

Terapia farmacológica frente a otras terapias para fibromialgia: terapia ocupacional

¹González González J, ²Criado Álvarez JJ, ¹Palencia Morales I

¹Centro de Salud La Solana
²Gerencia Atención Primaria
 Talavera de la Reina (Toledo)

La fibromialgia (FM) es un síndrome de etiología totalmente desconocida¹ aunque existen varias hipótesis para su etiopatogénesis².

Durante mucho tiempo se han realizado muchas investigaciones para dar luz a la FM. Actualmente el debate sigue abierto, aunque se han alcanzado bastantes avances en el conocimiento de la etiopatogenia sobre la base neurológica de la enfermedad, como los estudios con SPECT con Tc99 metaestable del doctor Guedelj^{3,4}, realizados sobre pacientes con FM. En ellos se encontró que estos pacientes tienen una alteración en la perfusión cerebral, con zonas de hipoperfusión en la zona de corteza frontal, cíngulo, medial, temporal y cerebelar, e hiperperfusión en la zona somatosensorial de la corteza, lo cual puede ayudar a comprender este exceso de sensibilidad de los pacientes con FM.

Sin embargo, la realidad del problema para atención primaria no es tanto la etiopatogenia como el abordaje de estos pacientes. Actualmente su prevalencia es de 1-4 %⁵ de la población. Los pacientes consultan repetitivamente en el sistema sanitario y generan un gran impacto económico, (10.000 euros por paciente y año)⁶; esto no supone una

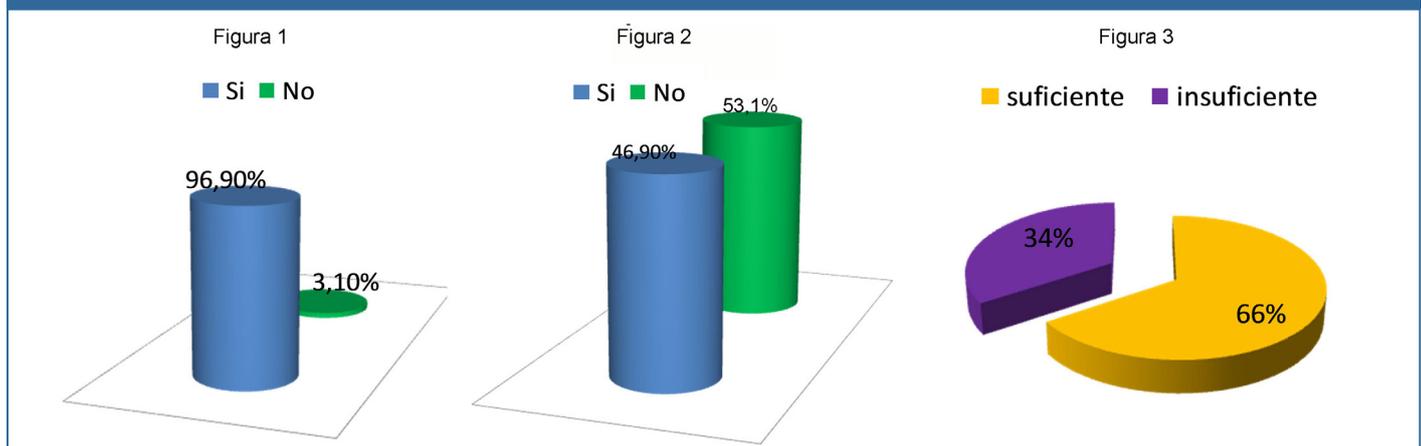
mejoría en su ya disminuida calidad de vida⁷.

Según el estudio EPISER, en España se estima una prevalencia de alrededor de 2-3 % de la población⁸, con una relación mujer/hombre de 20/1⁹; no obstante, un reciente estudio epidemiológico italiano revela que la sufre aproximadamente 9,4 % de la población general (14,5 % entre mujeres y 3,8 % en los hombres).

