

Fibromialgia: un gran reto para la Atención Primaria

M. Junyent Priu, A. Benavides Ruiz, M. Borrell Muñoz, A. Sisó Almirall y J. Herrero Camp

Centro de Atención Primaria (CAP) Les Corts. Barcelona.

OBJETIVO. Determinar el perfil clínico, el cumplimiento de los criterios diagnósticos y el grado de control ambulatorio de los pacientes con fibromialgia (FM) en Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS. De un total de 130 pacientes con diagnóstico de FM, mediante la revisión de las historias clínicas con el programa informático OMI-AP, se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, comorbilidad, número de *tender points*, tratamiento, percepción del dolor actual, estado laboral y facultativo que realizaba el seguimiento.

RESULTADOS. El 100% eran mujeres, con edad promedio de 57,45 (desviación estándar: 10,74) y una evolución media de 4 años. Se confirmó el diagnóstico en 41 casos (51,3%), y el resto presentaron formas incompletas. Las patologías asociadas con mayor frecuencia eran: reumatológicas (56,3%), psiquiátricas (55%) y digestivas (36,3%). El tratamiento más frecuente era el combinado (60%), aunque un 22,5% estaban sin ningún tratamiento. El 25% eran controlados por el médico de AP y el 75% por el reumatólogo.

CONCLUSIONES. El 49% de las pacientes no presentan criterios diagnósticos completos de FM. Tras el diagnóstico de FM, el tratamiento se reajusta, mejorando la percepción del dolor en los pacientes con FM controlados por AP y especialista.

Palabras clave: fibromialgia, Atención Primaria, control, diagnóstico.

OBJECTIVE. Determine the clinical profile, compliance of diagnostic criteria and degree of out-patient control of patients with fibromyalgia (FM) in Primary Health Care (PHC).

MATERIAL AND METHODS. The following variables were collected from a total of 130 patients with FM diagnosis by the review of the clinical histories with the computer program OMI-AP: age, gender, disease evolution time, comorbidity, number of tender points, treatment, perception of present pain, work status and physician who conducted the follow-up.

RESULTS. 100% were women, with average age of 57.45 (SD: 10.74) and mean evolution of 4 years. Diagnosis was verified in 41 cases (51.3%) and the rest had incomplete forms. The most frequent associated diseases were: rheumatologic (56.3%), psychiatric (55%) and digestive (36.3%). The most frequent treatment was the combined (60%), although 22.5% were without any treatment. A total of 25% were controlled by the PHC physician and 75% by the rheumatologist.

CONCLUSIONS. A total of 49% of the patients had no complete diagnostic criteria of FM. After the diagnosis of FM, the treatment was readjusted, the perception of pain improving in the patients with FM controlled by PHC and specialist.

Key words: fibromyalgia, Primary Health Care, control, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una entidad de gran trascendencia en la salud pública debido a su alta prevalencia^{1,2}. En la población general española, según los criterios de clasificación del *American College of Rheumatology* (ACR), se estima que es del 2,7% para ambos géneros, siendo del 4,2%

para el género femenino y del 0,2% para el masculino^{3,4}. De un 14% a un 20% de los pacientes en reumatología tienen como primer diagnóstico la FM⁵.

La FM es una enfermedad crónica que provoca un dolor generalizado que puede llegar a ser invalidante y afectar a la esfera biológica, social y psicológica del paciente⁶⁻⁹. Los criterios diagnósticos de la FM fueron publicados en 1990 por el ACR para homogeneizar los criterios de clasificación, definiendo tres puntos claves:

1. Historia de un dolor generalizado.
2. Dolor de tres meses de evolución como mínimo.
3. Palpación dolorosa en 11 *tender points* (TP) de los 18 posibles (fig. 1)¹⁰.

Correspondencia: M. Junyent Priu.
Hospital Clínic de Barcelona
c/Villarroel n.º 170
08036 Barcelona.
Correo electrónico: 35504mjp@comb.es

Recibido el 14-11-03; aceptado para su publicación el 3-5-04.

