

VALORACIÓN DEL EFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO PARA LA FIBROMIALGIA 6 MESES DESPUÉS DE SU INICIO

José Soriano (1), Vicente Monsalve (2), Patricia Gómez-Carretero (3), Ana Redón Doñate (4) Vicente Villanueva (5), Juan Asensio (6), Gustavo Fabregat (7), Ana Mínguez (8), M Dolores López (9), José De Andrés (10).

1. Profesor titular. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
2. Psicólogo Adjunto. Unidad del Dolor. Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. CHGUV. Profesor Universidad Católica de Valencia.
3. Psicóloga. Investigación en la Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (FUNDOLOR).
4. Psicóloga. Universidad de Valencia.
5. Médico Adjunto. Unidad Multidisciplinar del Dolor. SARTD. CHGUV.
6. Anestesiólogo. Unidad Multidisciplinar del Dolor. SARTD. CHGUV.
7. Anestesiólogo. Unidad Multidisciplinar del Dolor. SARTD. CHGUV.
8. Farmacéutica. Unidad Multidisciplinar del Dolor. SARTD. CHGUV.
9. Anestesióloga. Jefa Unidad Multidisciplinar del Dolor. SARTD. CHGUV.
10. Jefe del SARTD. CHGUV.

Los resultados de este trabajo son parte de los proyectos de investigación financiados por el Ministerio de Educación y Ciencia REF: SEJ2004-05439/PSIC, y SEJ2007-61288/PSIC.

****Trabajo realizado con la colaboración de la Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (FUNDOLOR).***

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia se ha descrito como un síndrome reumático caracterizado por dolor musculoesquelético crónico y difuso, y por un bajo umbral para el dolor en unos puntos anatómicos específicos denominados puntos gatillo (1).

En la actualidad, continúan siendo desconocidas tanto la etiología como la fisiopatología de la fibromialgia, hallándose implicados, no obstante, multitud de factores tales como trastornos del sueño (2), alteraciones musculares (3), psiquiátricas (3), inmunológicas, causas endocrinológicas y disfunciones neurohormonales (5-6).

Aunque podemos considerar la fibromialgia como un problema muy común en la población general, su incidencia real es desconocida. Diferentes estudios epidemiológicos sitúan la prevalencia de fibromialgia alrededor del 2-3% de la población general (7-9).

Por lo que respecta al tratamiento de la fibromialgia, su objetivo no es curativo, sino paliativo, y debería perseguir el máximo alivio sintomático teniendo en cuenta la severidad y las consecuencias que los distintos síntomas tienen en el paciente. Su

eficacia depende de la correcta utilización de agentes farmacológicos, aunque resultan más efectivos cuando se asocian a otras modalidades terapéuticas, tales como la intervención cognitivo-conductual, el ejercicio físico y la terapia ocupacional (10). En este sentido, existen estudios contrastados donde se incide en calificar el tratamiento multidisciplinar de estos pacientes como una opción muy válida ya que consiguen mejoras en la calidad de vida y en la adaptación psicológica de los pacientes de forma muy importante, sobre todo a medio y largo plazo (11-16).

El **objetivo** de este trabajo se centra en evaluar el efecto de distintos tratamientos en pacientes con fibromialgia tras 6 meses de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluaron 67 pacientes con fibromialgia que acudieron a la Unidad Multidisciplinar del Dolor del CHGUV. Tras visita médica, los pacientes fueron asignados de forma aleatoria a uno de los siguientes grupos de tratamiento:

1. Antiepilépticos (12 pacientes)
2. Antidepresivos (13 pacientes)
3. Antiepilépticos+biofeedback (11 pacientes)
4. Antidepresivos+biofeedback (12 pacientes)
5. Antiepilépticos+psicoeducación (8 pacientes)
6. Antidepresivos+psicoeducación (11 pacientes)

Previa firma del Consentimiento Informado para participar en la investigación, se registraron sus datos sociodemográficos y se realizó evaluación psicológica mediante:

- **Escala Analógica Visual EVA (17):** Consiste en una línea de 10 cm. limitada por dos extremos, representando el cero "nada de dolor" y el 10 "el peor dolor imaginable". Está validada para evaluar la intensidad del dolor (18-20).
- **Cuestionario de Salud SF-36 (21):** Es un cuestionario general de salud. Fue descrito por Ware y Sherbourne en 1992 y es el resultado del protocolo de investigación Medical Outcome Study (MOS). En estudios posteriores se han mostrado sus propiedades psicométricas para distintos grupos de pacientes (22-23) y ha sido adaptado a distintos idiomas (24-25), estando validado para muestra española (26). Está compuesto por 36 ítems, y recoge 8 escalas:
 - **Función Física:** interferencia en actividades físicas como autocuidado, caminar, etc.
 - **Rol Físico:** interferencia laboral o actividades diarias.
 - **Dolor Corporal:** intensidad del dolor y su efecto en actividades diarias.
 - **Salud General:** valoración personal de la salud actual y futura y resistencia a enfermar.
 - **Vitalidad:** sentimiento de energía frente al cansancio.
 - **Función Social:** interferencia de los problemas de salud en la vida social.

- **Rol Emocional:** interferencia de los problemas emocionales en el trabajo y actividades diarias.
- **Salud Mental General:** depresión, ansiedad, control de la conducta y emocional.

