

## TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA. MÉRIDA, VENEZUELA.

Carmen Márquez<sup>1</sup>, Daicy Rojas<sup>1</sup>, Acacio Sandia<sup>2</sup>, Pedro J. Salinas<sup>1</sup>, Morelia Hernández<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Postgrado en Medicina Física y Rehabilitación. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. <sup>2</sup>Servicio de Psiquiatría. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Venezuela.

### Resumen

La fibromialgia es una patología benigna discapacitante caracterizada por 11 a 18 puntos dolorosos que provocan deterioro en la calidad de vida. El presente es un estudio prospectivo longitudinal y experimental realizado en 32 pacientes femeninas con diagnóstico de fibromialgia referidas desde los Servicios de Reumatología, Medicina Interna y Psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, quienes cumplieron con los criterios clínicos del American College of Rheumatology (ACR). Se cuantificó el dolor con la escala EVA y la calidad de vida y Escala EQ-5D, antes, durante y después del tratamiento multidisciplinario basado en educación, terapia de relajación, ejercicios aeróbicos supervisados y de bajo impacto tres veces por semana durante 12 semanas. Los criterios de la ACR obtuvieron una media de 12.59 puntos dolorosos, donde predominó la fatiga, rigidez, sueño no reparador y colon irritable. Se obtuvo que la media de edad fue 47.8 años, fueron generalmente casadas, docentes con ansiedad y depresión. La escala EVA tuvo una media al inicio de 5.6, durante el proceso 3.8 y al final del tratamiento rehabilitador, 2.69. El test de calidad de vida EQ-5D, tuvo una media al inicio de 53.39 y al final de 79.38. Se concluye que el tratamiento rehabilitador bajo un enfoque multidisciplinario en la fibromialgia es útil para reducir la morbilidad, disminuir el dolor y elevar la calidad de vida.

**Palabras claves:** Fibromialgia, calidad de vida, dolor y multidisciplinario.

### Abstract

#### Multidisciplinary treatment in patients with fibromyalgia. Mérida, Venezuela.

Fibromyalgia is a benign disability disease with 11 to 18 pain points that impairs quality of life. The present research was done in order to evaluate the effectiveness of multidisciplinary treatment and quality of life in patients with fibromyalgia attending the Physical Medicine and Rehabilitation Service at Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela. It is a prospective, longitudinal and experimental study with 32 female patients referred from Rheumatology, Internal Medicine and Psychiatry Services of the (IAHULA), who met clinical criteria according to the American College of Rheumatology (ACR). Pain was quantified with VAS scale and quality of life with EQ-5D scale, before, during and after treatment based on multidisciplinary education, relaxation therapy, and low impact aerobics three times a week supervised progressively in intensity and lasting for 12 weeks. The ACR criteria had average of 12.59 painful points, and predominated fatigue, stiffness, restless sleep and irritable colon. It was found that the mean age was 47.8 years, most were married teachers with anxiety and depression. The VAS had a baseline mean progression of 5.6, then 3.8 during and 2.69 at the end of the rehabilitation treatment. The quality of life test EQ-5D with had a mean of 79.38 at the beginning and 53.39 at the end of the treatment. We conclude that the rehabilitation treatment in fibromyalgia under a multidisciplinary approach is useful to reduce pain, reduce morbidity and improve the quality of life.

**Keywords:** Fibromyalgia, quality of life, multidisciplinary pain.

### INTRODUCCIÓN.

La fibromialgia (FM) es una condición crónica del sistema músculo esquelético, caracterizado por la presencia de puntos sensibles dolorosos, rigidez matutina, fatiga, trastornos del sueño, problemas psicológicos y deterioro de la función cognitiva, cuyos mecanismos patológicos subyacentes son desconocidos y puede llevar a la discapacidad y reducción en la calidad de vida. (Kroese et al. 2009). La prevalencia de la fibromialgia se encuentra entre 2 - 7%, con una relación entre mujeres y hombres de aproximadamente 9:1. Su prevalencia difiere según la población estudiada y oscila entre el 0.7-2.0%, en España situándose entre 2.1 - 5.7% de la población general adulta, ocupando del 10 al 20% de las

consultas de reumatologías y del 5 al 8% de las de atención primaria (Martínez et al. 2003).

