

HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
PROGRAMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM REUMATOLOGIA

VANESSA IRUSTA DAL PIZZOL

PRESENÇA DE COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS EM PACIENTES
COM FIBROMIALGIA
EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ

CURITIBA
2011

HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
PROGRAMA DE ESPECIALIZAÇÃO EM REUMATOLOGIA

VANESSA IRUSTA DAL PIZZOL

PRESENÇA DE COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS EM PACIENTES
COM FIBROMIALGIA
EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ

Monografia de conclusão do curso de especialização
em Reumatologia do Hospital de Clínicas da
Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo dos Santos Paiva

CURITIBA
2011

RESUMO

A fibromialgia é uma síndrome de amplificação da dor, sendo uma causa comum de dor músculo-esquelética generalizada. Condições psiquiátricas associadas são comuns em pacientes com fibromialgia e habitualmente precisam ser investigados e acompanhados, juntamente com a Psiquiatria.

Foi realizada revisão retrospectiva de prontuários dos pacientes com tal patologia tratados pelo Serviço de Reumatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e com base nas informações coletadas foi preenchido protocolo com as informações referentes a fatores de risco, manifestações clínicas, tratamento clínico e adjuvante e acompanhamento na Psiquiatria do mesmo hospital, independente do uso de drogas para tal. Uma revisão clínica desta doença e discussão é apresentada.

Palavras chaves: fibromialgia; ansiedade; depressão; psiquiatria.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a syndrome of pain amplification and is a common cause of widespread musculoskeletal pain. Associated with psychiatric conditions are common in patients with fibromyalgia and usually need to be investigated and monitored, along with psychiatry.

Retrospective review was conducted of medical records of patients with this disease treated by the Rheumatology Department at the Hospital de Clinicas, Federal University of Parana.

Based on information collected, protocol was completed with the information regarding risk factors, clinical manifestations, treatment and follow-up and adjuvant clinical psychiatry at the same hospital, regardless of drug use for it.

A clinical review and discussion of this disease is presented.

Keywords: fibromyalgia, anxiety, depression, psychiatry.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
PROPOSIÇÃO	6
REVISÃO DA LITERATURA.....	7
DISCUSSÃO.....	8
CONCLUSÃO	10
REFERÊNCIAS.....	11
ANEXOS.....	13

1. INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma síndrome de amplificação da dor de origem central que acomete principalmente mulheres (3 a 5% em mulheres e 0,5 a 1,6% em homens) sendo a causa mais comum de dor músculo-esquelética generalizada. Condições psiquiátricas associadas, em especial a depressão maior, ansiedade e bipolaridade são comuns em pacientes com fibromialgia e precisam ser investigados e acompanhados juntamente com a Psiquiatria para um maior sucesso terapêutico. Descrevemos a seguir um estudo transversal realizado no Hospital Escola, situado em Curitiba, estado do Paraná.

2. PROPOSIÇÃO

A proposta do presente estudo foi avaliar e analisar a apresentação clínica da fibromialgia conjuntamente com a presença de comorbidades psiquiátricas acompanhadas no ambulatório de fibromialgia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de fevereiro de 2008 à fevereiro de 2009, comparando com a literatura vigente.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Dores musculares e do esqueleto generalizadas foram registrados desde a Antiguidade, mas estudos controlados foram realizados apenas nas duas últimas décadas. Acredita-se que estas desordens dolorosas crônicas resultam de complexos mecanismos multifatoriais. Modelos conceituais e metodologias de pesquisa ainda não estão otimamente desenvolvidos para investigar essas condições subjetivas. Dilemas atuais na fibromialgia incluem: a classificação; a causa, curso e os resultados; e o manejo terapêutico

Um artigo de 2008 tenta mostrar que o transtorno bipolar com dor músculo-esquelética não é uma forma clara de fibromialgia. Estudos sobre o papel que desempenham os neurotransmissores em pacientes bipolares com queixas de desconforto músculo-esquelético merecem estudos posteriores. Sendo que a maioria da população geral possuía a ansiedade como principal transtorno psiquiátrico associado.

Um estudo publicado na Revista Brasileira de Reumatologia mostrou que um ponto importante para o paciente com fibromialgia é a variação da intensidade da dor no decorrer do dia e seu impacto na qualidade de vida. O objetivo era estabelecer a correlação entre a percepção da intensidade da dor, da ansiedade e da depressão e determinar a correlação entre a variação da intensidade da dor e o impacto na qualidade de vida em vinte e um pacientes que escreviam nos seus diários e FIQ também eram descritos. Conclui-se que houve variação significativa da intensidade da dor ao longo do dia e existiu correlação entre dor e ansiedade e dor e depressão no período da manhã durante o tempo do estudo. Houve correlação significativa entre a qualidade de vida com dor durante a manhã, ansiedade à tarde e à noite e depressão em todos os períodos.