Aunque es un instrumento diseñado inicialmente para la evaluación del estado general de salud, ha sido utilizado como criterio de calidad de vida en multitud de estudios de distintos problemas de Salud (27-28), así como en el ámbito del dolor crónico (29-30). El rango de puntuaciones para cada escala oscila de 0 a 100, indicando las puntuaciones más cercanas a 100 una mayor calidad de vida.

- **Cuestionario de Afrontamiento al Dolor CAD-R (31):** Es un instrumento de medida de estrategias de afrontamiento para pacientes con dolor crónico. Fue elaborado originalmente por Soriano y Monsalve (32) y en la versión empleada (CAD-R) está compuesto por 24 ítems que recogen 6 dimensiones:

- **Distracción:** eliminar la atención prestada al dolor
- **Búsqueda de información:** búsqueda activa de consejo, asesoramiento e información para hacer frente al dolor
- **Religión:** empleo de la religión para conseguir estabilidad y consuelo
- **Catarsis:** verbalización del problema y búsqueda de escucha y consuelo de otros.
- **Autocontrol Mental:** esfuerzos mentales para controlar el dolor.
- **Autoafirmación:** no rendirse ante el dolor dándose ánimos para superarlo.

También recoge dos factores de segundo orden que son afrontamiento activo y afrontamiento pasivo, y ha sido validado para muestra española (31).

Todos los pacientes fueron reevaluados 6 meses después de iniciar el tratamiento correspondiente al grupo de intervención al que habían sido asignados.

RESULTADOS

La edad de los pacientes se situó en torno a los 52 años (Gráfico 1), siendo mujeres en su mayoría (Gráfico 2), que vivían acompañadas (Gráfico 3) con estudios básicos en un 27,3% de los casos (Gráfico 4) y laboralmente inactivos en un 59% (Gráfico 5).

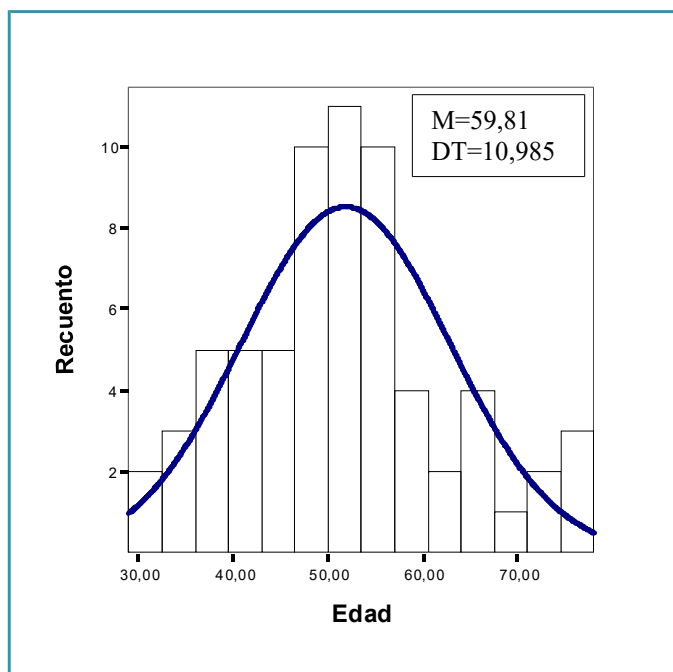


Gráfico 2. Sexo	Gráfico 3. Vive

Gráfico 4. Nivel cultural	Gráfico 5. Situación laboral

La prueba T para comparación de medias realizada para comparar ambos momentos de evaluación mostró, a los 6 meses, una disminución significativa del dolor informado por los pacientes (EVA) (Gráfico 6), una mejoría en algunas de las escalas del SF-36 (Vitalidad y Salud Mental) (Gráfico 7), y mayor puntuación en ciertas escalas del CAD-

R (Distracción, Búsqueda de Información, Autocontrol Mental, Autoafirmación y Estrategias Activas) (Gráfico 8).

Gráfico 6. Cambios en EVA a los 6 meses de tratamiento.

