Incremento en la prevalencia de fibromialgia en un centro médico: un estudio observacional comparando los años 2009 y 2011

Héctor Quevedo Solidoro[1]

RESUMEN

Objetivo: Evaluar si hay cambios en la prevalencia de fibromialgia, entre los años 2009 y 2011, en pacientes ambulatorios atendidos en un Servicio de Reumatología de un policlínico privado de Lima, Perú. **Material y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo. Se revisaron los registros de los partes diarios, extrayéndose la fecha de atención, edad, sexo y diagnóstico. La atención de los pacientes fue realizada por seis reumatólogos. El diagnóstico de fibromialgia lo tuvieron aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de clasificación ACR-1990 (*American College of Rheumatology*). Se consideraron las categorías diagnósticas de: fibromialgia, osteoartritis y otros, esta última incluía un grupo misceláneo de diagnósticos reumatológicos. Se contabilizó el número de pacientes que asistieron en el 2009 y el 2011, asimismo sus diagnósticos y características demográficas. Se compararon estadísticamente las frecuencias de diagnósticos en ambos años. **Resultados:** Los pacientes con fibromialgia fueron mujeres, principalmente en los años 2009 y 2011, y pertenecían en su mayoría al grupo de 41 a 60 años. Pacientes atendidos en 2009: 5 069 individuos, y en el 2011: 5 735 individuos. Diagnosticados de fibromialgia en el 2009: 118 pacientes (2,33 %), 2011: 197 pacientes (3,44 %), $p < 0,001$. Osteoartritis en el 2009: 1 767 casos (34,86 %), 2011: 1 783 casos (31,09 %), $p < 0,001$. **Conclusiones:** Hay un incremento clínicamente significativo en la prevalencia de fibromialgia del 2009 al 2011. Hallamos una reducción en la prevalencia de osteoartritis, estos hallazgos pueden estar vinculados a una mayor identificación de la fibromialgia por parte de los médicos.

Palabras clave: Epidemiología. Fibromialgia. Osteoartritis. Prevalencia.

Increased prevalence of fibromyalgia in a medical center: an observational study comparing years 2009 and 2011

ABSTRACT

Objective: To evaluate if there are any changes in the prevalence of fibromyalgia, between the years 2009 and 2011, in outpatients who were attended in the Rheumatology Service of a private clinic in Lima, Peru. **Methods and Material:** Observational, retrospective study. The records of daily reports were revised, and we could get the date of attention, age, gender and diagnosis. Patients care was done by six rheumatologists. Those patients who met the classification criteria ACR-1990 (*American College of Rheumatology*) were diagnosed fibromyalgia. Categories of diagnosis were: fibromyalgia, osteoarthritis, and others. The last one included a miscellaneous group of rheumatology diagnoses. We calculated the number of patients who were attended in the year 2009 and 2011. Likewise, their diagnoses and demographic characteristics were considered. The frequency of diagnoses was statistically compared in both years. **Results:** patients with fibromyalgia were women, mainly in the years 2009 and 2011, and they were mostly aged between 41 and 60. Patients attended in 2009: 5 069 individuals, and in 2011: 5 735 individuals. Those ones diagnosed with fibromyalgia in 2009: 118 patients (2.33 %), in 2011: 197 patients (3.44 %), $p < 0.001$. Osteoarthritis in 2009: 1 767 cases (34.86 %), in 2011: 1 783 cases (31.09 %), $p < 0.001$. Conclusions: There is a clinically significant increased prevalence of fibromyalgia from 2009 to 2011. There is a reduction in the prevalence of osteoarthritis. These findings can be connected to a greater identification of fibromyalgia achieved by physicians.

Key words: Epidemiology. Fibromyalgia. Osteoarthritis. Prevalence.