La FM es un síndrome doloroso común y crónico¹⁰, de etiología desconocida, cuya clínica se caracteriza por dolor músculo-esquelético¹¹ agudo, generalizado, asociado a una serie de puntos de presión específicos, denominados puntos de dolor o *tender points*, cuyo conjunto permite realizar el diagnóstico. Los dos criterios establecidos por el *American College of Rheumatology* (ACR) en 1990¹² son el dolor constante durante al menos 3 meses y la palpación dolorosa de al menos 11 de los 18 puntos.

Entre los principales síntomas que acompañan a este síndrome¹³ se incluyen dolor (100 %), rigidez (76-84 %), fatiga/astenia(57-92 %), parestesias, pérdida de fuerza, cefaleas, dolor de la articulación temporomandibular, fiebre, sudoración nocturna, sequedad de ojos, sequedad de boca, sequedad vaginal, sensación de irritación intestinal, molestia

Figura 1. Pacientes con tratamiento farmacológico Figura 2. Pacientes que mejoran con tratamiento farmacológico
 Figura 3. Estimación de la atención médica recibida



abdominal, fenómeno de Raynaud, hipersensibilidad sensorial, sensación de hinchazón de extremidades, trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, estrés, trastornos de pánico, histeria e hipocondría), trastornos del sueño (56-72 %) y disfunciones cognitivas (dificultad para concentrarse, "lentitud mental", deterioro de la memoria y disminución de la atención general y selectiva)^{14,15}.

Es de gran importancia realizar el diagnóstico lo antes posible, ya que la FM es una de las causas más frecuentes de dolor crónico no oncológico¹⁶.

Además del desconocimiento de la enfermedad en sí, muchas veces en atención primaria nos vemos coartados al no poder encontrar pautas de tratamiento para sus síntomas y terminamos recetando fármacos no indicados, como pueden ser los mórficos.

En su documento de consenso sobre FM¹⁷, la Sociedad Española de Reumatología solo recomienda el uso de paracetamol con tramadol y desestima el de antiinflamatorios no esteroideos y el de opiáceos mayores.

Los resultados favorables con duloxetina¹⁸ y milnazapina¹⁹ y su mantenimiento en el tiempo durante 6 meses²⁰, han conducido a la aprobación de ambos antidepresivos para el tratamiento de la FM por la *Food and Drug Administration* (FDA) de los Estados Unidos.

Sin duda alguna estos pacientes muy demandantes de atención pueden ver paliados sus padecimientos aunque no exista tratamiento curativo²¹: su sintomatología es abordable de manera multidisciplinar²² por diferentes profesionales^{23,24}, como terapeutas ocupacionales²⁵, psicólogos, fisioterapeutas... Lamentablemente, en atención primaria

tenemos limitado el acceso a ellos o incluso no existen como recurso.

OBJETIVOS

Conocer la percepción de los pacientes con FM sobre el tratamiento farmacológico que el sistema sanitario les ofrece y sus diferencias con otros tratamientos coadyuvantes como la terapia ocupacional.

MATERIAL Y METODOS

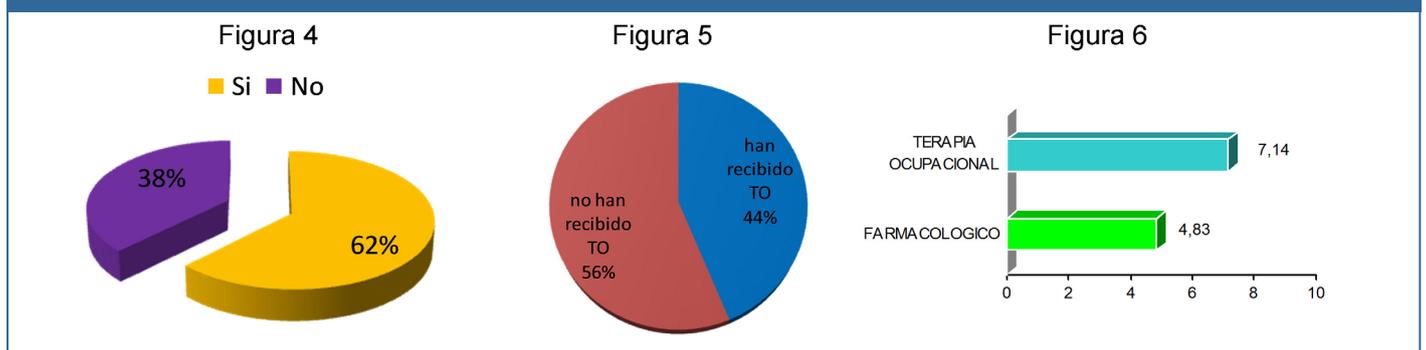
Estudio descriptivo transversal con inferencia estadística mediante diferencia de medias (t de Student) mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Para recoger los datos se realizaron entrevistas a los enfermos (21 personalmente y 11 por teléfono) por parte de personal que no se identificaba según su ejercicio profesional para evitar sesgos.