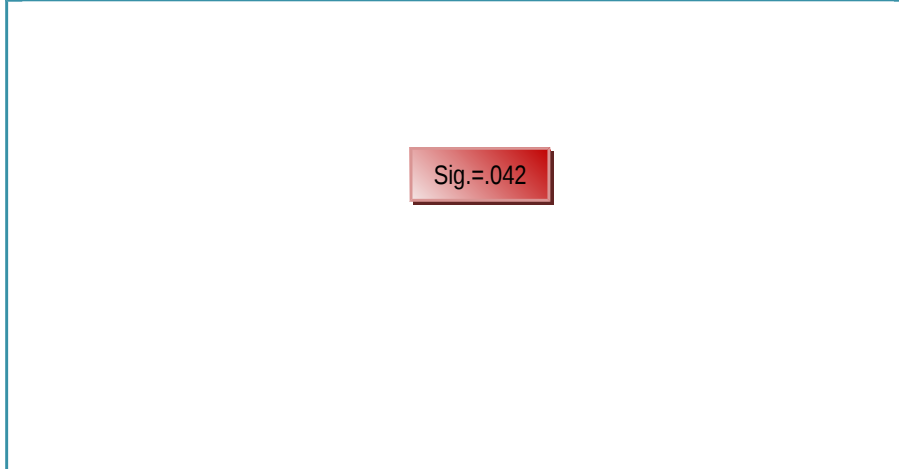
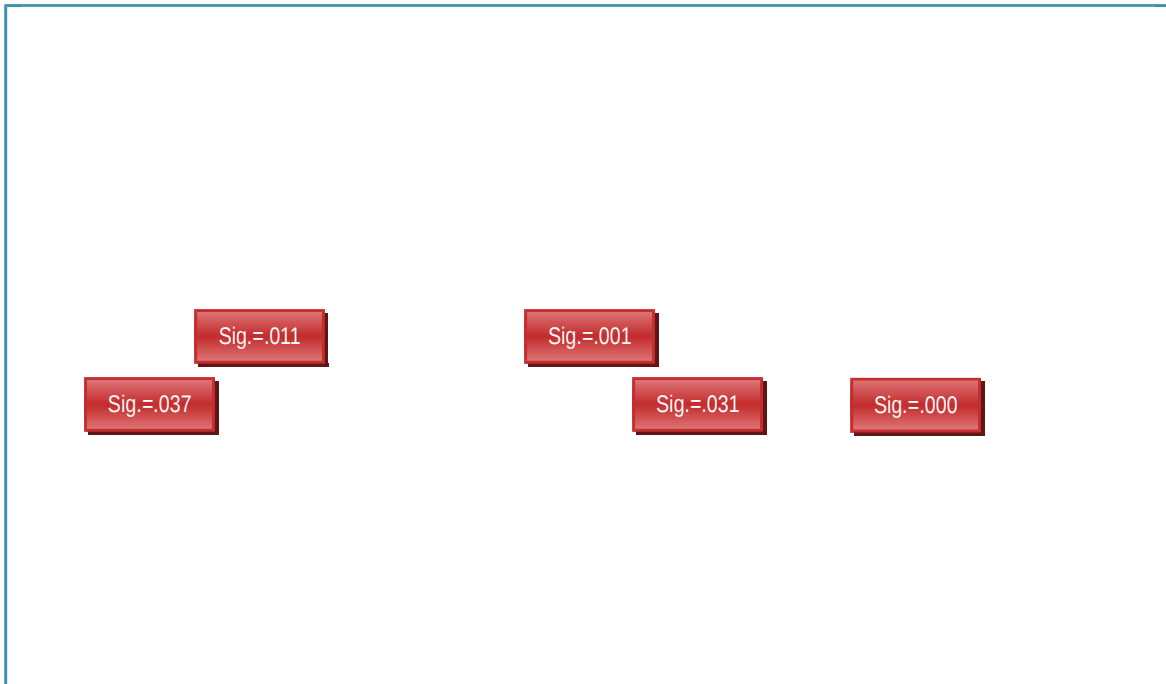


Gráfico 7. Cambios en SF-36 a los 6 meses de tratamiento.

