



EFFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO

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

Consortio Hospital General Universitario de Valencia (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).

1. Profesor titular. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
2. Psicólogo Clínico. Unidad Multidisciplinar del Dolor. Unidad Funcional de Psicología Clínica y de la Salud. Consortio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV). Profesor Universidad Católica de Valencia.
3. Psicóloga. Becaria investigación FUNDOLOR.
4. Médico Adjunto. Unidad Multidisciplinar del Dolor. SARTD. CHGUV.
5. Anestesiólogo. Unidad Multidisciplinar del Dolor. SARTD. CHGUV.
6. Anestesiólogo. Unidad Multidisciplinar del Dolor. SARTD. CHGUV.
7. Médico Adjunto. 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.

pgomez212f@cv.gva.es

RESUMEN:

OBJETIVOS: Valorar el efecto de distintos tipos de tratamiento en pacientes diagnosticados con fibromialgia 2 meses después de su inicio.

MATERIAL Y MÉTODO: Se evaluó una serie consecutiva de 48 pacientes diagnosticados de fibromialgia que acudieron a la Unidad Multidisciplinar del Dolor del CHGUV. Previa visita médica, fueron asignados aleatoriamente a uno de los siguientes grupos de intervención:

1. Antiepilépticos,
2. Antidepresivos,
3. Antiepilépticos+biofeedback,
4. Antidepresivos+biofeedback,
5. Antiepilépticos+psicoeducación,
6. Antidepresivos+psicoeducación.

Tras aceptar participar en el estudio, se recogieron sus datos sociodemográficos y completaron el test Lattinen (1), SF-36 (2), CAD-R (3), y variables de valoración. Los pacientes fueron reevaluados 2 meses después de iniciar el tratamiento correspondiente.

RESULTADOS: La edad de la muestra fue 51 años (DT=11,59), siendo la mayoría mujeres (95,7%), que vivían acompañadas (91,3%), con un nivel cultural medio (53,3%). La prueba U de Mann-Whitney mostró que 2 meses después de iniciar el tratamiento los paciente de todos los grupos de intervención mejoraron en cuanto a intensidad del dolor (Latineen 1. Sig.=.026), diversas escalas

EFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO

del SF 36 (Rol Físico: Sig.=.015; Vitalidad: Sig.=.001; Rol Emocional: Sig=.014; Salud Mental: Sig.=.027), y del CAD-R (Autocontrol Mental: Sig.=.014; Estrategias de afrontamiento activo: Sig.=.009). Esta prueba también mostró que a los 2 meses, los pacientes del grupo 2 mejoraron en cuanto a Salud Mental (Sig.=.028) y Autocontrol Mental (Sig.=.042), los del grupo 3 valoraron más que el tratamiento les quitaba el dolor (Sig.=.034) y tenían menos miedo de que el dolor no tuviera solución (Sig.=.039), los del grupo 5 emplearon más la Distracción (Sig.=.042) y los del grupo 6 emplearon más el Autocontrol Mental (Sig.=.042).

CONCLUSIONES: De un modo general, los resultados indican que los tratamientos empleados se mostraron efectivos a los 2 meses fundamentalmente en relación a la calidad de vida de los pacientes. No obstante, es necesario realizar estudios con una muestra más amplia y a más largo plazo que permitan analizar la eficacia diferencial de los distintos tipos de intervención planteados.

INTRODUCCIÓN

Tanto la etiología como la fisiopatología de la fibromialgia continúan siendo desconocidas en la actualidad, hallándose implicados, no obstante, multitud de factores tales como trastornos del sueño (1), alteraciones musculares (2), psiquiátricas (3), inmunológicas, causas endocrinológicas y disfunciones neurohormonales (4-5).

Lo que los pacientes diagnosticados con esta enfermedad refieren habitualmente es la presencia de un dolor musculoesquelético crónico y difuso, y un bajo umbral para el dolor en unos puntos anatómicos específicos denominados puntos gatillo (6), lo cual se ha descrito como un síndrome reumático que suele ir acompañado además de otros síntomas, como la fatiga, las alteraciones del sueño, la depresión, la ansiedad, y la rigidez matutina, entre otros, que también pueden producir interferencias en la actividad diaria de los sujetos afectando de este modo su calidad de vida (7).

