

Comorbilidad registrada en los pacientes diagnosticados de fibromialgia en un centro de atención primaria

Objetivo. Varios estudios han sugerido la presencia de comorbilidad psiquiátrica, reumatológica y digestiva asociada a la fibromialgia (FM)^{1,2}. El objetivo de este estudio es determinar la existencia de asociación entre FM y enfermedad psiquiátrica, reumatológica y digestiva.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal, con grupo control.

Emplazamiento. Un centro de atención primaria.

Participantes. En total, 153 pacientes diagnosticados de FM entre el 1 de enero de 1985 y el 22 de junio de 2004. Se emparejaron por edad, sexo y fecha de diagnóstico con 153 controles sin FM.

Mediciones principales. Variables registradas: edad, sexo, diagnóstico de FM codificado según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10, código M79.0) y registrado en la historia clínica informatizada o, en su defecto, en papel. Para que un paciente fuera diagnosticado de FM debía cumplir los criterios de la American College of Rheumatology (tabla 1)³, enfermedades psiquiátricas (EP), reumatológicas (ER) y digestivas (ED) codificadas según la CIE-10 (capítulos V, XIII y XI, respectivamente)⁴. Se descartaron los procesos agudos y se recogieron exclusivamente los crónicos, definidos como los que tenían una duración > 3 meses. Análisis estadístico: pruebas de χ^2 de Pearson y t de Student-Fisher.

Resultados. De los 153 casos, el 92,2% eran mujeres. No había asociación significativa (prevalencia relativa [PR] = 1,3; intervalo de confianza del 95% [IC del 95%], 0,8-2,1; p = 0,35) entre FM y ED. Se determinó la proporción de EP presente en cada grupo, siendo mayor en el grupo de FM: 85 casos (54,8%) frente a 71 controles (45,4%). Dicha diferencia no fue significativa (PR = 1,5; IC del 95%, 0,97-2,4; p = 0,07). Hubo asociación significa-

TABLA 1. Fibromialgia: criterios diagnósticos (American College of Rheumatology 1990)

Presencia de los dos siguientes criterios:

1. Dolor crónico generalizado de más de 3 meses de duración que afecta como mínimo a 3 de los 4 cuadrantes del cuerpo (hemicuerpo derecho e izquierdo por encima y debajo de la cintura). Además, se ha de referir dolor en el esqueleto axial (columna cervical, dorsal, lumbar y pared torácica anterior)

2. Dolor a la presión de 11 de los 18 puntos dolorosos (localización bilateral):

Occipucio: en la inserción de los músculos suboccipitales

Cervicales bajos: en la cara anterior de las apófisis transversas de C5 a C7

Trapezio: punto medio del borde superior

Supraespinoso: borde medial de la espina de la escápula

Segunda costilla: unión condrocostal anterior

Epicóndilo: a 2 cm de distancia distal

Glúteo medio: cuadrante superior externo de la nalga

Trocánter mayor: posterior a la prominencia trocánterea

Rodilla: almohadilla grasa medial a la interlínea articular

Para la palpación digital se ha de aplicar una fuerza de 4 kg (la uña del dedo del explorador se vuelve blanca). La exploración de un punto sensible se considera positiva si el paciente refiere que la maniobra le resulta dolorosa

tiva entre el diagnóstico de FM y la presencia de ER (PR = 2,4; IC del 95%, 1,5-3,9; p < 0,0001).

Discusión y conclusiones. Hubo una tendencia hacia la asociación entre FM y un mayor porcentaje de EP, que fue no significativa a causa, posiblemente, del pequeño tamaño muestral y el elevado porcentaje de sujetos diagnosticados de alguna EP en el grupo control, como ya ha sucedido en estudios de diseño similar⁵. Cabe la posibilidad de que, en pacientes con ER inflamatorias en fase inicial, se pueda etiquetar como FM a un sujeto en el que posteriormente se constate la presencia de ER demostrable mediante marcadores diagnósticos analíticos y/o radiológicos. Este hecho debería ser tenido en cuenta en todo paciente que acuda a la consulta con sintomatología compatible con FM. Se precisan estudios prospectivos analíticos realizados en atención primaria que ayuden a determinar con mayor precisión la posible relación entre FM y EP, ER y ED, así como la dirección de dicha asociación.

Josep Gil Yubero^a,
Inmaculada Llena Cubarsí^a,
Montserrat Mas Marquès^b
y José Cristóbal Buñuel Álvarez^c

^aMedicina Familiar y Comunitaria de Girona. Unitat Docent de Medicina de Família i Comunitària de Girona. Àrea Bàsica de Salut Girona 4. Institut Català de la Salut. Girona. España. ^bMedicina de Família. Àrea Bàsica de Salut Girona 4. Institut Català de la Salut. Girona. España.

^cTécnico de salud. Unitat Docent de Medicina de Família i Comunitària de Girona. Àrea Bàsica de Salut Girona 4. Institut Català de la Salut. Girona. España.

1. Veale D, Kavanagh G, Fielding JF, Fitzgerald O. Primary fibromyalgia and the irritable bowel syndrome: different expressions of a common pathogenetic process. *Br J Rheumatol.* 1991;30:220-2.
2. Hudson JI, Goldenberg DL, Pope HG, Keck PE, Schlesinger L. Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *Am J Med.* 1992;92:363-7.
3. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia. Report of the Multicentre Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of Multicentre Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160-72.
4. Institut Català de la Salut. Servei d'Atenció Primària Àmbit Girona. CIM-10. Selecció de problemes de salut. Girona: Institut Català de la Salut; 2005.
5. Tapia C, Gil V, Orozco D. Influencia de ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria. *Aten Primaria.* 2005;36:64-70.

Palabras clave: Fibromialgia.
Comorbilidad. Trastornos mentales.
Enfermedades reumáticas.