 45 minutos	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Máxima
i) Hacer la compra	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Máxima

f) Problemas de memoria	Buena Memoria	□□□□□□□□□□	Muy mala memoria
g) Ansiedad	Nada ansiosa	□□□□□□□□□□	Muy ansiosa
h) Dolorimiento al tacto	Ninguno	□□□□□□□□□□	Muchísimo
i) Problemas de equilibrio	Ninguno	□□□□□□□□□□	Severos
j) Grado de sensibilidad al ruido intenso, la luz brillante, los olores, el frío	Ninguna sensibilidad	□□□□□□□□□□	Mucha sensibilidad

P1 = _____

P2 = _____

P3 = _____

PT = _____

¡Gracias por tu colaboración! ;;

ANEXO 2: Cuaderno de recogida de datos (CRD para mujeres del grupo CRL)

POR FAVOR, ASEGÚRESE DE RELLENAR TODAS LAS PREGUNTAS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha:

Iniciales: _____ Edad: _____
<u>Nivel de estudios:</u> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/>

<u>Actividad laboral actual:</u>	<u>Estado Civil actual:</u>
---	------------------------------------

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trabaja sólo en su casa
<input type="checkbox"/> Trabaja fuera de casa*
<input type="checkbox"/> Se encuentra en paro.
<input type="checkbox"/> Baja laboral transitoria
<input type="checkbox"/> Invalidez permanente
<input type="checkbox"/> Pensionista | <input type="checkbox"/> Soltera
<input type="checkbox"/> Casada/Pareja
<input type="checkbox"/> Viuda
<input type="checkbox"/> Separada/ divorciada |
|---|---|

*en caso afirmativo, indique qué tipo de trabajo realiza: _____

Menstruo

¿Qué edad tenía usted cuando comenzó tu menstruación?	
¿Aun tiene menstruación (periodo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Contesta las siguientes si todavía tiene menstruación:	
Los periodos son: <input type="checkbox"/> Ligeros <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Fuertes	
¿Cuántos días entre periodos cada mes?	
¿Cuántos días le dura su periodo?	
¿Tiene dolor con su periodo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sus periodos son regulares?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Pasa usted algunos coágulos durante su periodo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Gastrointestinal

¿Tiene usted náuseas y/o vómitos con frecuencia?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No,	
En caso afirmativo, Con dolor <input type="checkbox"/> Con medicamento <input type="checkbox"/> Con comida <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Padece con frecuencia diarrea?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No,
¿Padece con frecuencia estreñimiento?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No,
¿Padece con frecuencia hinchazón abdominal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Habitualmente, sus heces son:	
<input type="checkbox"/> Muy duras	
<input type="checkbox"/> Muy blandas	
<input type="checkbox"/> Con moco	
<input type="checkbox"/> Normales	

Indique con una **X**, si padece alguna enfermedad de la siguiente lista:

Disfunción temporomandibular	
Migraña	
Cefalea de tipo tensional	
Síndrome del intestino irritable	
Cistitis Intersticial	
Síndrome vulvar vestibular	
Síndrome de fatiga crónica	
Otras	

A lo largo de los tres últimos meses, ¿ha padecido de forma repetida, alguna de las siguientes molestias?

- Pérdida involuntaria de orina
- Molestias, dificultad o dolor al orinar
- Pérdida involuntaria de heces (sólidas, líquidas o gaseosas)
- Molestias o dificultad para defecar
- Presión en la parte baja del vientre
- Sensación de tener un bulto en la vagina
- Infecciones urinarias frecuentes
- Orinar con mucha frecuencia por la noche
- Orinar con mucha frecuencia por el día

En caso de presentar uno y/o más síntomas, debe rellenar los dos siguientes cuestionarios; en caso negativo, vaya directamente a la página 9.

PFDI-20

Este cuestionario versa sobre ciertos síntomas intestinales, urinarios o pélvicos; se le preguntará si usted tiene estos síntomas, y si los siente, los mucho que le molesta. Por favor, responda las preguntas a continuación, marcando con una **(X)**, en la casilla/s correspondiente/s. si usted duda sobre alguna respuesta, seleccione la que mejor se adapte a su caso. Al responder a este cuestionario, tenga en cuenta los síntomas que ha sentido en los **tres últimos meses**.

Por favor, conteste a todas las preguntas de este cuestionario.

1. Habitualmente, ¿siente usted presión en la parte baja del abdomen?

No; Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1 2 3 4
Nada Un poco Moderadamente Mucho

2. Habitualmente, ¿tiene usted una sensación de pesadez en la zona de la pelvis?

No; Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1 2 3 4
Nada Un poco Moderadamente Mucho

3. Habitualmente, ¿siente usted un “abultamiento” o algo que sale hacia fuera que puede tocar o ver en la zona de su vagina?

No; Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

1 2 3 4
Nada Un poco Moderadamente Mucho

4. ¿Alguna vez tiene que empujar sobre su vagina o alrededor de su recto para poder defecar o para acabar de defecar?

No; Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Ⓐ1 Ⓐ2 Ⓐ3 Ⓐ4
Nada Un poco Moderadamente Mucho

5. Habitualmente, ¿tiene usted una sensación de no llegar a vaciar completamente su vejiga?

ⒶNo; ⒶSí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Ⓐ1 Ⓐ2 Ⓐ3 Ⓐ4
Nada Un poco Moderadamente Mucho

6. ¿Alguna vez tiene usted que empujar con los dedos un “abultamiento” en la zona de la vagina para iniciar o completar la micción?

ⒶNo; ⒶSí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Ⓐ1 Ⓐ2 Ⓐ3 Ⓐ4
Nada Un poco Moderadamente Mucho

7. ¿Tiene usted la sensación de tener que empujar mucho para poder defecar?

ⒶNo; ⒶSí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Ⓐ1 Ⓐ2 Ⓐ3 Ⓐ4
Nada Un poco Moderadamente Mucho

8. ¿Tiene usted la sensación de que no ha vaciado completamente el intestino tras haber defecado?

ⒶNo; ⒶSí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

Ⓐ1 Ⓐ2 Ⓐ3 Ⓐ4
Nada Un poco Moderadamente Mucho

14. ¿Alguna vez parte de su intestino sobresale por el ano mientras usted defeca o al acabar de defecar?

No; Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho

15. Habitualmente, ¿orina con frecuencia?

No; Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho

16. Habitualmente ¿experimenta usted pérdidas involuntarias de orina asociadas a una sensación de urgencia, es decir, una fuerte sensación de tener que ir al baño a orinar?

No; Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho

17. Habitualmente, ¿tiene usted pérdidas de orina al toser, estornudar o reír?

No; Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho

18. Habitualmente, ¿tiene usted la sensación de perder pequeñas cantidades de orina (es decir, gotas)?

No; Sí

PFIQ-7

Habitualmente, ¿cuánto afectan los síntomas o alteraciones relacionados con su → a su ↓?	<i>Vejiga u orina</i>	<i>Intestino o recto</i>	<i>Vagina o pelvis</i>
1. ¿Capacidad para hacer las tareas domésticas (cocina, limpieza de la casa, lavar la ropa)?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente Mucho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente Mucho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente Mucho <input type="checkbox"/>
2. ¿Capacidad para realizar actividades físicas tales como andar, nadar, u otro ejercicio?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente Mucho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente Mucho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente Mucho <input type="checkbox"/>
3. ¿Actividades de ocio tales como ir a ver una película al cine o a un concierto?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
4. ¿Capacidad para viajar en coche o en autobús distancias superiores a 30 minutos desde su casa?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente Mucho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente Mucho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente Mucho <input type="checkbox"/>
5. ¿Participación en actividades sociales fuera de su casa?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
6. ¿Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
7. ¿Se siente frustrada?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho

SF-12

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, Me limita un poco	3 No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora			
3. Subir varios piso por la escalera			

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
4. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?			
5. Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?			

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	1. SI	2. NO
6. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, **por algún problema emocional?**

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1**2****3****4****5**

Nada

Un Poco

Regular

Bastante

Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

	1 siempre	2 casi siempre	3 muchas veces	4 algunas veces	5 sólo alguna vez	6 nunca
9.¿Se sintió calmado y tranquilo?						
10.¿Tuvo mucha energía?						
11.¿Se sintió desanimado o triste?						

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Sólo algunas veces	Nunca

PHQ-9

2. Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada apartado y **marque con una X su respuesta.**

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
a. Poco interés o agrado al hacer las cosas.				
b. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.				
c. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.				
d. Se siente cansado o tiene poca energía.				
e. Tiene poco o excesivo apetito.				
f. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia.				
g. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.				
h. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da				

vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.				
i. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.				

2. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto le han dificultado al realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?

Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
0	1	2	3

ISI

6. Por favor, **evalúe la severidad de su problema de insomnio** durante las dos últimas semanas

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Mucha
Dificultad para quedarse dormido					
Dificultad para mantener el sueño					
Despertares tempranos					

7. Satisfacción con el sueño actual

Muy satisfecho	Satisfecho	Moderadamente	Insatisfecho	Muy insatisfecho
----------------	------------	---------------	--------------	------------------

8. ¿Cómo interfiere su problema de sueño con su funcionamiento diario (fatiga, capacidad para trabajar, concentración, memoria, estado de ánimo...)?