Metodologias analíticas inovadoras deverão ser desenvolvidas para investigar de forma mais eficaz complexa interação dinâmica biopsicossocial da pessoa com fibromialgia, isso promete mostrar novas descobertas psicopatogenéticas e tratamento mais eficaz do que os atuais modelos de maneira isolada.

4. DISCUSSÃO

A justificativa para esse trabalho foi de analisar como se comporta os pacientes de fibromialgia em relação às patologias psiquiátricas, principalmente aquelas relacionadas aos transtornos de humor.

Interpretando e comparando os trabalhos encontrados na literatura, vimos que acontece uma certa divergência em relação principalmente aos transtornos de humor mais prevalentes. Na maioria dos estudos, a Ansiedade generalizada tem índices maiores de frequência em relação à depressão, sendo que tal prevalência não foi tão vista no estudo realizado no Hospital Escola em questão.

Foram analisados um total de 413 prontuários de pacientes portadores de fibromialgia no período de fevereiro de 2008 a fevereiro de 2009, sendo excluídos aqueles com diagnóstico de qualquer transtorno psiquiátrico dado pela Reumatologia ou que estavam no aguardo de uma consulta com a psiquiatria.

A idade média dos pacientes (n=118) foi de $48,6\% \pm 3,41$ anos no sexo feminino (n=110) e $51,4\%$ (0,86) no masculino.

Não houve diferença no sexo em alguns dados, como: $59,3\%$ tinham fadiga; $11,9\%$ sono não reparador e $11,9\%$ portadores de hipotireoidismo.

Nove pacientes tinham o primeiro Questionário de Impacto de Fibromialgia (FIQ): de $77,73 \pm 11,4$. Setenta e quatro pacientes com o segundo FIQ: $76,20 \pm 16,23$; e 46 pacientes com o terceiro FIQ: $77,77 \pm 18,10$. Não houve diferença em 54 pacientes ($p=0,84$) e Teste de Wilcoxon foi de 0,80.

A grande maioria não praticava exercícios físicos: $61,5\%$. Os $38,5\%$ não sedentários faziam 150 minutos de atividade física ($\pm 92,50$). De cento e dezoito pacientes, 85% seguiam sessões de fisioterapia e apenas $3,4\%$ fizeram Terapia Cognitiva Comportamental como parte do tratamento.

Mantiveram seguimento com a psiquiatria: $57,81 (\pm 48)$ meses).

Nenhum relato de alteração da higiene foi encontrado. Apenas $7,6\%$ tinham idéias suicidas e uma única pessoa ($0,8\%$) com tentativa suicida real.

Presença de anedonia ocorreu em $38,1\%$ versus $23,7\%$; com $38,1\%$

desconhecidos.

Transtorno de humor foi muito prevalente com 94,1%. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) tinham depressão 74,78% dos pacientes; 7,83% dos pacientes com ansiedade generalizada e 14,78% com transtorno bipolar. Os com CID: F45; F34; F38; F06 e esquizofrenia tinham a porcentagem total de 2,61.

Em uso de psicotrópicos: 94,9% dos pacientes e acompanhamento em Centros de Psiquiatria no momento eram cinquenta e nove, com média de 3,19 anos ($\pm 2,62$).

Mulheres apresentavam mais tender points do que os homens: 15,68 *versus* 12,66 ($p=0,01$). Não houve relação dos FIQ com os CIDs.

O questionário realizado tentou abordar de maneira ampla os domínios principais que ocorrem na fibromialgia e transtornos psiquiátricos, porém alguns fatores como a não anotação freqüente de dados no prontuário assim como o pouco encaminhamento para a Especialidade Psiquiátrica por parte dos reumatologistas, mostrou que tal estudo poderia ser mais completo e abrangedor. Relevante saber que estudos posteriores virão baseados nesse, e assim com certeza um número de amostra maior e com dados mais precisos e elucidativos serão incorporados.

Figuras na seção em anexo, ilustram de maneira clara alguns dos resultados em porcentagens.

5. CONCLUSÃO

Pacientes com fibromialgia possuem altos resultados de Questionário de Impacto de Fibromialgia - FIQs - logo no início do acompanhamento e grande maioria apresenta algum transtorno do humor, predominando a depressão.

Segundo o estudo em questão, desses apenas um pouco mais da metade fez e faz acompanhamento psiquiátrico adequado, e muitos não tendo acesso fácil ou sendo pouco encaminhados para ambulatórios especializados de saúde mental.