1. Servicio de Reumatología. Policlínico Peruano Japonés. Lima, Perú.

Cómo citar el artículo: Quevedo H. Incremento en la prevalencia de fibromialgia en un centro médico: un estudio observacional comparando los años 2009 y 2011. Interciencia. 2012;3(4): 5 - 9

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una condición médica que produce un dolor musculoesquelético generalizado persistente, trastorno del sueño, rigidez al despertarse, fatiga precoz y se asocia a diversas comorbilidades como migraña, colon irritable, depresión, ansiedad, lumbalgia crónica, dolor de la articulación temporomaxilar, ojo seco, dificultad en la concentración, etc.[1]. Actualmente se considera que la fibromialgia y sus comorbilidades asociadas podrían tener en común un mecanismo fisiopatológico denominado sensibilización central, esto es un procesamiento anormal del dolor, que incluye alteración en la función de terminaciones nociceptivas, hiperexcitabilidad en la médula espinal y determinados centros en el cerebro[2].

La incidencia de fibromialgia en EE. uu . en una muestra de 62 000 personas observadas entre los años 1997 y 2002, fue para la población femenina de 11,28 casos por cada 1 000 personas al año[3], mientras que la incidencia de artritis reumatoide en Minnesota en el periodo de 1975 a 1985 fue de 0,88 casos por cada 1 000 personas al año[4]. La prevalencia de fibromialgia de estudios en la población general, usando los criterios de clasificación del ACR-1990, (*American College of Rheumatology*), oscila para los diferentes países entre 0,1 % - 3,3 %[5].

Siendo el contexto laboral actual de elevada competitividad entre los miembros de una empresa o institución, es lógico preguntarse si en dicho entorno la concomitancia de esfuerzo físico y estrés psicológico que desencadenan una fibromialgia[6], estarían incrementando la prevalencia de esta enfermedad. Aunque un incremento de la prevalencia también podría deberse a un mejor conocimiento del proceso de diagnóstico de la enfermedad por parte de los médicos, lo cual permitiría identificar más casos.

Los estudios epidemiológicos en este aspecto son muy escasos. Citaremos dos investigaciones comparables en su diseño, realizadas en población norteamericana. Wolfe evaluó en el año 1995 a 3 006 personas de población general, y encontró que el 3,4 % de mujeres y 0,5 % de hombres tenían la enfermedad[7]. Haviland y cols. estudiaron en el año 2007 a 10 988 personas de la población general, hallando una mayor frecuencia de fibromialgia: el 4,8 % de las mujeres y 1,3 % de los hombres[8].

El objetivo del presente estudio fue evaluar si se produjeron cambios en la prevalencia de fibromialgia entre los años 2009 y 2011, en pacientes ambulatorios atendidos en el Servicio de Reumatología de un policlínico privado de Lima, Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional, retrospectivo, en el Servicio de Reumatología del Policlínico Peruano Japonés, centro médico privado ubicado en la ciudad de Lima. Se solicitó el permiso de la institución para acceder a los registros de los partes diarios, en los cuales estaban consignados los datos de los pacientes relacionados a fecha de atención, sexo, edad y su diagnóstico.

Todos los pacientes fueron evaluados y diagnosticados por alguno de los seis reumatólogos que laboran en el mencionado Servicio, tanto en el 2009 como el 2011.

Siendo el estudio retrospectivo asumimos que todos los reumatólogos del centro médico diagnosticaron fibromialgia si el paciente cumplía con los criterios de clasificación ACR-1990[9] (ver Tabla 1).

Se incluyó a pacientes de ambos géneros, entre los 18 y 80 años de edad. Se consideraron los diagnósticos de fibromialgia, osteoartritis, y «otros», esta última fue una categoría constituida por un grupo misceláneo de diagnósticos que incluyó a los reumatismos extraarticulares locales, enfermedades del tejido conectivo, artritis por microcristales, espondiloartritis, enfermedades metabólicas óseas, artritis infecciosas, síndromes benignos de hipermotilidad articular, enfermedades del colágeno, malformaciones congénitas óseas y neoplasias.

Se contó el número de pacientes que acudió en el 2009 y el 2011, así como su diagnóstico. Se evaluó la edad promedio de los pacientes en cada año y su respectiva desviación estándar. Se calculó la frecuencia por sexos.

Tabla 1. Criterios ACR-1990.