Sin interferencia	Un poco	Algo	Bastante	Gran interferencia
-------------------	---------	------	----------	--------------------

9. Grado en que otras personas perciben el deterioro provocado por el insomnio en usted

Nada perceptible	Apenas	Algo	Bastante	Muy perceptible
------------------	--------	------	----------	-----------------

10. Grado de preocupación por el problema de insomnio

Nada preocupado	Apenas	Algo	Bastante	Muy preocupado
-----------------	--------	------	----------	----------------

STAI

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

CSFQ-Mujeres

Las preguntas que siguen hacen referencia a lo que usted piensa sobre su vida sexual. Por favor, lea con atención cada una de ellas. A continuación, rodee con un círculo el número que considere más adecuado. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección. MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?

1. Ninguno
 2. Poco disfrute o placer
 3. Algo de disfrute o placer
 4. Mucho disfrute o placer
 5. Muchísimo disfrute o placer
-

2. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?

1. Nunca
 2. Rara vez (menos de una vez al mes)
 3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4. A menudo (2 veces/semana o más)
 5. Diariamente
-

3. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?

1. Nunca
 2. Rara vez (menos de una vez al mes)
 3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
 4. A menudo (2 veces/semana o más)
 5. Diariamente
-

4. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) ahora?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

5. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

6. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?

1. Ningún disfrute o placer
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

7. ¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces/semana)
4. A menudo (2 veces/semana o más)
5. Diariamente

8. ¿Se excita fácilmente?

1. Nunca
 2. Rara vez (la minoría de las veces)
 3. A veces (la mitad de las veces)
 4. A menudo (la mayoría de las veces)
 5. Siempre
-

9. ¿Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual?

1. Nunca
 2. Rara vez (la minoría de las veces)
 3. A veces (la mitad de las veces)
 4. A menudo (la mayoría de las veces)
 5. Siempre
-

10. ¿Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde el interés?

5. Nunca
 4. Rara vez (la minoría de las veces)
 3. A veces (la mitad de las veces)
 2. A menudo (la mayoría de las veces)
 1. Siempre
-

11. ¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo?

1. Nunca
 2. Rara vez (menos de una vez al mes)
 3. A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces/semana)
 4. A menudo (2 veces/semana o más)
 5. Diariamente
-

12.. ¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere?

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

13. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?

1. Ningún disfrute o placer
 2. Poco disfrute o placer
 3. Algo de disfrute o placer
 4. Mucho disfrute o placer
 5. Muchísimo disfrute o placer
-

14. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?

5. Nunca
4. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al mes, pero menos de 2 veces/semana)
2. A menudo (2 veces/semana o más)
1. Diariamente

BPI

9. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la **INTENSIDAD MÁXIMA** de su dolor en la **última semana**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

10. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la **INTENSIDAD MINIMA** de su dolor en la **última semana**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

11. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la **INTENSIDAD MEDIA** de su dolor en la **última semana**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

12. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la **INTENSIDAD** de su dolor **AHORA MISMO**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor imaginable

13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor lo ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la **última semana**:

A. Actividad General:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha
afectado

Me ha
afectado
por
completo

B. Estado de ánimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha
afectado

Me ha
afectado
por
completo

C. Capacidad de caminar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha
afectado

Me ha
afectado
por
completo

D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha

Me ha
afectado

ANEXO 3: Informe del comité de ética de ética.



COMITÉ DE ÉTICA DE LA UCAM

DATOS DEL PROYECTO

Título:	Estudio sobre la prevalencia e impacto de disfunción del suelo pélvico en mujeres con fibromialgia respecto a sujetos control	
Investigador Principal	Nombre M ^a Carmen Conesa Fuentes	Correo-e

INFORME DEL COMITÉ

Fecha	3/2/2015
--------------	----------

Tipo de Experimentación

Investigación experimental clínica con seres humanos.	NO
Utilización de tejidos humanos procedentes de pacientes, tejidos embrionarios o fetales.	NO
Utilización de tejidos humanos, tejidos embrionarios o fetales procedentes de bancos de muestras o tejidos.	NO
Investigación observacional con seres humanos o uso de datos personales, información genética, etc.	SI
Experimentación animal.	NO
Utilización de agentes biológicos de riesgo para la salud humana, animal o las plantas.	NO
Uso de organismos modificados genéticamente (OMGs).	NO

Comentarios Respecto al tipo de Experimentación

CORRECTO

Comentarios Respecto a la metodología de experimentación

Nada en contra