Muestreo y proceso de selección de pacientes afectados de FM. La base de pacientes ha sido obtenida mediante tres vías:

- Búsqueda activa de pacientes en el Centro de Salud "La Solana" de Talavera de la Reina.
- A través de un listado de pacientes posiblemente afectados de FM, obtenido de la base de datos de "Turriano", aportado por la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina con los ítems según código CIE9 "Reumatismo no especificado y fibrositis", "Otros trastornos de tejidos blandos", "Mialgia y miositis no especificados" y "Síndrome miofascial". Se les llamó telefónicamente uno a uno para confirmar el diagnóstico de FM, ya que este diagnóstico no aparece como tal en "Turriano".

Figura 4. ¿Puede ser la terapia ocupacional una opción terapéutica? Figura 5. ¿Puede ser la terapia ocupacional una opción terapéutica? Figura 6. Promedio de la valoración de la eficacia de los tratamientos (de 0 a 10)



- Base de datos de la "Afibrotar" (Asociación de Fibromialgia de Talavera de la Reina).

Con estas tres vías de entrada en las bases de datos conseguimos 442 enfermos sobre una población total de 128.000 personas (Área de Salud de Talavera de la Reina). Los criterios de inclusión empleados se limitaban a ser mayor de 16 años y poder responder por sí mismo a las preguntas. Mediante ellas se procedió a la asignación aleatoria de pacientes para realizar el estudio.

Partiendo de un estudio²⁶ en el que se estimaba una prevalencia de 2,7 % de la población española, se calculó un tamaño muestral de 29 personas a partir del programa Epidate 3.0 (95 % de nivel de confianza y precisión del 6 %). Teniendo en cuenta anticipadamente la pérdida de 10 % en entrevistas directas, se incrementó el tamaño muestral hasta 32 pacientes por estudio, lo que nos llevó a entrevistar a 40, dado que 8 se perdieron por problemas en los contactos telefónicos o negativa a responder.

RESULTADOS

La media de edad de las 32 personas encuestadas que padecían FM era de 54,16 años; la mediana dio un resultado de 52,50 años de edad (rango: 23-79). El 96,9 % de las personas encuestadas eran mujeres y el 3,1 % hombres.

La mayoría de ellos tomaban medicamentos, 96,9 % (31) para paliar sus síntomas (figura 1). Sin embargo, solo 46,9 % (15) manifestaban que los medicamentos les ayudaban (figura 2). Estos incluían analgésicos (59,4 % -19-), ansiolíticos (56,3 % -18-); antiinflamatorios y antidepresivos (53,1 % -17-), anti-convulsionantes (15,6 % -5-) y otros (6,3 % -2-). Los sujetos otorgaron un promedio de 4,83 puntos sobre 10 a la efectividad de los fármacos para paliar los síntomas de su enfermedad.

El 34,4 % de las personas encuestadas (11) estaban insatisfechas con la atención que les presta el médico cuando asisten a consulta para tratar su enfermedad (figura 3).