Para um maior sucesso terapêutico a cumplicidade de Psiquiatria e Reumatologia é fundamental no tratamento do paciente.

REFERÊNCIAS

- 1: Fibromyalgia.com [http://www.fibromyalgia.com].
- 2: Bradley LA. Psychiatric co-morbidity in fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2005;9:79-86.
- 3: Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric co morbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res.* 12:34-43, 2003.
- 4: Crofford L. J et al. Pregabalin for the treatment of Fibromyalgia Syndrome : Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Arthritis & Rheumatism.* 2005; vol 52, 1264-73.
- 5: Arguelles L. M. et al. A twin study of posttraumatic stress disorder symptoms and chronic widespread pain. In: *Pain*, 2006; 150-157.
- 6: Giesecke T. et al. The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a Chronic Pain Cohort. *Arthritis & Rheumatism.* 2005; vol 52, 1557-8.
- 7: Wallace D. J et al. Hypothesis: Bipolar Illness with Coimplants of Chronic Musculoskeletal Pain is a form of Pseudofibromyalgia. *Seminars in Arthritis and Rheumatism.* 2008; 37: 256-259.
- 8: Amital D. et al. Posttraumatic stress disorder, tenderness, and fibromyalgia syndrome: are they different entities? In: *Journal of Psychosomatic Research* 61 (2006) 663-669.
- 9: Masy A. T et al. Person Centered Approach to Care, Teaching, and Research

in Fibromyalgia Syndrome: Justification from Biopsychosocial Perspectives in Populations. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, vol 32, No 2 (October), 2002: pp 71-93.

10: Thieme K. et al. Psychophysiological responses in patients with fibromyalgia syndrome. In: *Journal of Psychosomatic Research* 61 (2006) 671-679.

ANEXOS

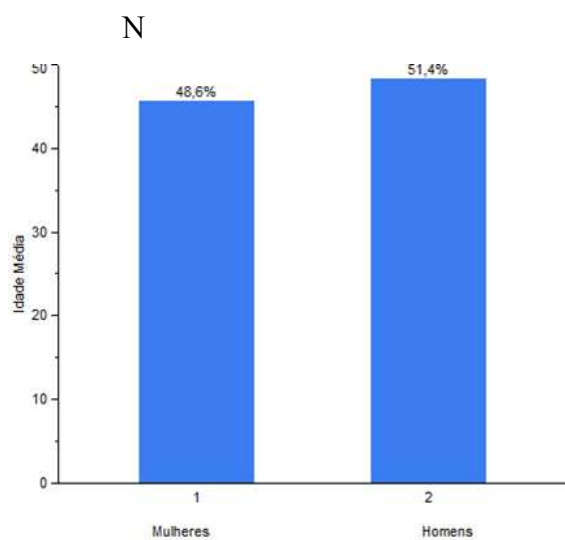


Figura 1: Idade média dos pacientes.

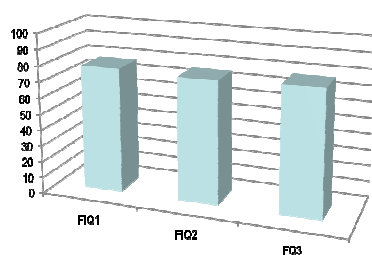


Figura 2: Questionários de Impacto de Fibromialgia (FIQ) de acordo com as consultas subsequentes com média semelhante de 77,73.

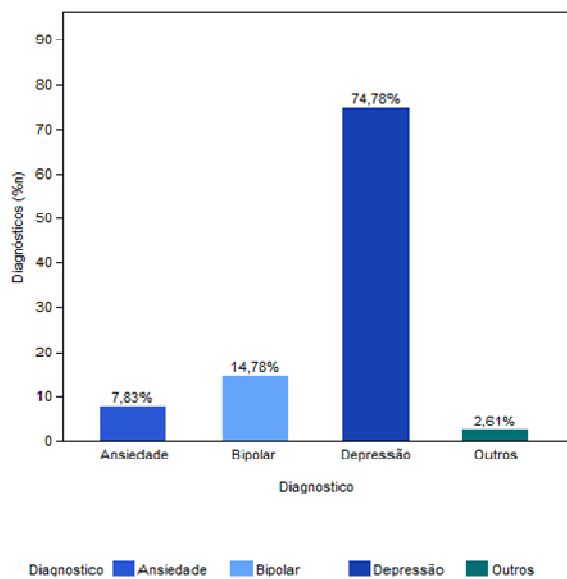


Figura 3: Porcentagens relacionadas aos diagnósticos por CID.