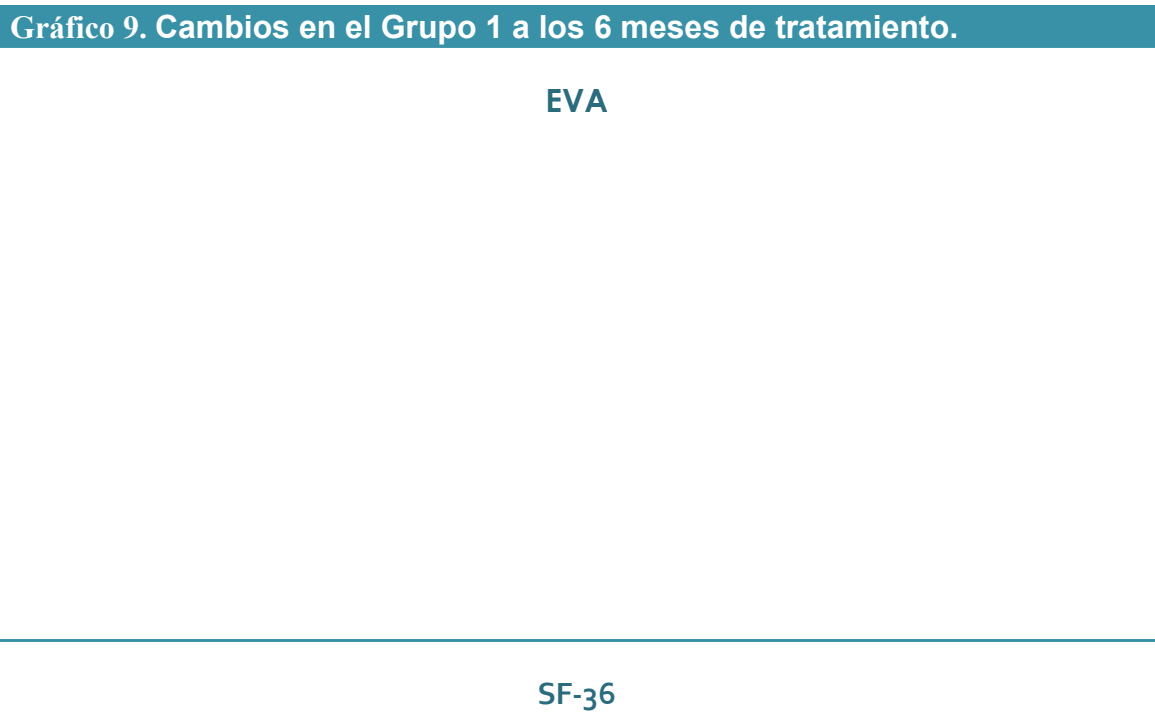


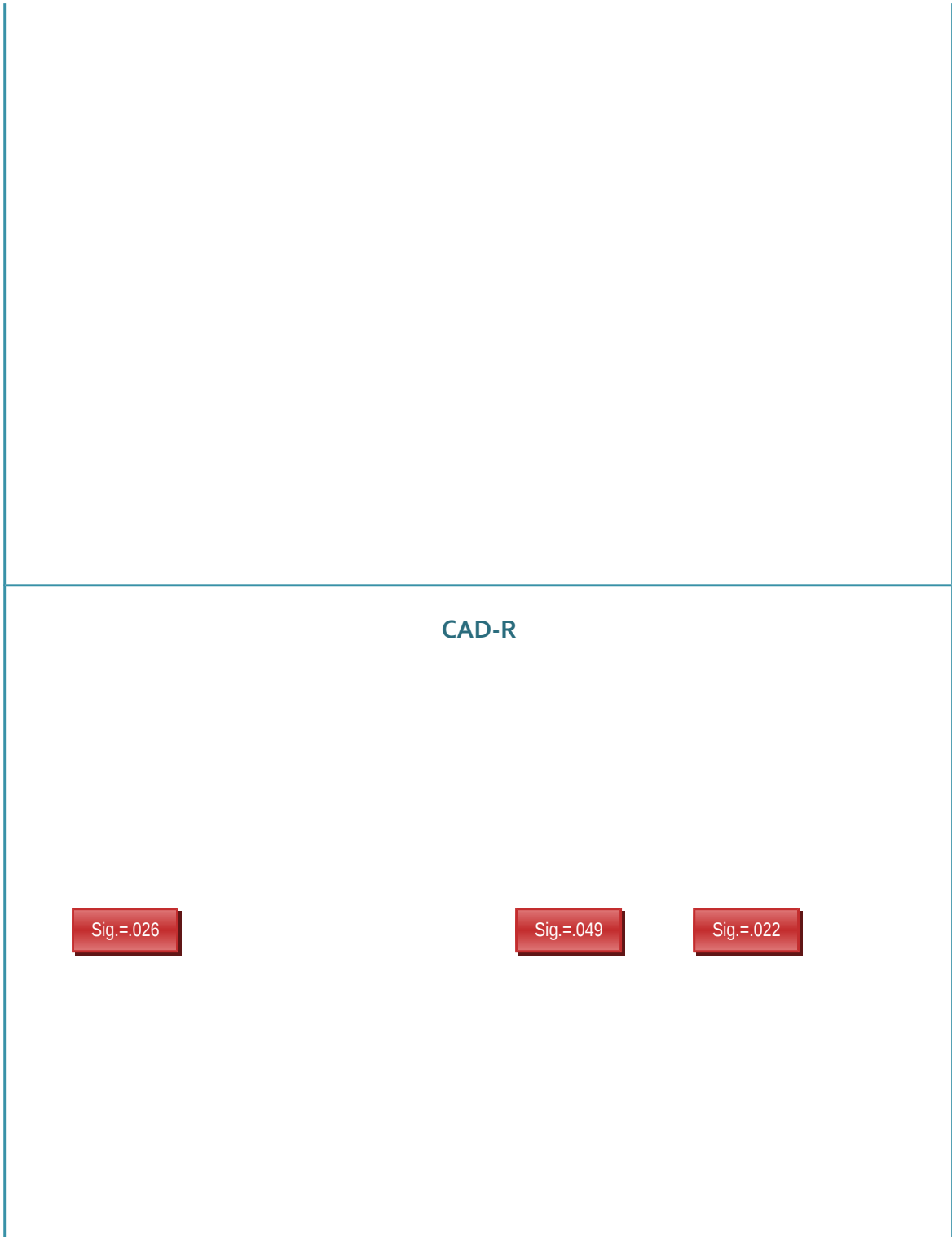
Gráfico 8. Cambios en CAD-R a los 6 meses de tratamiento.



La prueba U de Mann Withney, realizada para comparar los resultados obtenidos por los pacientes de los distintos grupos de tratamiento en la evaluación de seguimiento a los meses respecto a la basal, mostró los siguientes resultados:

- En el **Grupo 1** (antiepilépticos), los pacientes mostraron un mayor uso de estrategias de afrontamiento activas ante el dolor (CAD-R), concretamente las diferencias significativas se hallaron respecto a la Distracción, la Autoafirmación y las Estrategias Activas (Gráfico g):





- En el Grupo 2 (antidepresivos), los pacientes presentaron una mejoría significativa respecto a la Salud Mental (SF-36) (Gráfico 10):

Gráfico 10. Cambios en el Grupo 2 a los 6 meses de tratamiento.