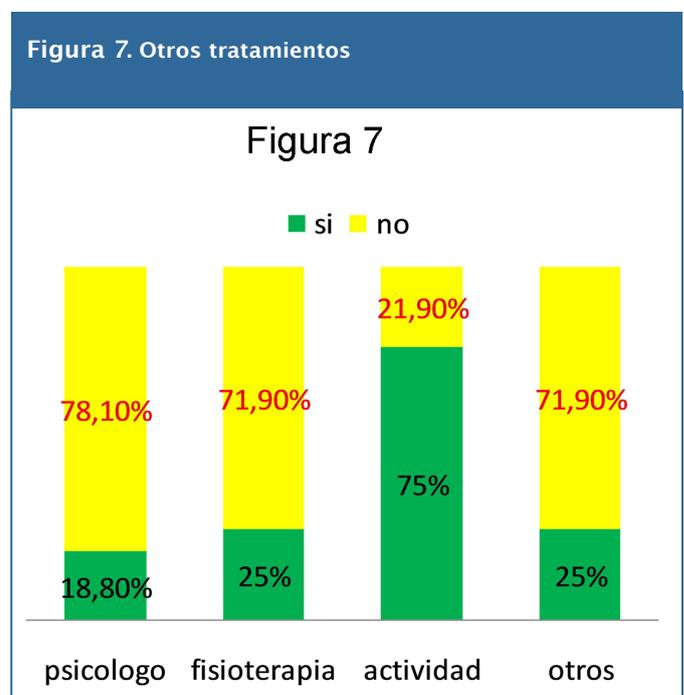
Dada la facilidad para recibir tratamiento por terapia ocupacional por parte de los pacientes en las asociaciones de enfermos, decidimos compararla con las terapias médicas habituales en las consultas de medicina. El 62,5 % (20) de las personas encuestadas pensaban que la terapia ocupacional puede ser un tratamiento para tratar la FM, a pesar

de que la mayoría no sabían lo que era; tras una explicación de la disciplina decidieron que podría ser otro tratamiento (figura 4). Sin embargo, 56,3 % de las personas (18) no había recibido este tipo de tratamiento (figura 5). Por otro lado, de las personas que habían recibido terapia ocupacional (14, 43,8 % del total), 11 pensaban que les había ayudado a mejorar sus síntomas y solo 3 que no le había producido mejoría.

Se pidió a los encuestados que habían recibido terapia ocupacional que dieran una puntuación del 0 al 10 a esta disciplina. En esta pregunta se obtuvo una respuesta de 7,14 puntos de media (figura 6).

Si comparamos los resultados obtenidos frente al tratamiento farmacológico en consultas médicas, obtenemos una diferencia estadísticamente significativa entre ambas.

El 12,5 % (4) de los sujetos encuestados utilizaba específicamente fármacos para paliar los síntomas provocados por la FM y 84,4 % (17) utilizaba otros tratamientos además del farmacológico. El 75 % (24) realizaba actividades físicas para sentirse mejor (pasear, yoga...), 25 % (8) había sido tratado con fisioterapia y 18,80 % (6) había recibido apoyo psicológico (figura 7).

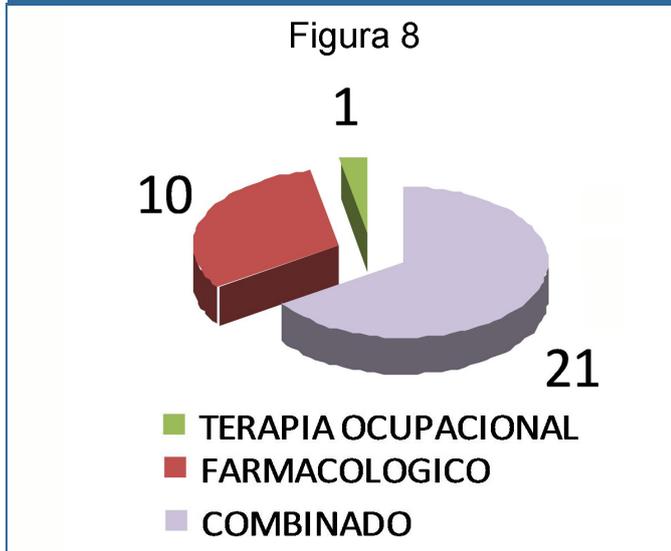


La mayoría (21, 65,6 %) prefería una combinación de tratamientos para aliviar los síntomas de la FM, con medicamentos, terapia, ejercicio físico y apoyo psicológico. Por otro lado, 31,3 % (10) opinaban que con el tratamiento farmacológico tenían suficiente para tratar sus síntomas y 3,1 % (1) preferían

el tratamiento de terapia ocupacional (figura 8).