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 (8-10). En la población española según el estudio EPISER (11) se estima una prevalencia del 2,73% de la población, con un 4,2% para sexo femenino y 0,2% para el masculino, considerándose la causa más frecuente de dolor musculoesquelético crónico difuso.

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 (12). 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 (13-18).

El **objetivo** de este trabajo se centra en valorar el efecto de distintos tipos de tratamiento en pacientes diagnosticados de fibromialgia 2 meses después de iniciar el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluó una serie consecutiva de 48 pacientes diagnosticados de fibromialgia que acudieron al servicio de Psicología de la Unidad del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV).

Previo visita médica, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a uno de los siguientes grupos de intervención:

1. Medicación antiepiléptica (8 pacientes).
2. Medicación antidepresiva (8 pacientes).
3. Medicación antiepiléptica + biofeedback (8 pacientes).
4. Medicación antidepresiva + biofeedback (7 pacientes).
5. Medicación antiepiléptica + intervención psicoeducativa (8 pacientes).
6. Medicación antidepresiva + intervención psicoeducativa (9 pacientes).

Una vez que los pacientes aceptaron participar en el estudio y firmaron el correspondiente consentimiento informado, se recogieron sus datos sociodemográficos y completaron los siguientes cuestionarios:

- **Índice de Lattinen:** Es un instrumento de evaluación ampliamente utilizado en el ámbito hospitalario del tratamiento del dolor en relación a la calidad de vida de los pacientes. Está

EFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO

compuesto por seis ítems. Los cinco primeros hacen referencia a diversos aspectos relacionados con la incapacidad que el dolor puede provocar en el enfermo (1.- intensidad del dolor, 2.- autosuficiencia en la actividad, 3.- frecuencia del dolor, 4.- toma de analgésicos y 5.- calidad del sueño). Se responden en una escala de 4 puntos (de 1 a 4) y la suma de las puntuaciones en ellos da lugar a la puntuación total del instrumento. El sexto ítem refleja las horas de sueño. Una puntuación elevada en este instrumento indica una mala calidad de vida (19).

- **Cuestionario de Salud SF-36:** 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) (20). En estudios posteriores se han mostrado sus propiedades psicométricas para distintos grupos de pacientes (21-22) y ha sido adaptado a distintos idiomas (23-24), estando validado para muestra española (25). Está compuesto por 36 ítems, y recoge 8 escalas: 1.- Función Física (interferencia en actividades físicas como autocuidado, caminar, etc.), 2.- Rol Físico (interferencia laboral o actividades diarias), 3.- Dolor Corporal (intensidad del dolor y su efecto en actividades diarias), 4.- Salud General (valoración personal de la salud actual y futura y resistencia a enfermar), 5.- Vitalidad (sentimiento de energía frente al cansancio), 6.- Función Social (interferencia de los problemas de salud en la vida social), 7.- Rol Emocional (interferencia de los problemas emocionales en el trabajo y actividades diarias), 8.- 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 (26-27), así como en el ámbito del dolor crónico (28-29). 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 (versión reducida) (CAD-R):** Es un instrumento de medida de estrategias de afrontamiento para pacientes con dolor crónico. Fue elaborado originalmente por Soriano y Monsalve (2002)(30) y en la versión empleada (CAD-R) está compuesto por 24 ítems que recogen 6 dimensiones: 1.- Distracción (eliminar la atención prestada al dolor), 2.- Búsqueda de información (búsqueda activa de consejo, asesoramiento e información para hacer frente al dolor), 3.- Religión (empleo de la religión para conseguir estabilidad y consuelo), 4.- Catarsis (verbalización del problema y búsqueda de escucha y consuelo de otros), 5.- Autocontrol Mental (esfuerzos mentales para controlar el dolor), y 6.- Autoafirmación (no rendirse ante el dolor dándose ánimos para superarlo). También recoge dos factores de segundo orden que son afrontamiento activo y afrontamiento pasivo. Ha sido validado para muestra española (31).
- **Variables de valoración:** se trata de una serie de afirmaciones a partir de las cuales los pacientes expresan su grado de acuerdo con cada una de ellas en una escala de 1 a 5 puntos. Las frases planteadas a los pacientes fueron las siguientes:
 1. El tratamiento que llevo me quita el dolor.
 2. El dolor depende de mí, de lo que yo haga.
 3. El dolor supera mis recursos y posibilidades.
 4. El dolor limita mi vida.
 5. Puedo anticipar cuándo me va a doler.
 6. Puedo cambiar mi dolor o hacer algo.
 7. Tengo que aceptar mi dolor o acostumbrarme a él.
 8. Se lo que puedo hacer para controlar mi dolor.
 9. El dolor me desborda claramente.
 10. Estoy preocupado por mi dolor.
 11. Creo que mi dolor se solucionará en poco tiempo.
 12. Se que hay medios para poner solución a mi dolor.
 13. Tengo miedo de que mi dolor no tenga solución.
 14. El dolor es superior a mis posibilidades.