La fibromialgia se define con los criterios clínicos establecidos por el American College of Rheumatology (ACR) como dolor generalizado durante un mínimo de tres meses y la presencia de al menos 11 de los 18 puntos sensibles especificados en el examen físico osteomuscular; se acompaña, además, de fatiga, trastornos del sueño, rigidez matutina, parestesias y trastornos psicológicos (Harris et al. 2006, Sánchez et al 2008).

El consenso interdisciplinario para el tratamiento de la fibromialgia (2010) publicado por De Alegre - Campayo (2010) expresa la mayor evidencia científica que incluye tratamiento farmacológico, educativo, psicológico, emocional y fisiátrico, que

permite un abordaje individual de cada paciente según sus características clínicas. El objetivo del presente estudio consistió en aplicar un tratamiento multidisciplinario a pacientes portadores de FM de acuerdo con el consenso donde se evaluó el grado de afectación clínica, psicológica, cognitiva y la respuesta al tratamiento.

### **METODOLOGÍA.**

Es un estudio prospectivo, longitudinal, experimental realizado durante ocho meses en una población de 45 pacientes femeninas de las cuales se toma una muestra de 32 pacientes referidos por los Servicios de Reumatología, de Medicina Interna y de Psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), quienes cumplieron con los criterios de inclusión según el ACR para la fibromialgia y quienes acudieron a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del IAHULA. A las pacientes se les realizó historia clínica donde se identificaron variables socio-demográficas (edad, ocupación, procedencia). Se describió inició de la enfermedad, síntomas, examen físico detallado para detectar los puntos dolorosos que son al menos de 11 a 18 en ambos lado del cuerpo, aplicando digitopresión de aproximadamente 4 kg por centímetro cuadrado\_hasta que el pulpejo del dedo palidezca .Se cuantificó el dolor con escala de EVA que de esta manera permite comparar el dolor en el mismo sujeto en diferentes momento y evaluar la respuesta a diferentes tratamientos, la calidad de vida a través de la escala EQ-5D auto-administrada consta de cinco ítems (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/molestia y estado de ánimo) y la escala análoga visual milimetrada que indica el estado de salud, desde 0-100. Este último representa el mejor estado de salud. Se aplicó antes, durante y después del tratamiento con un enfoque multidisciplinario.

**Enfoque multidisciplinario:** Este incluye la intervención de médicos fisiatras, psiquiatras y fisioterapeutas en las diferentes actividades y propició la creación de actividades de educación teórica y práctica que denominamos Escuela de Fibromialgia.

**Educación sanitaria:** Una vez por semana se dictaron charlas relacionadas con la enfermedad para lograr que las pacientes internalizaran su problema de salud y como enfrentarlo, a través de dinámicas grupales, de manera que pueda lograrse la educación para la salud, que significa poner en práctica los conocimientos adquiridos.

**Terapia psicológica:** La terapia se fortaleció con la ayuda de servicio de psiquiatría, para que las pacientes aprendieran a conocer su enfermedad, a cómo afrontar, cómo manejar el dolor y cómo mantener su estado de ánimo a través de secciones terapéuticas según el criterio del Servicio.

**Ejercicio aeróbico:** Este ejercicio supervisado se realizó tres veces por semana y donde se incluyó calentamiento con caminatas y bicicleta estática, luego ejercicio de estiramiento y fortalecimiento, los cuales se hicieron de manera progresiva en intensidad y duración según la condición y evolución de cada paciente durante doce semanas.

Caminatas: por 10 a 15 min, tres veces por semana.

Bicicleta estática: por 15 a 30 min de dos a tres veces por semana.

Ejercicios aeróbicos de bajo impacto: de 30 min de dos a tres veces por semana que incluyeron ejercicios de estiramiento y fortalecimiento.

**Tratamiento farmacológico:** Se utilizó Pregabalina 150 mg diarios por seis meses para ver mejores resultados, aunque el periodo de rehabilitación sea por 12 semanas y Amitriptilina 25 mg vía oral, orden diaria por tres meses consecutivos.

Analgésicos: Paracetamol 1g vía oral contra el dolor.

Relajantes musculares.