EVA

SF-36

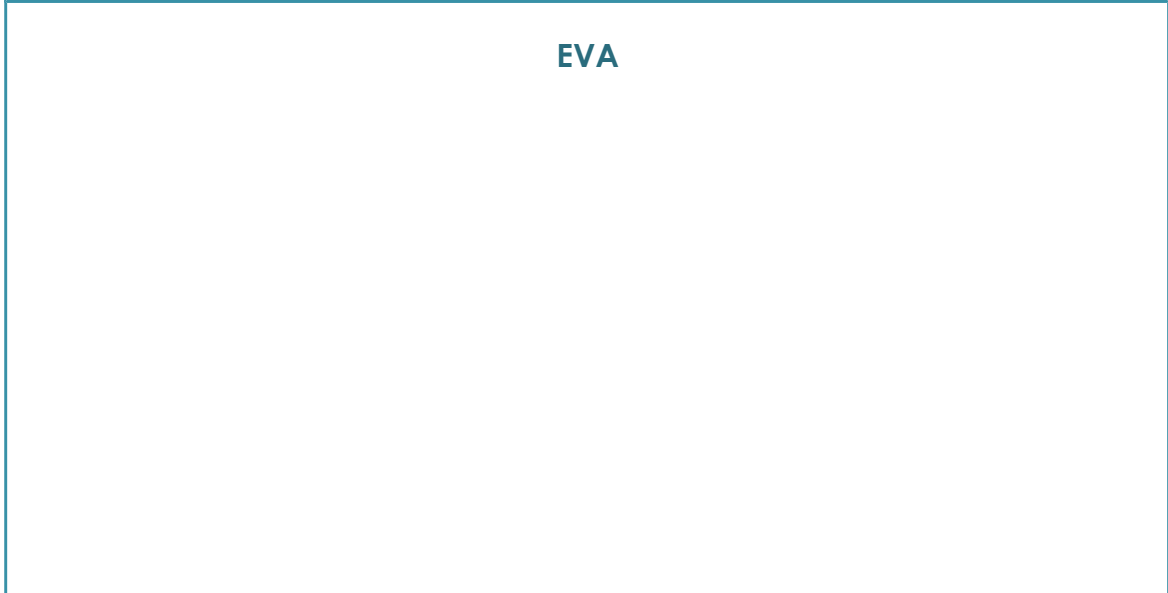
Sig.=.021

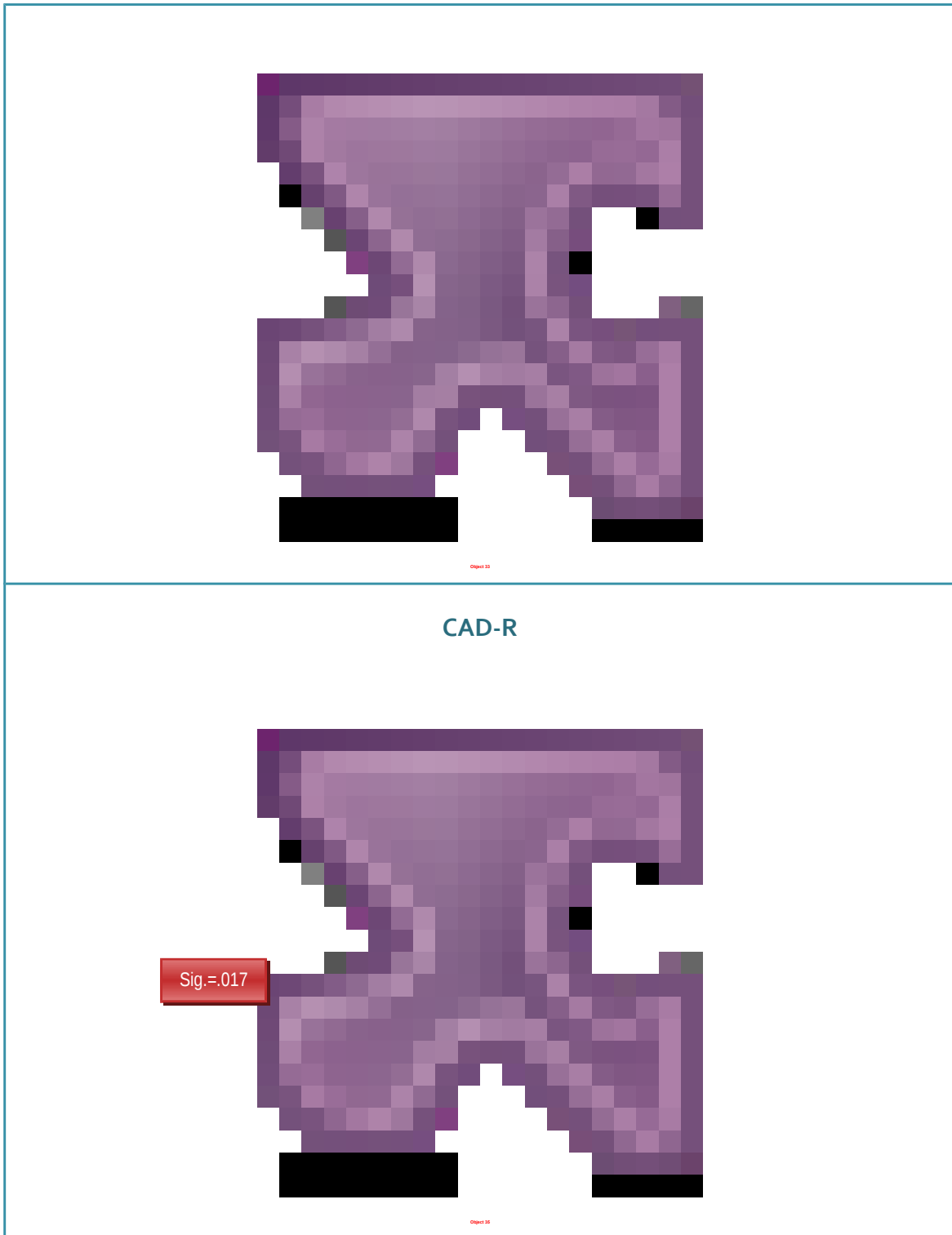
CAD-R



- En el **Grupo 3** (antiepilépticos+biofeedback), los pacientes mostraron un mayor uso de la Búsqueda de Información como estrategia para afrontar su dolor (CAD-R) (Gráfico 11):

Gráfico 11. Cambios en el Grupo 3 a los 6 meses de tratamiento.