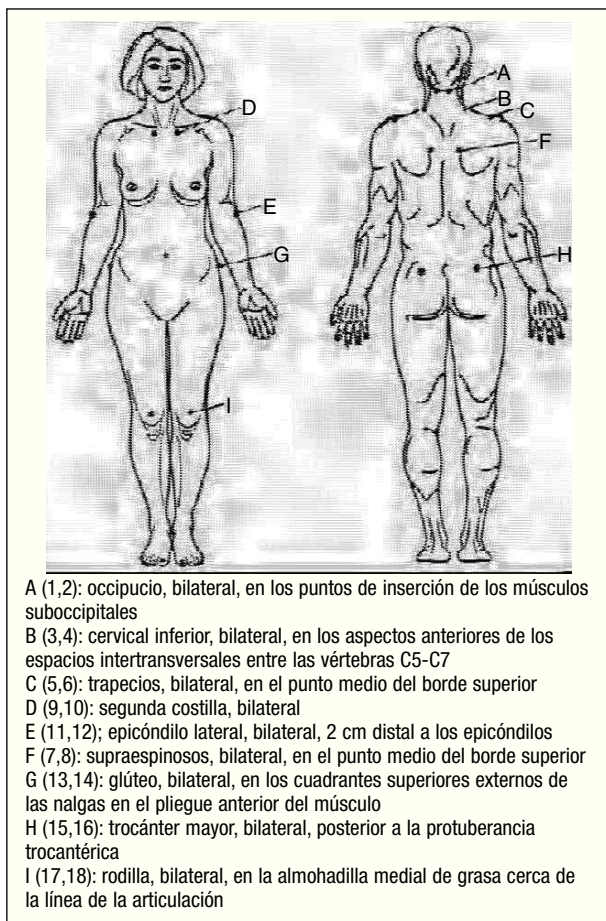


Figura 1. Localización de los tender points.

La etiopatogenia de dicha entidad es desconocida¹¹ y no disponemos de un tratamiento verdaderamente efectivo^{12,13}, lo que condiciona en el paciente una situación de peregrinación por diferentes facultativos^{14,15}.

El tratamiento farmacológico se basa en el uso de analgésicos y antiinflamatorios, recurriendo al uso de antidepresivos y de benzodiazepinas en el caso de persistencia de la sintomatología¹³.

El objetivo de nuestro trabajo fue describir el perfil clínico de los pacientes con diagnóstico de FM en Atención Primaria (AP) y determinar el grado de control ambulatorio de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes con diagnóstico de FM en el Centro de AP (CAP) Les Corts de Barcelona (n = 130), mediante la revisión de las historias clínicas (HC) a través del programa informático OMI-AP.

Dicho CAP tiene adscritos 30.535 pacientes y la población atendida se caracteriza por tener un nivel socioeconómico medio-elevado, con una alta prevalencia de pacientes atendidos por médicos especialistas privados. Este hecho produce que en un porcentaje no despreciable de

pacientes adscritos al CAP no se disponga de un registro diagnóstico de FM. Aunque nuestro sistema de registro es fiable, se produce un infradiagnóstico de la enfermedad, siendo ésta una de las principales limitaciones del estudio.

Durante el mes de marzo de 2003 se revisaron las HC de todos los pacientes con diagnóstico de FM obteniéndose las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, localización del dolor, comorbilidad, número de TP, situación laboral actual, tratamiento previo al diagnóstico y tratamiento actual.

Se reevaluaron los criterios diagnósticos de los pacientes para determinar el porcentaje de éstos que realmente padecían FM (presencia de los tres criterios diagnósticos) y los que presentaban formas incompletas de la misma, fundamentalmente por tener un número de TP inferior a los estipulados por el ACR en 1990 (< 11 TP).

Asimismo se valoró la percepción subjetiva del dolor actual mediante la escala analógica visual (EVA), que consta de 10 valores (valor 0 = no dolor; valor 10 = máximo grado de dolor). Se compararon las puntuaciones de las EVA entre el grupo de pacientes que cumplía los criterios diagnósticos de FM y los que no, para detectar posibles diferencias en la percepción del dolor.