**Terapia de relajación:** Una vez por semana se realizó la terapia de relajación con la ayuda de una terapeuta ocupacional del turno de la tarde por el método Jacobson, aprendiendo a diferenciar la tensión muscular de la relajación (Jacobson, 1993).

Antes, durante y después del tratamiento en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación se evaluaron el nivel del dolor y la calidad de vida, utilizando la escala de EVA y la escala de calidad de vida QD-5D, respectivamente.

**Análisis estadístico:** El programa estadístico empleado fue SPSS para Windows, versión 15.0.1, se utilizó estadística descriptiva e inferencial, la prueba de t de Student para muestras pareadas, gráficos y cuadros. Las variables sociodemográficas son descritas en tablas de frecuencia. Se extrajeron parámetros de media, desviación estándar y porcentaje y para ver cambios significativos t de Student, de muestra dependiente o pareada, escala de EVA y para comprobar los dominios de EQ-5D se usó la prueba de Mc Nemar, ya que los dominios son con categoría binarias con problemas y sin problemas y junto con t de Student para verificar su significación al inicio y al final del tratamiento.

### **RESULTADOS.**

De las 32 mujeres bajo estudio hubo 10 (31.25%) entre 37 y 43 años de edad, 12 (37.50%) entre 44 y 50 años, 6 (18.75%) entre 51 y 57 años y 4 (12.50%) entre 58 y 64 años.

Entre las principales ocupaciones de los pacientes, 25% son docentes, 18.75% son amas de casa e igual porcentaje para comerciantes, 12,50% son enfermeras, 6,25% son abogadas e igual al porcentaje son obreras. (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución de las pacientes con FM según ocupación.

Ocupación	Total	%
Docente	8	25.00%
Ama de casa	6	18.75%
Comerciante	6	18.75%
Enfermera	4	12.50%
Obrera	2	6.25%
Abogada	2	6.25%
Peluquera	1	3.13%
Trabajadora social	1	3.13%
Auxiliar de laboratorio	1	3.13%
Operadora de maquina	1	3.13%
Total	32	100.00%

En relación con la etiología de la FM que presentaron las pacientes bajo estudio, 59.38% corresponde a algún evento emocional, 18.75% postraumático, 12.50% laboral, 6.25% postquirúrgico y 3.13% por enfermedad desencadenante (Fig. 1).

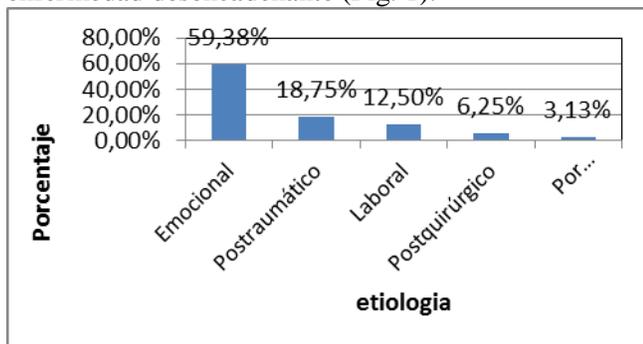


Fig. 1. Distribución de las pacientes con FM según causa etiológica.

Con respecto a otros criterios clínicos, todos los pacientes presentaron fatiga, sueño no reparador, rigidez y colon irritable, por otra parte, 87.50% presentó cefalea, 84.50% ansiedad, 71% depresión, 68.75% dismenorrea y 46.90% síndrome temporomandibular (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes con FM según criterios clínicos.

Criterios clínicos	Presente	Ausente
Fatiga	100.00%	0.00%
Sueño no reparador	100.00%	0.00%
Rigidez	100.00%	0.00%
Colon irritable	100.00%	0.00%
Cefalea	87.50%	12.50%
Ansiedad	84.40%	15.60%
Depresión	71.00%	29.00%
Dismenorrea	68.75%	31.25%

Síndrome de Costen	46.90%	53.10%
--------------------	--------	--------

A las pacientes con fibromialgia se les determinó el nivel de dolor al inicio de la investigación, para luego aplicar el tratamiento establecido por consenso, el cual incluye tratamiento farmacológico, educativo, psicológico, emocional y fisiátrico, evaluando el nivel de dolor mediante la escala EVA a los 30 y 60 días. El nivel de significación fue de 0.05.