Se requiere que se cumplan ambos criterios que se mencionan a continuación:
I Dolor de al menos tres meses de duración, en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, dolor arriba y debajo de la cintura.
II Dolor en al menos 11 de 18 puntos dolorosos a la palpación:
1. Inserción de músculos occipitales en cóndilos derecho e izquierdo.
2. En región anterior de espacios intertransversos C5-C6, bilateral.
3. Punto central del borde superior de ambos trapecios.
4. Sobre la espina de las escápulas, próximo a su punto medio.
5. Segundo cartílago costoesternal, bilateral.
6. Punto ubicado a 2 cm distal de epicóndilo lateral, bilateral.
7. Cuadrante superoexterno de glúteos, bilateral.
8. Cara posterior del trocánter mayor, bilateral.
9. En la proximidad de las bursas anserinas de ambas rodillas.

Pruebas estadísticas: con las frecuencias de cada enfermedad en el 2009 y 2011, se aplicó la prueba Z **para buscar diferencias significativas entre ambos años,** y la prueba Chi cuadrado para comparar los diagnósticos de los pacientes como un conjunto en cada año.

RESULTADOS

El número total de pacientes atendidos en el servicio de reumatología en el 2009 fue 5 069 y en el 2011 **fue 5 735. En cuanto a fibromialgia, podemos ver la** distribución por grupos etarios en la Tabla 2, en el año 2009 la distribución por género fue de 91,5 % en mujeres y 8,5 % en hombres; y en el 2011, de 98,0 % en mujeres y 2 % en hombres. En la Tabla 3 se puede observar la **prevalencia de fibromialgia comparándola con otras** patologías diagnosticadas en el mismo servicio.

Tabla 2. Distribución etaria de pacientes con fibromialgia.

Edad (años)	2009		2011	
	n	%	n	%
Hasta 20	0	0	4	2
21 – 40	22	19	40	20
41 – 60	52	44	98	49
> 60	44	37	55	29
Total	**118**	**100**	**197**	**100**

Comparando las frecuencias de las enfermedades en su conjunto en los años 2009 *versus* 2011, se encontró **una diferencia significativa del p < 0,001.**

Tabla 3. Prevalencia de fibromialgia en 2009 *versus* 2011.

Enfermedad	2009		2011		p
	n	%	n	%	
Fibromialgia	118	2,33	197	3,44	< 0,001
Osteoartritis	1767	34,86	1783	31,09	< 0,001
Otros	3184	62,81	3755	65,48	
Total	**5069**	**100**	**5735**	**100**	

DISCUSIÓN

El pobre reconocimiento de fibromialgia por los médicos es sugerido en el estudio de Choy y cols.[10], quienes en una encuesta realizada a 800 pacientes reclutados por 1 622 médicos en seis países europeos, encontraron que desde la primera vez que un **paciente era atendido por síntomas de fibromialgia,** el tiempo promedio que transcurría hasta que se le **daba el diagnóstico de fibromialgia era de 2,3 años.** Es necesario hacer hincapié que del total de médicos citados, 809 eran médicos de cuidados primarios, los restantes eran reumatólogos, neurólogos, psiquiatras y especialistas en terapia del dolor. En otra investigación realizada con las mismas bases de datos, se detectó que los médicos indicaron haber tenido un entrenamiento inadecuado sobre **fibromialgia en el 54 % y señalaron no conocer sobre fibromialgia el 32 %**[11].

Un estudio con objetivos semejantes se realizó en tres países latinoamericanos en el año 2010; para este estudio se encuestó a un total de 300 **pacientes con fibromialgia y 604 médicos, de los** cuales 306 eran médicos generales o internistas, y 298 eran especialistas. En este estudio se encontró que el periodo de tiempo promedio que les tomó a los pacientes consultar a un médico después de experimentar por primera vez los síntomas, fue de 25,6 meses en México; 7,6 meses en Venezuela y 29,2 meses en Brasil. El número promedio de médicos consultados antes de ser diagnosticados de **fibromialgia fue de 6,6 en México; 2,4 en Venezuela** y 7,2 en Brasil. Los pacientes en México, Venezuela y Brasil tuvieron un proceso diagnóstico de una duración de 4,5; 1 y 4,7 años respectivamente[12]. Esta demora del paciente en buscar asistencia médica, así como el tiempo consumido por los médicos para **llegar al diagnóstico, podrían reflejar una menor** prevalencia en la población que la real.