- En el Grupo 4 (antidepresivos+biofeedback), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los tiempos de evaluación en las variables estudiadas (Gráfico 12):

Gráfico 12. Cambios en el Grupo 4 a los 6 meses de tratamiento.

EVA



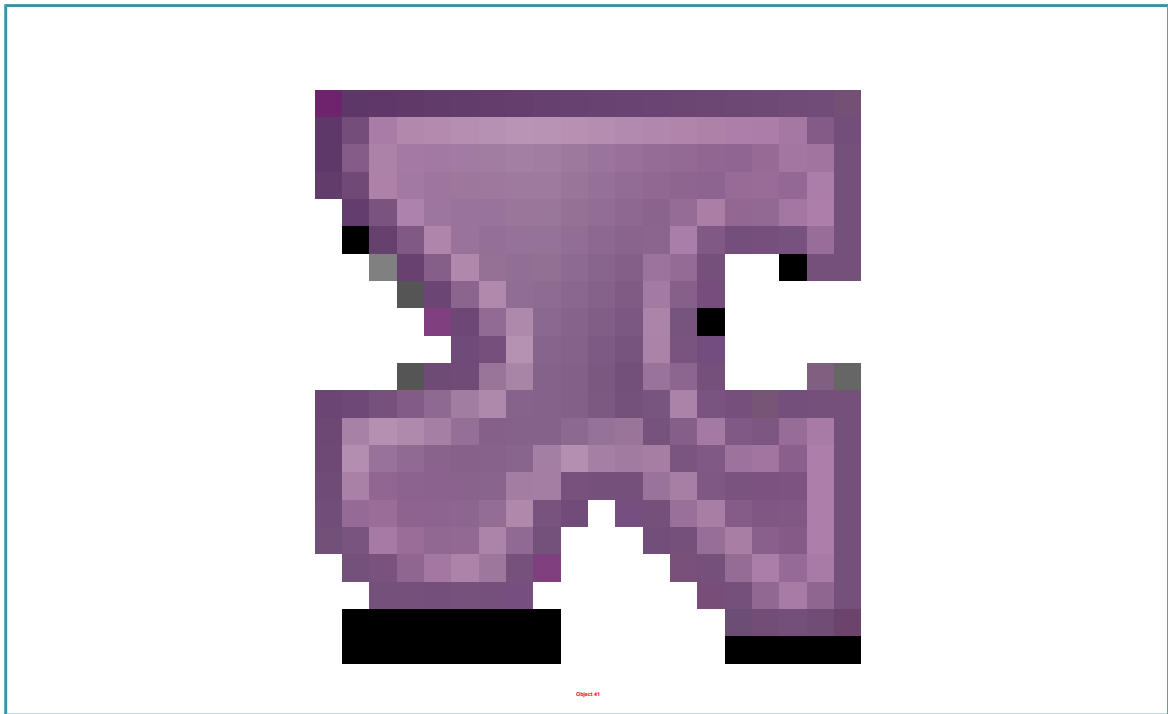
Object 27

SF-36



Object 28

CAD-R

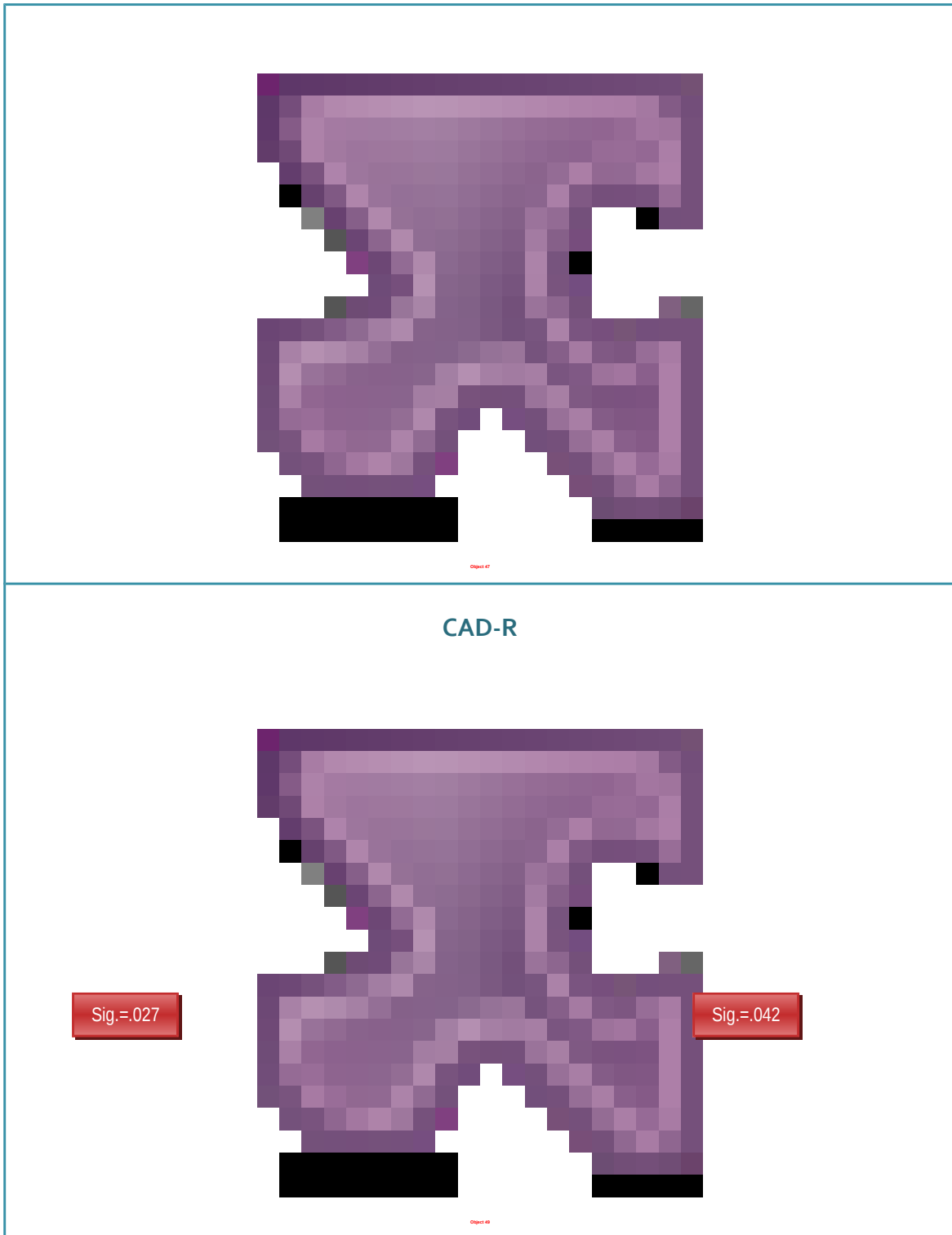


- En el **Grupo 5** (antiepilépticos+psicoeducación), los pacientes mostraron una mayor utilización de la Distracción y de las Estrategias Activas de afrontamiento al dolor (CAD-R) (Gráfico 13):

Gráfico 13. Cambios en el Grupo 5 a los 6 meses de tratamiento.



SF-36



- En el **Grupo 6** (antidepresivos+psicoeducación), los pacientes mostraron un mayor uso de Estrategias de afrontamiento Activas ante el dolor (CAD-R) (Gráfico 14):

Gráfico 14. Cambios en el Grupo 6 a los 6 meses de tratamiento.