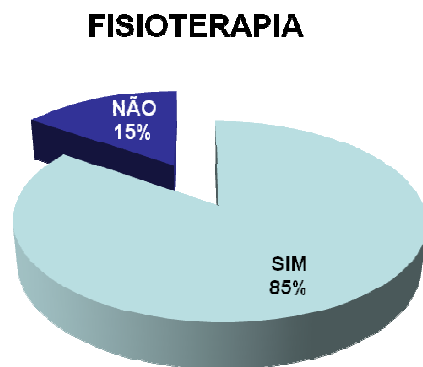


Figura 4: Porcentagens relacionadas com atividade conjunta de fisioterapia.

Atividade Física

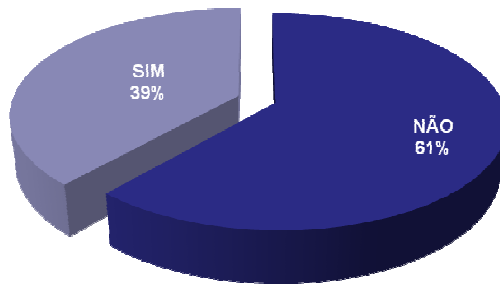


Figura 5: Atuação de modalidade física, tanto aeróbica como não aeróbica.

TENTATIVA DE SUICÍDIO

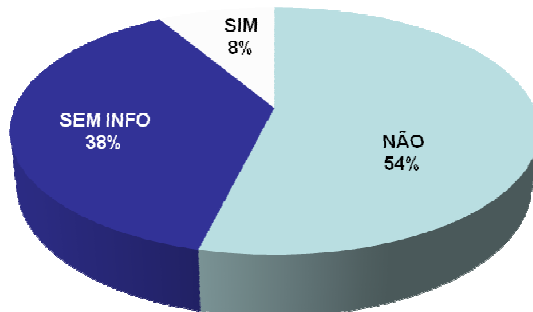


Figura 6: Porcentagens de ideação com tentativa suicida na população com fibromialgia.

- **01. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**
- 01.01 N°PRONTUARIO:.....(_____)
- 01.02 DATA DE INGRESSO NO HOSPITAL.....(____/____/____)
- 01.03 IDADE NO DIAGNÓSTICO:.....(_____)
- 01.04 SEXO: 1 MASCULINO
2 FEMININO.....(____)
- 01.05 TENDER POINTS NO DIAGNÓSTICO.....(____/____)
- **02. APRESENTAÇÃO INICIO:**
- 02.01 APRESENTAÇÃO CLÍNICA INICIAL DA FMG
1 DOR GENERALIZADA HÁ MAIS DE 3 MESES
2 FADIGA ASSOCIADA ÀS ATIVIDADES HABITUAIS
3 SONO NÃO REPARADOR
4 HIPOTIREOIDISMO
5 DOR PÉLVICA CRÔNICA
6 SÍNDROME DO CÓLON IRRITÁVEL
- 02.02 APRESENTAÇÃO CLÍNICA DA PSQUIATRIA
1. ANEDONIA
2. IDÉIAS SUICIDAS
3. FALTA DE HIGIENE PRÓPRIA
4. ALTERAÇÕES NA PERSONALIDADE E NO HUMOR
- 02.03 FIQ NO INÍCIO
1ª CONSULTA.....(_____)
- 2ª CONSULTA.....(_____)
- OUTRAS, SE HOVER.....(_____)
- **03. TRATAMENTO ASSOCIADO**
- 03.01 EXERCÍCIOS FÍSICOS:.....(_____)
1 NÃO
2 SIM
- 03.02 FISIOTERAPIA:.....(_____)
1. NÃO
2. SIM : VEZES NA SEMANA:.....(_____)
- 03.03 TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL.....(.....)
1. NÃO
2. SIM: VEZES NA SEMANA.....(.....)

- **04. COMORBIDADE PSQUIÁTRICA**
- 04.01 TRANTORNOS DO HUMOR
 - 1. NÃO
 - 2.SIM.....(.....)
- 04.02 CID
 - QUAL.....(.....)
- 04.03 USO DE MEDICAMENTO PELA PSQUIATRIA
 - 1. NÃO
 - 2. SIM:....._QUAL.....
- 04.04 TEMPO DE ACOMPANHAMENTO NA PSQUIATRIA
 - 1. SEM ACOMPANHAMENTO
 - 2. COM ACOMPANHAMENTO:.....ANOS
- **0.5 SEGUIMENTO**
- 05.01 TEMPO DE SEGUIMENTO: EM MESES.....(____)
- 05.02 DATA DA ÚLTIMA CONSULTA ____/____/____

Quadro 1: Modelo do questionário aplicado na revisão de prontuários.