Por último, debemos resaltar que muchos pacientes habían decidido no tomar ningún medicamento de forma pautada e intentar mejorar por su cuenta y riesgo.

Figura 8. Preferencia tratamiento



COMENTARIO

Actualmente existen distintos estudios que plantean el abordaje multidisciplinar²⁷ de la FM. Sin embargo, a día de hoy existen pocos equipos multidisciplinarios de abordaje y menos en atención primaria.

Muchas de estas personas, ante la falta de atención y eficacia que presenta nuestro trabajo (el promedio de la nota otorgada al tratamiento farmacológico fue de 4,83) necesitan recibir el apoyo de una asociación (51,3 % de la muestra) en la que encontrarse con personas con problemas similares, sobre todo al inicio de la enfermedad, donde se sientan comprendidas y adquieran la certeza de que no están locas, de que no se inventan sus dolores, de que realmente existe la FM, donde otras terapias como la fisioterapia, el apoyo psicológico o la terapia ocupacional son más asequibles.

La mayoría de las personas que padecen FM toman medicamentos para paliar sus síntomas: según nuestros datos, 96,9 % toma fármacos. Sin embargo, no están contentos con los resultados: tan sólo manifiestan que los medicamentos les ayudan a paliar los síntomas 46,9 %. Los que más se utilizan son los analgésicos (59,4 %), los ansiolíticos (56,3 %),

los antiinflamatorios y los antidepresivos (53,1 %) y los anticonvulsivos (15,6 %). Muy pocos sujetos toman otros fármacos (6,3 %). Por ello podemos deducir que los fármacos que más ayudan a estas personas son los analgésicos y ansiolíticos. ¿Realmente son los más efectivos?

A pesar de que los sujetos toman los fármacos prescritos por los médicos, en general no están muy contentos con los resultados de éstos. Pedimos a los encuestados que puntuaran del 1 al 10 la eficacia de los fármacos y la media que recogimos fue de 4,83 puntos. Parece que están más contentos con la terapia ocupacional, ya que al pedir que puntuaran este tratamiento del 1 al 10 obtuvimos un promedio de 7,14 puntos ($p < 0,05$).

En nuestra opinión, creemos que puede funcionar la combinación de terapia ocupacional con fármacos para mejorar los síntomas de la FM. Algunos de los programas convenientes son:

- Técnicas de ahorro de energía.
- Psicomotricidad y tratamientos para el déficit motor.
- Higiene postural e higiene del sueño.
- Dinámicas de grupos.
- Reeducación de las actividades de la vida diaria.
- Asesoramiento en ayudas técnicas.
- Adaptación del entorno (si fuera necesario, eliminar alfombras, retirar muebles que estorben, disponer la cocina en L...).
- Programas de actividades cognitivas.

Sin embargo, no fue una sorpresa ver en nuestra muestra que muchas personas no conocían la terapia ocupacional. Solo la conocían quienes habían recibido sesiones de terapia alguna vez; pero, tras una breve y sencilla explicación, 62 % de los encuestados manifestaron creer que les podría ayudar.

Estos pacientes están deseosos de conocer otros tratamientos, ya que ninguno por sí sólo es absolutamente eficaz y queda mucho que investigar en este aspecto. Quizás los médicos que les atienden deberían orientarles acerca de los diversos tratamientos existentes, entre ellos el de terapia ocupacional.

La mayoría de los encuestados (34,4 %) están

insatisfechos con la atención que les presta el médico cuando asisten a consulta para tratar su enfermedad; por otro lado, refieren que cuando se presentan otros problemas médicos suelen atribuirse con demasiada frecuencia a la FM.

El tratamiento al que más recurren los sujetos encuestados, excluyendo los fármacos y la terapia ocupacional, son las actividades físicas (yoga, caminar...), cuya preferencia se sitúa en 75 %. La fisioterapia solo es empleada por 25 % de los encuestados. Muchos refieren que el Sistema Sanitario proporciona pocas sesiones, que las demás deben correr a cargo del paciente y no merece la pena.