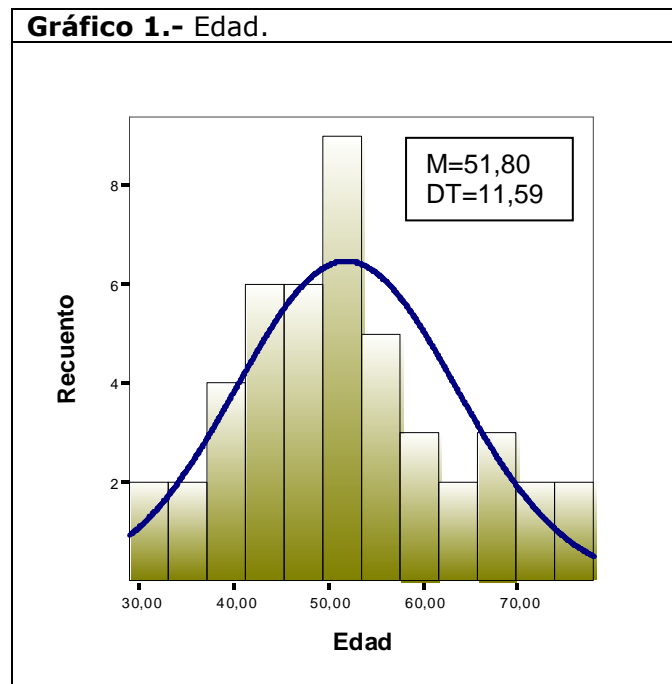
EFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO

15. Vivo mi dolor como un reto, con fuerzas para hacerle frente.

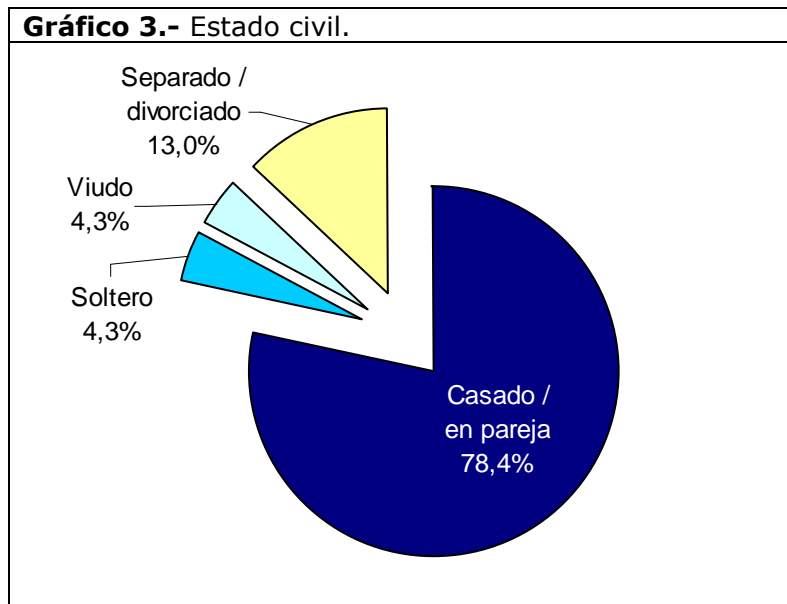
Todos los pacientes fueron reevaluados 2 meses después de iniciar el tratamiento correspondiente al grupo de intervención al que habían sido asignados.