Finalmente se describió el facultativo que realizaba el control posterior de los pacientes (médico de AP o reumatólogo) y se comparó si la percepción del dolor difería según el facultativo que realizaba el seguimiento.

Las variables cualitativas se compararon mediante la χ^2 de Pearson y para las variables cuantitativas se utilizó la t de Student. En todas las mediciones realizadas se consideró como significación estadística una $p < 0,05$. Para la realización de todo el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10.0.

RESULTADOS

Se identificaron 130 pacientes con diagnóstico de FM sobre un total de 30.535 pacientes adscritos al centro.

El 100% de los pacientes eran mujeres, con edad promedio de 57,45 años (desviación estándar [DE]: 10,74) y una evolución media de la enfermedad de aproximadamente 4 años (máx: 15, mín:0).

En éstas se confirmó el diagnóstico según los tres criterios establecidos por el ACR en 41 casos (51,3%), mientras que el resto de las pacientes (39 casos, 48,7%) presentaban formas incompletas, básicamente por mostrar un número de TP inferior a los establecidos como criterio diagnóstico de FM (87,2% presentaron menos de 11 TP).

Las patologías asociadas con mayor frecuencia en las pacientes eran: trastornos reumatológicos (patología degenerativa osteoarticular) en 45 casos (56,3%), trastornos psiquiátricos (síndrome ansiosodepresivo) en 44 casos (55%) y trastornos digestivos (pirosis, colon irritable, dolor abdominal inespecífico, etc.) en 29 casos (36,3%). Otras patologías se presentaron en menor porcentaje, siendo algunas de ellas una mera coincidencia con la enfermedad (tabla 1).

Tabla 1. Descripción de la comorbilidad asociada a la fibromialgia

Patología asociada	n (%)
Trastornos reumatológicos (patología osteoarticular)	45 (56,3)
Trastornos psiquiátricos (síndrome ansiosodepresivo)	44 (55)
Trastornos digestivos (dispepsia ulcerosa, colon irritable)	29 (36,3)
Dislipidemia	21 (26,3)
Hipertensión arterial	18 (22,5)
Patología oncológica	10 (12,5)
Trastornos tiroideos	9 (11,3)
Diabetes mellitus	9 (11,3)
Trastornos respiratorios	7 (8,8)
Trastornos cardiocirculatorios	7 (8,8)
Trastornos neurológicos (tromboembolismos, demencias)	3 (3,8)

En el momento de la entrevista clínica, 12 mujeres (15%) estaban de baja laboral como consecuencia de la intensidad del dolor.

El tratamiento previo al diagnóstico de estas pacientes era mayoritariamente combinado (48 casos; 60%). Con menor frecuencia se habían prescrito antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (18,8%), antidepresivos (8,8%), analgésicos (2,5%) o ningún tipo de tratamiento (10%). Tras el diagnóstico de FM, el tratamiento realizado en estas pacientes también consistía mayoritariamente en una pauta combinada (AINE + antidepresivo) (39 casos; 48,8%), aumentando las pacientes que no tomaban ningún fármaco (18 casos; 22,5%) e incorporándose las benzodiacepinas como otro posible tratamiento (7,5% de los casos) (tabla 2).

El 25% de las pacientes eran controladas por el médico de AP, mientras que el 75% eran controladas además por el especialista (reumatólogo de zona o privado).

La percepción subjetiva del dolor, mediante las puntuaciones obtenidas a través de la EVA, se analizaron en el momento de la recogida de datos y se obtuvo una puntuación media de 6,68 (DE: 2,57).

Se observó una mejoría en el grado de control del dolor tanto en las pacientes controladas por los médicos de AP como en las pacientes controladas por el reumatólogo.

Al comparar las pacientes que cumplían los tres criterios diagnósticos con las que presentaban formas incompletas de la enfermedad no se hallaron diferencias significativas respecto al tiempo de evolución, la presencia de comorbilidad médica, la situación laboral y la percepción del dolor actual.