Otros tratamientos no convencionales, como la homeopatía, la acupuntura, la osteopatía, la aromaterapia, la fitoterapia, el chi-kung, el yoga, el tai-chi, el reiki, la reflexoterapia, entre otros, también podrían mejorar los síntomas, aunque los resultados obtenidos por los estudios no son concluyentes. El 25 % de la muestra de este estudio manifiesta recibir este tipo de "tratamientos" y estar contenta con ellos; no obstante, si bien pueden mejorar la situación del enfermo, no solventan el problema.

Estudios recientes de Mayorga y col (2010)²⁸ ponen de manifiesto que la Educación para la Salud, como parte de la intervención terapéutica en la FM, ha demostrado su eficacia e incluso una disminución en el gasto de recursos sanitarios, por lo que el camino a seguir está marcado.

El tratamiento médico de la FM debería ser realizado por los profesionales de atención primaria, según el documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología²⁹, aunque hay casos en que la evolución del cuadro, la ausencia de respuesta a la terapia o la complejidad del proceso pueden hacer necesaria la intervención de la atención especializada³⁰; en función de la organización que establezca cada Servicio de Salud, esta podría ser llevada a cabo por un especialista o por un equipo multidisciplinar³¹ que cuente con psiquiatras, psicólogos³², terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y médicos especializados en el tratamiento del dolor, ya sean reumatólogos, anesestesiólogos u otros especialistas clínicos³³, que asocien tratamiento farmacológico a otro no puramente farmacológico.

CONCLUSIONES

- Quienes padecen FM y son tratados con

terapia ocupacional, además de tratamiento farmacológico, encuentran una mejoría mayor y estadísticamente significativa que los tratados solamente con fármacos.

- La mayoría de los encuestados refieren que prefieren la combinación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la mejoría de sus síntomas, ya que reseñan que los fármacos apenas les alivian.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serra MR, Díaz J, Sande ML. Fisioterapia en Traumatología, Ortopedia y Reumatología. 2ª ed. Barcelona: Masson 2003; cap. 54, pág 273.
2. León Iglesias J. El defensor de la fibromialgia. Barcelona: León, Foro Alternativo 2003.
3. Guedj E, Cammilleri S, Niboyet J, Dupont P, Vidal E, Dropinski JP, et al. Clinical correlate on brain SPECT perfusion abnormalities in fibromyalgia. J Nucl Med 2008;49:1798-803.
4. Guedj E, Taieb D, Cammilleri S, Lussato D, De Laforte C, Niboyet J, et al. 99mTc-ECD brain perfusion SPECT in hyperalgesic fibromyalgia. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2007;34:130-4.
5. Clawson DJ, Ruddy S, Harris ED, Sledge CB. Kelley's Textbook of Rheumatology. 6th edition. WB Saunders Company 2001; pág 418-27. Rivera J, Rejas J, Esteve-Vives J, Vallejo M. Costes económicos asociados al diagnóstico de fibromialgia en España. Rev Soc Esp Dolor 2009;16:417-8. Alegre J. La fibromialgia es una entidad primaria del dolor. ¿Hay deterioro cognitivo en la fibromialgia? Rev Soc Esp del Dolor 2008;15:355-7.
6. Rivera J, Rejas J, Esteve-Vives J, Vallejo M. Costes económicos asociados al diagnóstico de Fibromialgia en España. Rev Soc Esp Dolor. 2009; 16(07):417-8 vol.16 núm 07.
7. Alegre J. La Fibromialgia es una entidad primaria del dolor. ¿Hay deterioro cognitivo en la Fibromialgia?. Rev. Soc. Esp. del Dolor, Vol. 15, Nº 6, Agosto-Septiembre 2008, Página 355-357
8. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Nonsalve V, Bayona MJ, De Andrés J. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. Rev Soc Esp Dolor 2004;11:430-43.
9. Restrepo-Medrano J, Ronda-Pérez E, Vives-Cases C, Gil-González D. ¿Qué sabemos sobre los factores de riesgo de la fibromialgia? Rev Salud Pública 2009;11:662-74.
10. Jason W, Abhaya V, Parminder B, Gordon H. Attitudes towards fibromyalgia: A survey of Canadian chiropractic, naturopathic, physical therapy and occupational therapy students. BioMed Central Ltd 2008; pág 1-10.
11. Pasqual Marques A, Assumpção A, Matsutani L, Bragança Pereira C, Lage L. Pain in Fibromyalgia and discriminative power of the instruments: Visual Analog Scale, Dolorimetry and the McGill Pain Questionnaire. Acta Reumatol Port 2008;33:345-51.
12. Laffón Roca A, Carmona L, Ballina García FJ, Gabriel R. Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Disponible en: http://www.ser.es/investigacion/Proyectos/ListadoProyectosFin_list.php?url=Episer__Episer [acceso 07 de junio de 2010].
13. Ayán Pérez C. Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación. Madrid: Panamericana 2011; cap 2, pág 11-7.