RESULTADOS

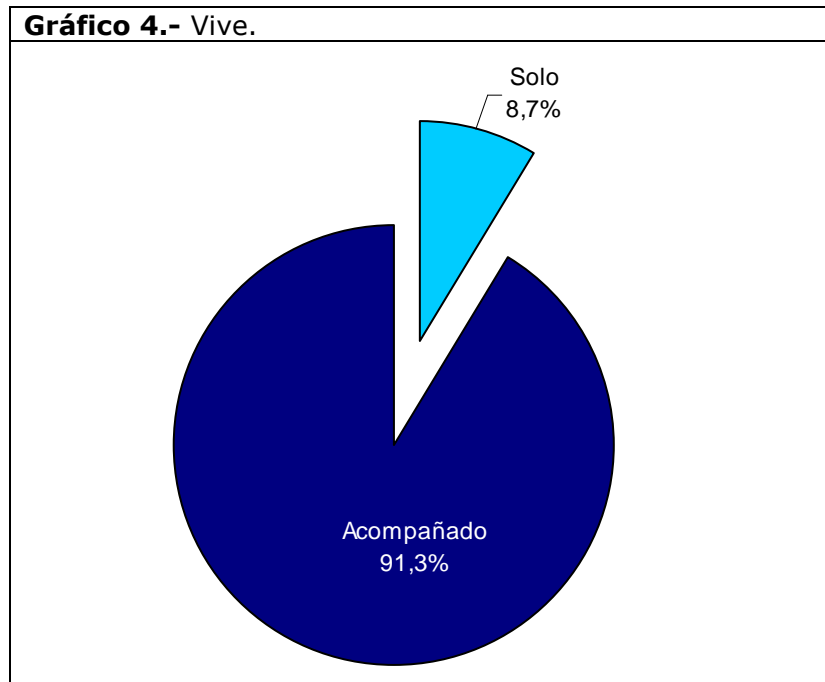
La edad de la muestra se situó en torno a los 51 años (gráfico 1), siendo la gran mayoría mujeres (95,7%) (Gráfico 2), casadas (78,3%) (Gráfico 3), que vivían acompañadas (91,3%) (Gráfico 4):



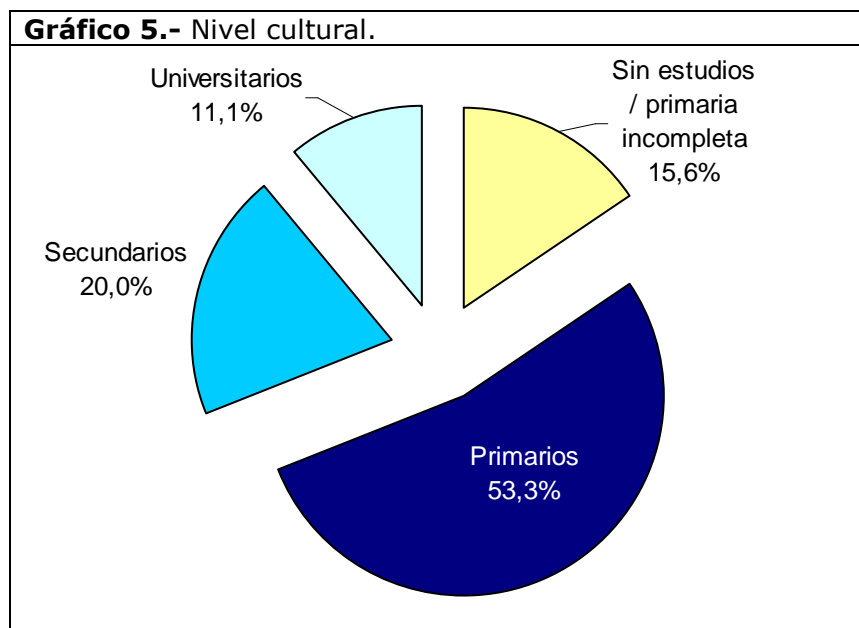
EFFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO



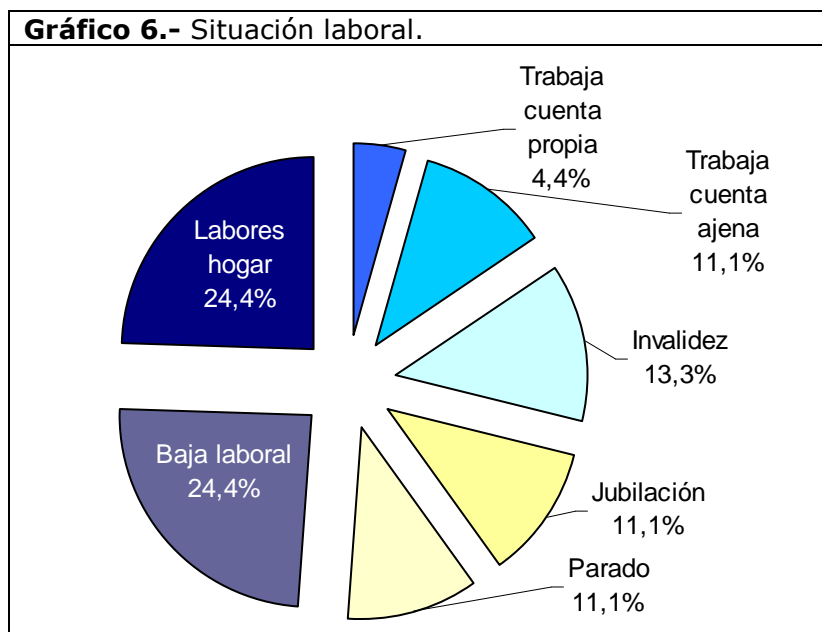
EFFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO



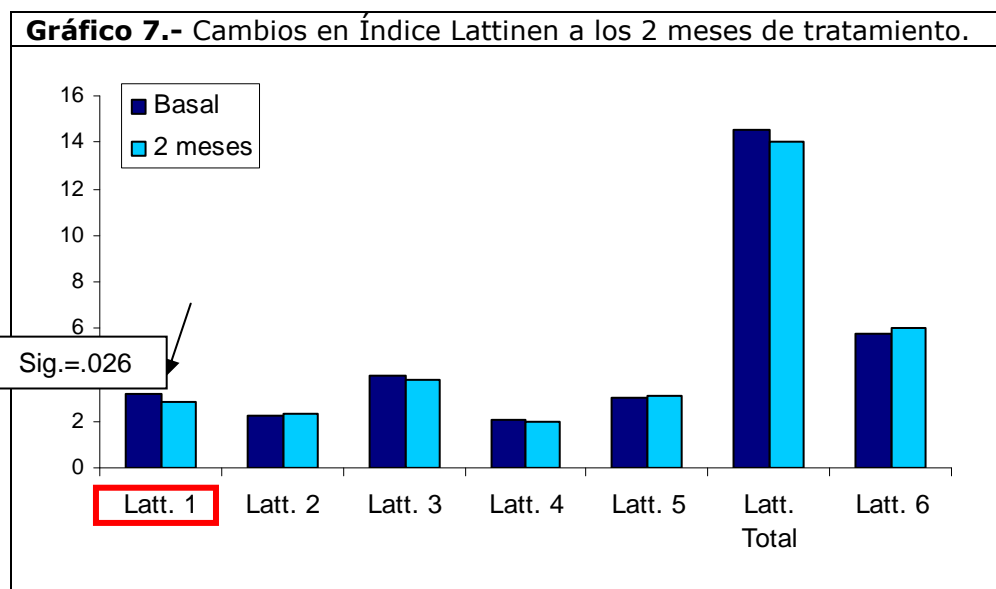
El nivel cultural de la muestra fue medio (Gráfico 5), y el 59,9% se encontraban laboralmente inactivos por diversos motivos (jubilación, invalidez, baja laboral,...) (Gráfico 6):