Se observa la evolución de la escala EVA del dolor en los distintos tiempos del tratamiento, donde a los 30 días la escala EVA se ubicó en 3.88 puntos lo que representa una disminución del 31.45% en relación con el inicio del tratamiento, por otra parte al final del tratamiento, es decir, a los 60 días la escala disminuyó 52.47% en relación con el inicio, esto refleja una clara mejoría del dolor durante la aplicación del tratamiento (Fig. 2).

El valor promedio (y la desviación estándar) en la escala EVA antes del tratamiento fue de 5.66 (± 1.69) y después del tratamiento fue de 2.69 (±1.53).

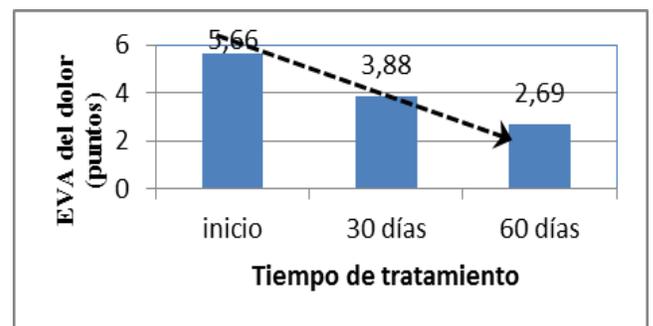


Fig. 2: Evolución Escala Análoga Visual (EVA) del Dolor en pacientes con FM.

En relación con la escala EVA del estado de salud (máximo 100 puntos) se observó en el promedio (± Desviación estándar) de la escala, a los 60 días que el promedio de la escala fue de 79.38 (±11.27) puntos, es decir, los pacientes manifestaron tener un mejor estado de salud al compararlo con el inicio del estudio donde esta escala se ubicó en 53.59 (±11.15) puntos (tabla 2).

En la figura 3 se observa la evolución según la escala EVA a los 30 días del tratamiento la escala fue de 67.19 puntos lo que representa un incremento del 25.38% en relación al inicio, mientras que a los 60 días el incremento fue de 48.12% alcanzando la escala un valor de 79.38 puntos. Por tanto se observó que el tratamiento multidisciplinario mostró una mejoría significativa en el estado de salud de los pacientes con fibromialgia.

Tabla 2: Comparación de la calidad de vida según dominios del EQ-5D en pacientes con FM.

Dominios EQ-5D	Sin problemas	Con problemas	P
Movilidad (inicio)	81.25%	18.75%	0.031
Movilidad (60 días)	100.00%	0.00%	
Cuidado personal (inicio)	96.88%	3.12%	0.001
Cuidado personal (60 días)	100.00%	0.00%	
Actividades cotidianas (inicio)	78.13%	21.87%	0.016
Actividades cotidianas (60 días)	100.00%	0.00%	
Dolor/Malestar (inicio)	9.38%	90.62%	0.000
Dolor/Malestar (60 días)	84.40%	15.60%	
Ansiedad/depresión (inicio)	28.13%	71.87%	0.000
Ansiedad/depresión (60 días)	100.00%	0.00%	

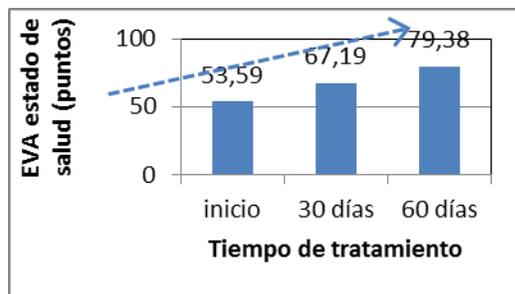


Fig. 3. Evolución del Estado de Salud de los pacientes con FM, según Escala Visual Análoga.

### DISCUSION.

La fibromialgia es una enfermedad discapacitante que afecta especialmente a la mujer. En la presente investigación el total de la población estuvo conformada por el sexo femenino, datos que coinciden con lo expresado por diferentes autores (Harris et al. 2006, Carmona et al. 2001, Martínez et al. 2003). Justificado por el estilo de vida, la carga laboral, hogareña y el stress del diario vivir que repercuten en su calidad de vida.

En lo que se refiere al estado civil se observaron con mayor frecuencia pacientes casadas, similar a lo expresado por Villarraga et al. 2005.