Tabla 2. Descripción del tratamiento farmacológico administrado para el manejo de la fibromialgia

Tratamiento farmacológico	Antes del diagnóstico n (%)	Actual n (%)
Combinado (antidepresivo + AINE)	48 (60%)	39 (48,8%)
Analgésico	2 (2,5%)	2 (2,5%)
AINE	15 (18,8%)	8 (10%)
Antidepresivo	7 (8,8%)	7 (8,8%)
Benzodiacepinas	—	6 (7,7%)
Ninguno	8 (10%)	18 (22,5%)

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

Referente al tipo de tratamiento prescrito, en ambos grupos el tratamiento farmacológico más habitual era el combinado, tanto antes del diagnóstico como actualmente. Sin embargo, un elevado porcentaje del grupo con formas incompletas de la enfermedad no seguía ningún tipo de tratamiento farmacológico previamente al diagnóstico (20,5%) y tampoco en la actualidad (35,9%).

DISCUSIÓN

El porcentaje de pacientes con diagnóstico de FM en nuestro CAP (0,43%) es inferior al descrito en otros estudios descriptivos (2%-3%), revelando un infradiagnóstico de esta patología en nuestra población de referencia^{3,16}. El total de los pacientes diagnosticados de FM eran mujeres, lo cual indica que esta enfermedad está más infradiagnosticada en el género masculino⁴.

Al igual que en otros estudios, la comorbilidad más frecuente en estas pacientes era reumatológica, psiquiátrica y digestiva^{5,17}.

Referente a la situación laboral, 12 mujeres (15%) estaban de baja laboral en el momento de la entrevista, tratándose de pacientes con afectación vital severa y con una marcada interferencia en la práctica de las actividades de la vida diaria como consecuencia del grado de dolor.

En la actualidad, existen desacuerdos acerca de considerarla como causa legal de discapacidad, ya que es considerada como causa de enfermedad común. Si en un futuro se acepta como tal, esta enfermedad conllevará un elevado coste económico para nuestro sistema sanitario^{18,19}.

El desconocimiento sobre la etiología de la FM imposibilita tener un tratamiento farmacológico totalmente efectivo²⁰⁻²³. En nuestro estudio se detectaron mejorías significativas en la percepción del dolor tras el diagnóstico y el reajuste del tratamiento farmacológico, sin encontrar un grupo farmacológico concreto con mayor beneficio en la mejoría del dolor. Cabe destacar que el tratamiento era básicamente combinado en el grupo de pacientes con mayor número de TP^{24,25}. Esto nos lleva a considerar que el tratamiento en cada caso ha de ser individual, según las características del paciente, el grado de sintomatología clínica, las enfermedades asociadas y la percepción subjetiva de la enfermedad²⁶.

El seguimiento de las pacientes con FM por el médico de AP en nuestro estudio es insuficiente (25%), ya que las pacientes controladas por el reumatólogo no presentan características clínicas diferentes respecto a las controladas por AP. Asimismo, no se objetivan diferencias significativas ni en el grado de control ni en la percepción del dolor de las mismas, en función del facultativo responsable del seguimiento (AP o reumatólogo). Dado que el diagnóstico de la FM es eminentemente clínico y no requiere de ninguna prueba diagnóstica compleja para verificar la sospecha diagnóstica, el seguimiento puede realizarse a nivel de AP²⁷⁻³⁰.

Nuestro trabajo presenta una serie de limitaciones que seguramente han influido en los resultados obtenidos. En primer lugar, el pequeño tamaño inicial de la muestra debi-

do en gran parte a un elevado porcentaje de pacientes controlados por médicos privados. Por este motivo, no se consideró como criterio de exclusión la edad de los pacientes (en algunos trabajos se excluyen los pacientes con edad superior a los 70 años). Otra limitación a destacar es la determinación prospectiva de los TP con desconocimiento de los mismos en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