EVA



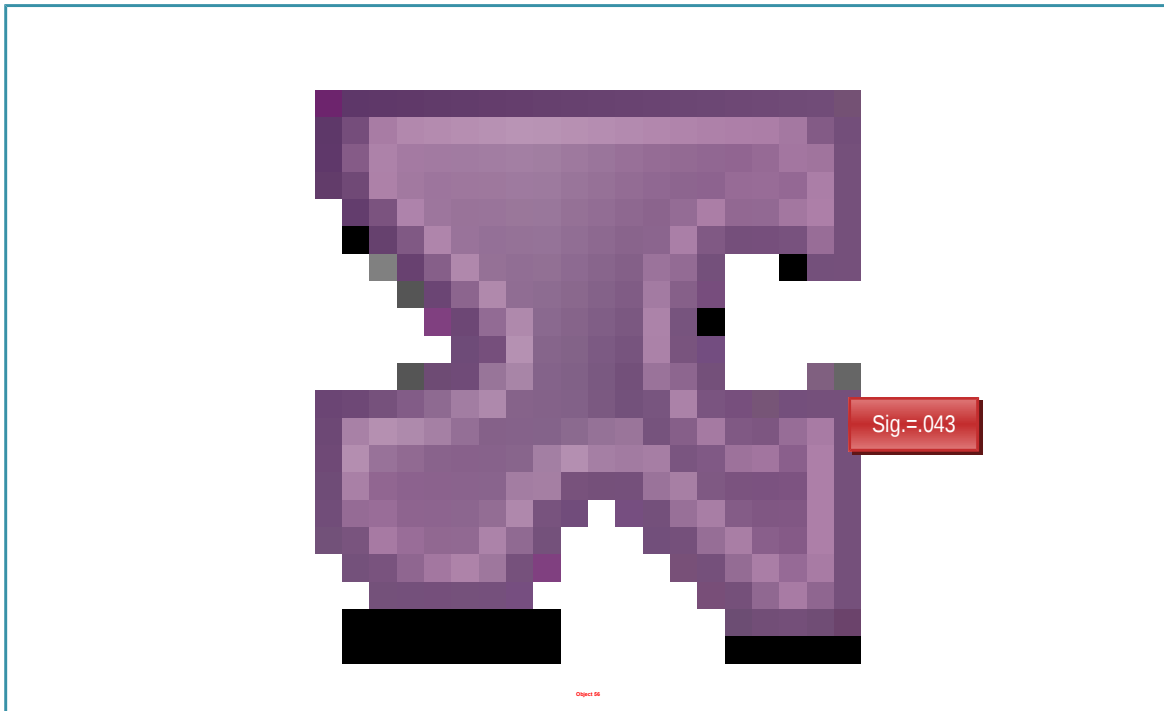
Object #1

SF-36



Object #4

CAD-R



CONCLUSIONES

Atendiendo a las limitaciones del estudio debidas a la reducida muestra, sobre todo al realizar las comparaciones por grupos, de un modo general, los resultados indican que 6 meses después de iniciar el tratamiento, se observa una disminución del grado de dolor, una mejoría en cuanto a ciertos aspectos relacionados con la calidad de vida y una mayor utilización de estrategias de afrontamiento de tipo activo ante el dolor. Dado que el número de pacientes en cada uno de los grupos de tratamiento es reducido, sería conveniente realizar estudios con muestras más amplias que permitan determinar la posible eficacia diferencial de los distintos tratamientos existentes para la fibromialgia y que permitieran realizar comparaciones entre ellos. No obstante, la tendencia que se observa es a una mayor movilización de estrategias de afrontamiento al dolor en todos los grupos, concretamente, en aquellos que recibieron tratamiento farmacológico combinado con técnicas de biofeedback o psicoeducativas, los pacientes mostraron un aumento en la utilización de estrategias activas y una disminución de las pasivas, lo que podría interpretarse como una mayor adquisición de herramientas para enfrentarse al dolor que posiblemente se relacionaría con cambios en la percepción del mismo y de la calidad de vida de los pacientes a más largo plazo.

Referencias.

1. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira E et al. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med. J.* 2004; 122(6): 252-258.
2. Horne JA, Shackell BS. Alpha-like EEG activity in non-REM sleep and the fibromyalgia (fibrositis) syndrome. *Electroenceph Clin Neurophysiol* 1991; 79; 271-276.
3. Bengtsson A, Henriksson KG. The muscle in fibromyalgia – a review of Swedish Studies. *J Rheumatol* 1989; 16 (Supl 19): 144-149.
4. Goldenberg DL. Psychiatric and psychologic aspectd of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin NA* 1989; 15:105-114.
5. Rusell IJ. Neurohormonal aspects of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin NA* 1989; 15: 149-168.
6. Rusell IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Alboukrek D, Michalek je, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 1593-601.
7. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Rusell J, Herbert. The prevalence and characteristics of Fibromyalgia syndrome in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38:19-28
8. White KP, Speechley M, Marti M, Ostbye T.The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol* 1999; 26:1570-6.
9. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a nacional survey. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 1040-5.
10. Monsalve V. Importancia de la valoración psicológica en el tratamiento del síndrome del dolor miofascial y fibromialgia. Simposio internacional de Tratamiento del dolor. Valencia 2004.