14. Chakrabarty S, Zoorob R. Fibromyalgia. *Am Fam Physician* 2007;76:245-54. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2007/0715/p247.pdf>
15. Kalichman L. Massage therapy for fibromyalgia symptoms. *Rheumatol Int* 2010;30:1151-7.
16. Noceda JJ, Moret C, Lauzirika I. Epidemiology of osteomuscular chronic pain in Primary Care patients. Results from a rural centre and an urban one. *Rev Soc Esp del Dolor* 2006;13:108-13.
17. Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Castel B, Collado A, y col. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin* 2006;2(supl 1):S55-66.
18. Arnold LM, Lu Y, Crofford LJ, Wohlreich M, Detke MJ, Iyengar S, et al. A doubleblind, multicenter trial comparing duloxetine to placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder. *Arthritis Rheum* 2004;50:2974-84.
19. Vitton O, Gendreau M, Gendreau J, Kranzler J, Rao SG. A double-blind placebo-controlled trial of milnacipran in the treatment of fibromyalgia. *Hum Psychopharmacol* 2004;19:S27-35.
20. Mease PJ, Claw DJ, Gendreau M, Rao SG, Kranzler J, Chen W, et al. The efficacy and safety of milnacipran for treatment of fibromyalgia. A randomized, doubleblind, placebo-controlled trial. *J Rheumatol* 2009;36:398-409.
21. Bennett RM. Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheum Dis Clin North Am* 1996;22:351-67.
22. Lera S, Gelman SM, López MJ, Abenoza M, Zorrilla JG, Castro-Fornieles J, Salamero M. Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? *J Psychosom Res* 2009;67:433-41.
23. Penacho A. *Fibromialgia, punto de encuentro*. 1ª edición. Vitoria: Asociación Vasca de Divulgación de Fibromialgia 2006.
24. Romero Ayuso DM, Cenjor Rodríguez V, Cabello López A, Ureña A. *Revista Asturiana de Terapia Ocupacional* 2006;3:4-10.
25. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, De Andrés J. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:430-43.
26. Alegre J. La fibromialgia es una entidad primaria del dolor. ¿Hay deterioro cognitivo en la fibromialgia? *Rev Soc Esp Dolor* 2008;6:355-7.
27. Huynh CN, Yanni LM, Morgan LA. Fibromyalgia: diagnosis and management for the primary healthcare provider. *J Womens Health (Larchmt)* 2008;17:1379-87.
28. Echevarría Moreno M, Herrera Silva J, Morales Muñoz C, Bullón Barrera F, Fernández Muñoz I, Mayorga Buiza MJ. Impacto de un programa de educación sanitaria en pacientes con fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2010;5:227-32.
29. Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Castel B, Collado A, et al. Documento de consenso de Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin* 2006;2(supl 1):S55-66.
30. Collado A, Alijotas JB, Benito P, Alegre C, Romera M, Sañudo I, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2002;118:745-9.
31. Huynh CN, Yanni LM, Morgan LA. Fibromyalgia: diagnosis and management for the primary healthcare provider *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17:1379-87.
32. García-Campayo J, Serrano-Blanco A, Rodero B, Magallón R, Alda M, Andrés E, Luciano JV, del Hoyo YL. Effectiveness of the psychological and pharmacological treatment of catastrophization in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Trials* 2009;23:10-24.
33. Goldenberg DL. Office management of Fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 2002;28:437-46.
33. Goldenberg DL. Office management of Fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 2002;28:437-46.