Es necesario divulgar los conocimientos de que disponemos en la actualidad sobre la enfermedad, a pesar de ser una gran desconocida y con multitud de aspectos todavía por resolver, y elaborar una serie de guías clínicas a nivel de AP para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con FM. Asimismo, hemos de practicar una valoración multidisciplinar de estos pacientes, a nivel médico, psicológico y ocupacional para obtener una evolución favorable de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- Soriano S, Gelado F, Girona B. Fibromialgia: un diagnóstico centeniencia. *Aten Primaria*. 2001; 27(8): 579-80.
- White KP, Harth M. Classification, epidemiology and natural history of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2001;5(4): 320-9.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IL, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*. 1995; 38: 19-28.
- Buskila D, Neumann L, Alhoashle A, Abu-Shakra M. Fibromyalgia syndrome in men. *Semin Arthritis Rheum*. 2000; 30(1):47-51.
- Robles Gómez E. Fibromialgia. Introducción, conceptos y fisiopatología. *Encuentros médicos*. Mayo, 1995: 4-10.
- Maquet D, Croisier JL, Crieleard JM. What happens to the fibromyalgia syndrome? *Ann Readapt Med Phys*. 2001; 4(6): 316-25.
- Johnson JL, Collo MB, Finch WR, Felicetta JV. Fibromyalgia syndrome. *J Am Acad Nurse Pract*. 1990; 2(2): 47-53.
- Patkar AA, Bilal L, Masand PS. Management of fibromyalgia. *Curr Psychiatry Rep*. 2003; 5(3): 218-24.
- Littlejohn G. Fibromyalgia. What is it and how do we treat it? *Aust Fam Psysician*. 2001; 30(4): 327-33.
- Wolfe F The American College of Rheumatology. 1990. Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990; 33: 160-72.
- Neeck G. Pathogenic mechanisms of fibromyalgia. *Ageing Res Rev*. 2002; 1(2): 243-55.
- Brecher LS, Cymet TC. A practical approach to fibromyalgia. *J Am Osteopath Assoc*. 2001; 101: S12-7.
- Cymet TC. A practical approach to fibromyalgia. *J Natl Med Assoc*. 2003; 95(4): 278-85.
- Cronan TA, Serber ER, Walen HR, Jaffe M. The influence of age on fibromyalgia symptoms. *J Aging Health*. 2002; 14(3): 370-84.
- Sarro Álvarez S. Psychiatric view of fibromyalgia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002; 30(6): 392-6.
- Valverde M. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol*. 2000; 27: 157.
- Schochat T, Raspe H. Elements of fibromyalgia in an open population. *Rheumatology*. 2003; 42: 829-35.
- Wolfe CV. Disability evaluation of fibromyalgia. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2001; 12: 709-18.
- Wallace DK, Hallegua DS. Quality of life, legal financial, and disability issues in fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2001; 5: 313-9.
- Thomas E, Blotman F. Are antidepressants effective in fibromyalgia? *Jt Bone Spine*. 2002; 69: 531-3.
- Argoff CE. Pharmacologic management of chronic pain. *J Am Osteopath Assoc*. 2002; 102: S21-7.
- Forseth KO, Gran JT. Management of fibromyalgia; what are the best treatment choices? *Drugs*. 2002; 62: 577-92.
- Barkhuizen A. Pharmacologic treatment of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2001; 5: 351-8.
- Lundberg G, Gerdle B. Tender point scores and their relations to signs of mobility, symptoms, and disability in female home care personnel and the prevalence of fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*. 2002; 29: 603-13.
- McCarberg B, Barkin RL, Wright JA, Cronan TA, Groessl E, Schmidt SM. Tender points as predictors of distress and the pharmacologic management of fibromyalgia syndrome. *AM J Ther*. 2003; 10: 176-92.
- Wigers SH. Fibromyalgia an update. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2002; 122(13): 1300-4.
- Eisinger J. Clinical evaluation of fibromyalgia. *Rev Med Interne*. 2003;24: 237-42.
- Schnur S. Primary fibromyalgia syndrome. Diagnostic statistics from primary care. *Z Rheumatol*. 1992; 51: 115-20.
- Collado A, Torres A, Arias A, et al. Descripción de la eficacia del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. [En prensa] *Med Clin (Barc)*.
- Bennett RM. Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheum Dis Clin North Am*. 1996; 22: 351-66.