En cuanto a la ocupación las pacientes más afectadas fueron las docentes, seguida de las amas de casa, contrariamente a los resultados de Buiza et al. (2010) y López-Rodríguez et al. (2012) quienes encontraron mayor frecuencia en las amas de casa.

Más de la mitad de las pacientes estudiadas están sometidas a tensión emocional y postraumático hechos que van desde maltrato físico hasta el divorcio como lo expresan Harris et al. (2006).

Según los criterios mayores del American College of Rheumatology (ACR) la fibromialgia se caracteriza por dolor generalizado mayor a tres meses, en nuestro

estudio la duración de la enfermedad fue de 4.66 años en el total de la población en estudio; con respecto al promedio de puntos dolorosos fue de 12.59, coincide con lo expresado por otros autores (Sánchez et al. 2008, Hauser et al. 2009); posterior al tratamiento hubo una tendencia a la mejoría disminuyendo a 4 puntos en la Escala EVA. Sin olvidar que el dolor es bilateral por encima y por debajo de la cintura escapular, incluyendo el esqueleto axial, resultados apoyados por Arnold et al. (2006), en nuestro estudio predominó el dolor en el lado derecho en un 78.12%

Frecuentemente el cuadro del dolor se acompaña de otros síntomas como rigidez articular, alteraciones del sueño, fatiga, cefalea, parestesias, alteración de concentración y memoria, colon irritable, disfunción temporomandibular y síntomas de ansiedad y depresión según lo expresado por Sánchez et al. (2008). En ésta investigación predominó la fatiga, el sueño no reparador y la rigidez en la totalidad de la población evaluada. Estos resultados son similares a estudios previos reportados de mayor recurrencia por Wolf et al. (1995) y Belenguer et al. (2009).

Un síntoma habitual de los pacientes con fibromialgia es la cefalea, que representó un síntoma importante en el presente estudio. Otros autores la clasifican como síntoma coexistente (Munguía et al. 2006).

La totalidad de los pacientes de nuestro estudio manifestaron trastornos digestivos, específicamente el colon irritable, estos datos no coinciden con los de Arnold et al. (2006) quienes obtuvieron apenas la cuarta parte y se parecen más a los de Kurland (2006) quien encontró más del 80% de estos síntomas.

Otras de las manifestaciones que se hicieron evidentes en la investigación fueron los problemas emocionales, tales como ansiedad (80%) y depresión (70%), coincidiendo con lo expresado por Arnold et al. (2006); por lo que es importante el manejo psiquiátrico como parte integral de tratamiento de estas pacientes, a través de terapia cognitiva – conductual, mediante la cual la paciente aprende a manejar su dolor y su estado de ánimo y de esta manera restablece el equilibrio emocional como lo destacan trabajos realizados por Alegre y Campayo (2010).

En la comparación del dolor según la Escala de EVA se observó que al inicio el promedio del dolor fue 5.66 puntos y a los 30 días se evidenciaron cambios expresados 3.88; y posterior al tratamiento fue de 2.69 puntos, quedando en evidencia que con un tratamiento multidisciplinario se puede lograr un

tratamiento racional y eficiente y así mejorar el dolor de estas pacientes, coincidiendo con lo expresado por Alegre et al. (2010), Fontaine et al. (2010) y Rooks et al. (2007).

En relación con la calidad de vida según la Escala EQ-5D, se evidenció el cambio en los pacientes a través de los tres meses de tratamiento multidisciplinario. Demostrándose una mejoría en su calidad de vida, especialmente a expensas de la movilidad y actividades cotidianas que fueron total, igualmente en las variables de ansiedad /depresión y dolor/malestar general, similar a lo registrado por Carus (2005) y Cuesta Vargas (2009).

La escala visual análoga de la salud hizo evidente en el tiempo como mejoraba su salud; comparando que al inicio el promedio fue 53.39 y al final se observa el cambio en su actitud ante la vida a un promedio de 79.38. En el que el trabajo integral puede tener efectos positivos sobre su estado funcional y la calidad de vida de los pacientes (Kroese 2007).