El interés creciente en el tema se refleja en el número de publicaciones en Medline, que en el año 2007 fue de 373 y en el 2012 de 555. Es posible que esta mayor difusión de la información despierte el interés de un número creciente de médicos generales, así como de especialistas que asisten a pacientes con dolores musculoesqueléticos crónicos, los mismos que al tener mayor información sobre fibromialgia pueden estar en mejores condiciones para identificar a un mayor número de pacientes.

El aporte relevante de nuestro estudio es el hallazgo del incremento de la prevalencia de fibromialgia desde el 2009 al 2011. Este hecho ha sido observado en el estudio de Andersson y cols.[13], quienes evaluando a una muestra de 1 101 personas que se atendieron en un Centro de Cuidados Primarios de Salud de la ciudad de Bromölla, Suecia, reportaron que las atenciones anuales por fibromialgia se incrementaron de 1987 a 1996 del 18,2 por mil al 33 por mil de pacientes atendidos, respectivamente.

Llama la atención que las prevalencias que encontramos son relativamente reducidas si consideramos que el estudio lo efectuamos en un Servicio de Reumatología de un Centro Médico. En una investigación realizada en pacientes atendidos en la consulta externa de servicios de reumatología de cinco países europeos, se encontró que de una muestra de 1 125 pacientes, el 14 % (11,6 % a 15,6 %) tenía fibromialgia. En este mismo estudio, la prevalencia en la población general se evaluó en 4 517 personas representativas de la población general, encuestadas telefónicamente y en quienes se consideró solo el dolor musculoesquelético generalizado de más de tres meses, como un criterio subrogado para hacer el diagnóstico de fibromialgia, hallándose que la prevalencia era del 4,7 %[14]. En nuestro medio, un primer estudio poblacional, en un área urbana marginal de Lima, en personas mayores de 57 años reportó una prevalencia de 10 %[15]. Sin embargo, en un estudio más amplio realizado por Gamboa y cols. en una zona urbano marginal de Lima, con un universo de 11 158 personas mayores de 18 años de edad, de las cuales una muestra representativa de 1 965 personas fueron encuestadas utilizando el modelo COPCORD (*Community Oriented Program for the Control of Rheumatic Diseases*), propuesto por la OMS para estudios epidemiológicos en la comunidad, se encontró una prevalencia de 1,58 %[16], una prevalencia menor que la hallada por nosotros, lo que se explica por ser estos últimos, pacientes seleccionados de un centro de atención especializada.

Nuestros pacientes fueron principalmente de sexo femenino, como se esperaba, y su distribución de frecuencia se incrementó con la edad, siendo el grupo más común entre 40 y 60 años, hallazgos semejantes a la prevalencia de fibromialgia en una muestra representativa de la población general de España[17].

En nuestro trabajo observamos una reducción en la prevalencia de osteoartritis, estos hallazgos pueden estar vinculados a una mayor identificación de la fibromialgia por los médicos. Como ha sido reportado en osteoartritis, alrededor del 11 % de los casos tienen concomitantemente fibromialgia[18,19], por esta razón, una posible explicación a la reducción de la prevalencia de osteoartritis en el estudio, es que se consideró como diagnóstico principal a la fibromialgia, por ser la razón más importante por la que consultaba el paciente, en los casos en que presentaron ambas entidades.

Conocer si también hay un incremento en la incidencia de esta enfermedad es un aspecto que podría ser investigado.

En conclusión, hay un incremento clínicamente significativo en la prevalencia de fibromialgia entre el 2009 y el 2011. Se observó una reducción en la prevalencia de osteoartritis, estos hallazgos pueden estar vinculados a una mayor identificación de la fibromialgia por los médicos. Fibromialgia puede asociarse a osteoartritis, por esta razón, en este estudio, una explicación a la reducción de la prevalencia de osteoartritis es que se consideró como diagnóstico principal a la fibromialgia, por ser la más importante razón por la que consultaba el paciente.