11. De Andrés J, Monsalve V. Diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia. En: Diagnóstico y tratamiento en Patología Reumática. 2001; 159-177.
12. Gelman SM, Lera S, Caballero F, López MJ. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev Esp Reumatol* 2002; vol. 29,7:323-329.
13. Collado A, Torres A, Arias A, Cerdá D, Vilarrasa R, Valdés M, et al. Descripción de la eficacia del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:401-5.
14. Bennett RM. Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22:351-66.
15. Rossy L A, Buckelew S P, Dorr N et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Rehav Med* 1999 vol 21 (2): 180-191.
16. Forseth K KO, Gran JT. Management of fibromyalgia: what are the best treatment choices? *Drugs* 2002; 62(4):577-92.
17. Myles PS, Troedel S, Boquest M, Reeves M. The pain visual analog scale: is it linear or not linear?. *Anesth Analg.* 1999; 89 (6): 1517-1520.
18. Revill SI, Robinson JO, Roses et al, The reability of a linear analogue for evaluating. *Anesthesia.* 1976; 31: 1191.
19. Huskisson EC. Visual Analogue Scales. En R. Melzack (Ed.): *Pain Measurement and Assessment.* Raven Press, New York. 1983, pp: 33-37.

20. Carlsson, A.M.: Assessment of Chronic Pain I. Aspects of the Reliability and Validity of the Visual Analog Scale. *Pain*. 16:87, 1983.
21. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30(6): 473-483.
22. McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 31:247-263.
23. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality. Scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994; 32(1):40-66.
24. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, et al. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*. 1992; 1: 349-51.
25. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplège A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The International Quality of Life Assessment Project approach. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51(11):913-923.
26. Alonso J; Regidor E; Barrio G; Prieto L; Rodríguez C y de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clín* 1998; 111:410-416.
27. Conde M, Pinto-Neto AM, Cabello C, Santos-Sa D, Costa-Pavia L, Martinez EZ. Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 45-65 years: associated factors. *Breast J*. 2005; 11(6): 425-432.
28. Jastrzebski D, Kozielski J, Banas A, Cebula T, Gumola A, Ziora D, Krzywiecki A. Quality of life during one-year observation of patients with idiopathic pulmonary fibrosis awaiting lung transplantation. *J Physiol Pharmacol*. 2005; 56 (Suppl 4.): 99-105.
29. Jensen MP, Abresch RT, Carter GT, McDonald CM. Chronic Pain in persons with neuromuscular disease. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005; 86(6): 1155-63.
30. Laursen BS, Bajaj P, Olesen AS, Delmar C, Arendt-Nielsen L. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain. 2005; 9(3): 267-275.
31. Soriano JF y Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor*. 2004; 11(7): 407-414.
32. Soriano J Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002, 9 (1): 13-22.