Parece ser que los efectos positivos del ejercicio sobre el estado de ánimo y la capacidad física dependen de la intensidad, duración, y frecuencia del entrenamiento. En el presente estudio, el programa de ejercicio se realizó en grupo durante tres meses de manera supervisada. Por tanto, las mejoras en la dimensión de ansiedad/depresión y de la calidad de vida fueron altamente satisfactorias (Mannerkorpi 2005 y Gard 2003). Es necesario que el tratamiento rehabilitador se mantenga en el tiempo para elevar la calidad de vida de quienes la padecen según lo aseveran Rooks (2007), Arnold (2008) y Fontaine (2010). Concluyendo que la FM es una condición crónica no degenerativa que requiere de un tratamiento multidisciplinario permitiendo elevar la calidad de vida de las pacientes que la padecen.

Se concluye que la fibromialgia requiere de un enfoque multidisciplinario compuesto por una matriz educativa, tratamiento farmacológico, ejercicios respiratorios diafragmáticos, terapia de relajación y tratamiento rehabilitador constituido por ejercicios aeróbicos y estiramientos suaves que reduzcan el umbral del dolor y eleve la calidad de vida de quien la padece.

## REFERENCIAS.

Arnold LM, Hudson JI, Keck PE et al. 2006. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J. Clin. Psychiatry* EU .67, 1219-1225.

Belenguer R, Ramos-Casals A, Siso A et al. 2009 2 Rivera J Clasificación de la Fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura *Rev. Reum Clin Elsevier*.5:55-62.

Blasco L. 2006. Perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental: obtención de un índice predictivo de

gravedad psicopatológica. *Actas españolas de psiquiatría*. 34: 112-122.

Bradley L, Bennett R. 2010. Effect of duloxetine in patients with fibromyalgia: tiredness subgroups. *Arthritis Research & Therapy USA* . 12:R141.

Buiza MJ, Muñoz I. 2010. Impacto de un trabajo en educación sanitaria en pacientes con fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 17: 227-232.

Carus PT. 2008. Entrenamiento posterior desentrenamiento tras un programa de ejercicio en medio acuático en pacientes con fibromialgia. Tesis doctoral Universidad de Extremadura, España.

Cuesta-Vargas A, García Romero J et al. 2009. Efectividad clínica de un programa de fisioterapia multimodal complementado con carrera acuática de alta intensidad sobre la lumbalgia. Un estudio con evaluación previa en el postest. *Revista de Rehabilitación* .32: 17-24.

De Alegre M, Campayo J. 2010. Documento de consenso interdisciplinario para el tratamiento de la fibromialgia *Actas españolas de psiquiatría*. 38: 108-120.

Del Castillo C, Díaz L. 2008. Medición del dolor: escalas de medida. <http://www.Jano.es>.

Harris E, Budd R .2006. Kelly tratado de reumatología. Elsevier. 7ma edición. cap.36: 530-544.

Jacobson S, Prescott E, Koller M et al. 1993. Fibromyalgia in the adult Danish population. I a prevalence Study. 22: 233-237.

Kroese M, Schulpen G. 2009. The feasibility and efficacy of a multidisciplinary intervention with aftercare meetings for fibromyalgia. *Clinica Rheumatology*. 28: 923-929.

Koullil S, Eftting M. 2007. Cognitive-behavioral therapies and exercise programmers for patients with fibromyalgia: state of the art and future directions *Ann. Rheum. Dis*. 66: 571-581.

Mannerkorpi K. 2005. Exercise in fibromyalgia. *Curr Opin Rheumatol*. 17: 190-194.

Mannerkorpi K, Gard G. 2003. Physiotherapy group treatment for patients with fibromyalgia-an embodied learning process. *Disabil Rehabil*; 25: 1372-1380.

Martínez E, Gonzales O, Crespo JM et al. 2003. Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos *Madrid Rev. De salud global*. (4).

Rooks D, Gautam S. 2007. Group exercise, education and combination self -management in woman with fibromyalgia. A randomized trial. *Arch Intern Med*.167: 2192-2200.

Sánchez L, Ferrero JJ. 2008. Manual Sermef de Rehabilitación y Medicina Física. Editorial Panamericana. cap.28:359-369.

Villarraga-Rojas A, Castellano-Zapata A et al. 2005. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Rev. Colombiana de Reumatología*. 12: 295-300.