REFERENCIAS

1. Bennett R. Clinical Manifestations and Diagnosis of f ibromyalgia. Rheum Dis Clin n orth Am. 2009;35:215-32.
2. Yunus M. Central Sensitivity Syndrome: A n ew Paradigm and Group n osology for f ibromyalgia and Overlapping Conditions, and Related Issues of Diseases versus Illness. Semin Arthritis Rheum. 2008;37:339-52.
3. Weir PT, Harlan GA, n koy f L, Jones SS, Hegmann KT, Gren **LH, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated** comorbidities: a population-based retrospective cohort study **based on international classification of diseases, 9th revision** codes. J Clin Rheumatol. 2006;12:124-8.
4. Silman A. Rheumatoid arthritis. Epidemiology of the Rheumatic Diseases. Ed. Silman A. & Hochberg. Second edition. England. Oxford University Press. 2001.
5. Gran JT. The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2003;17:547-61.
6. Heymann RE, Paiva ES, Rezende MC, f eldman D, Helfenstein **M, Martinez JE, et al. Epifibro - A Brazilian** n ationwide Databank in f ibromyalgia - Analysis of 500 women. Arthritis & Rheum. 2011;63:S746.
7. Wolfe f , Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence **and characteristics of fibromyalgia in general population. Arthritis** & Rheum. 1995;38:19-28.
8. Haviland MG, Morton KR, Oda K, f raser GE. Traumatic experiences, major life stressors, and self-reporting a physician-**given fibromyalgia diagnosis. Psychiatry Res. 2010;177:335-41.**
9. Wolfe f , Smythe H, Yunus M et al. The American College of **Rheumatology 1990 criteria for classification of fibromyalgia.** Arthritis Rheum. 1990;33:100-72.
10. Choy E, Perrot S, Leon T, Kaplan J, Petersel D, Ginovker A, et al. **A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to** diagnosis. BMC Health Serv Res. 2010;10:102.
11. Perrot S, Choy E, Petersel D, Ginovker A, Kramer E. Survey of physician experiences and perceptions about the diagnosis and **treatment of fibromyalgia. BMC Health Serv Res. 2012;12:356.**
12. Harris Interactive Inc. f ibromialgia en America Latina. 2011.
13. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Scherstén B. Musculoskeletal chronic pain in general practice. Scand J Prim Health Care. 1999;17:87-92.
14. Branco JC, Bannwarth B, f ailde I, Abello Carbonell J, Blotman f , Spaeth M, et al. Prevalence of f **ibromyalgia: a survey in five** European countries. Semin Arthritis Rheum. 2010;39:448-53.
15. Aguilar J, Sánchez E, Salcedo C, Burneo G, Proaño C. Estudio poblacional de frecuencias de enfermedades reumáticas en adultos mayores de 57 años. Boletín Asoc Per Reumatología. 1994;1(3):21.
16. Gamboa R, Medina M, Acevedo E, Pastor C, Cucho J, Gutierrez C, et al. Prevalencia de enfermedades reumatológicas y discapacidad en una comunidad urbano-marginal: resultados del primer estudio COPCORD en el Perú. Revista Peruana de Reumatología. 2009;15(1):41-6.
17. Mas A, Carmona L Valverde, Ribas B; EPISER Study Group. **Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality in** individuals from the general population : results from a nationwide study in Spain. Clin Exp Rheumatol. 2008;26:519-26.
18. Hawker GA, f rench MR, Waugh EJ, Gignac MA, Cheung C, Murray BJ. The multidimensionality of sleep quality and its relationship to fatigue in older adults with painful osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2010;18:1365-71.
19. Haviland M, Banta J, Przekop P. f ibromyalgia: prevalence, course, and co-morbidities in hospitalized patients in the United States, 1999-2007. Clin Exp Rheumatol. 2011;29(Suppl 69):S79-S87.

Ayudas o fuentes de financiamiento: ninguna
Conflictos de interés: ninguno
Correspondencia:
Héctor Quevedo Solidoro
Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia
Policlínico Peruano Japonés
Av. Gregorio Escobedo 783, Jesús María. Lima, Perú
Tel: (511) 2042100
Fax: (511) 2042125
E-mail: hqsquevedo@gmail.com