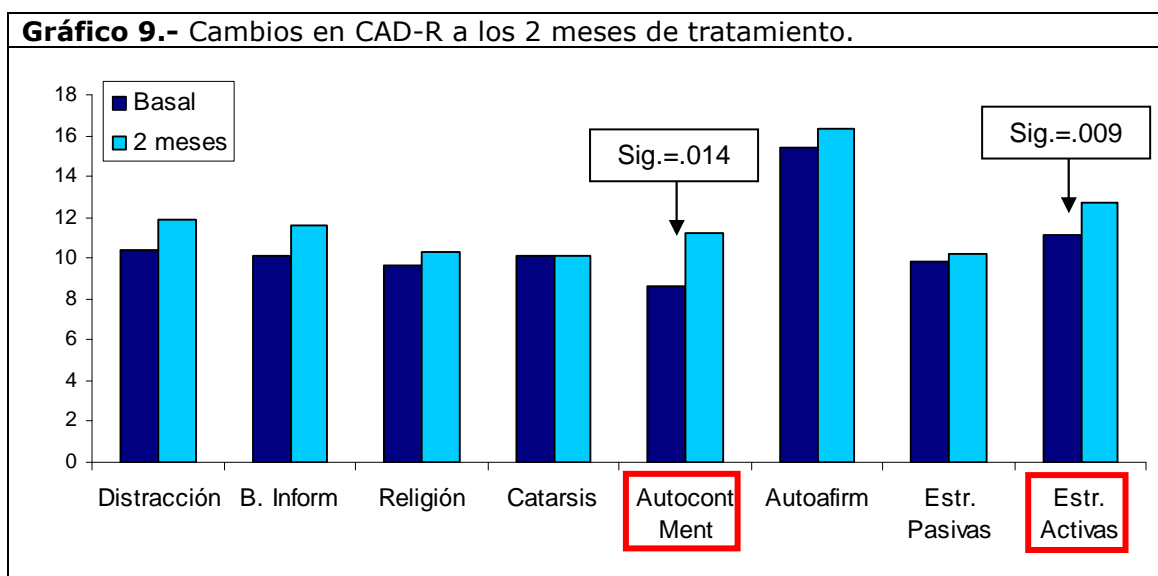
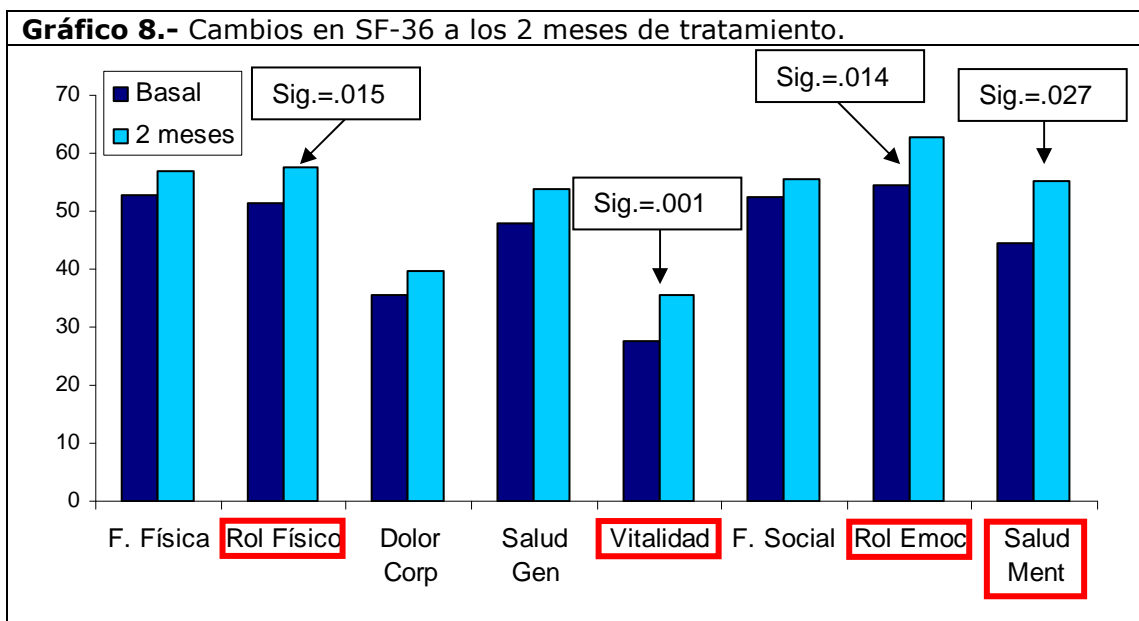
EFFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO



Con el objetivo de comprobar si los tratamientos empleados habían producido algún cambio en las variables evaluadas en los pacientes, se realizó la prueba no paramétrica para comparación de medias U de Mann-Whitney. Esta prueba, mediante la cual se compararon los datos de la evaluación basal con los obtenidos a los 2 meses de iniciar el tratamiento, mostró que los pacientes de todos los grupos de intervención habían mejorado significativamente en cuanto a intensidad del dolor (Lattinen 1) (Gráfico 7), diversas escalas del SF-36 (Rol Físico, Vitalidad, Rol Emocional, Salud Mental) (Gráfico 8), y del CAD-R (Autocontrol Mental, Estrategias de afrontamiento activo) (Gráfico 9).



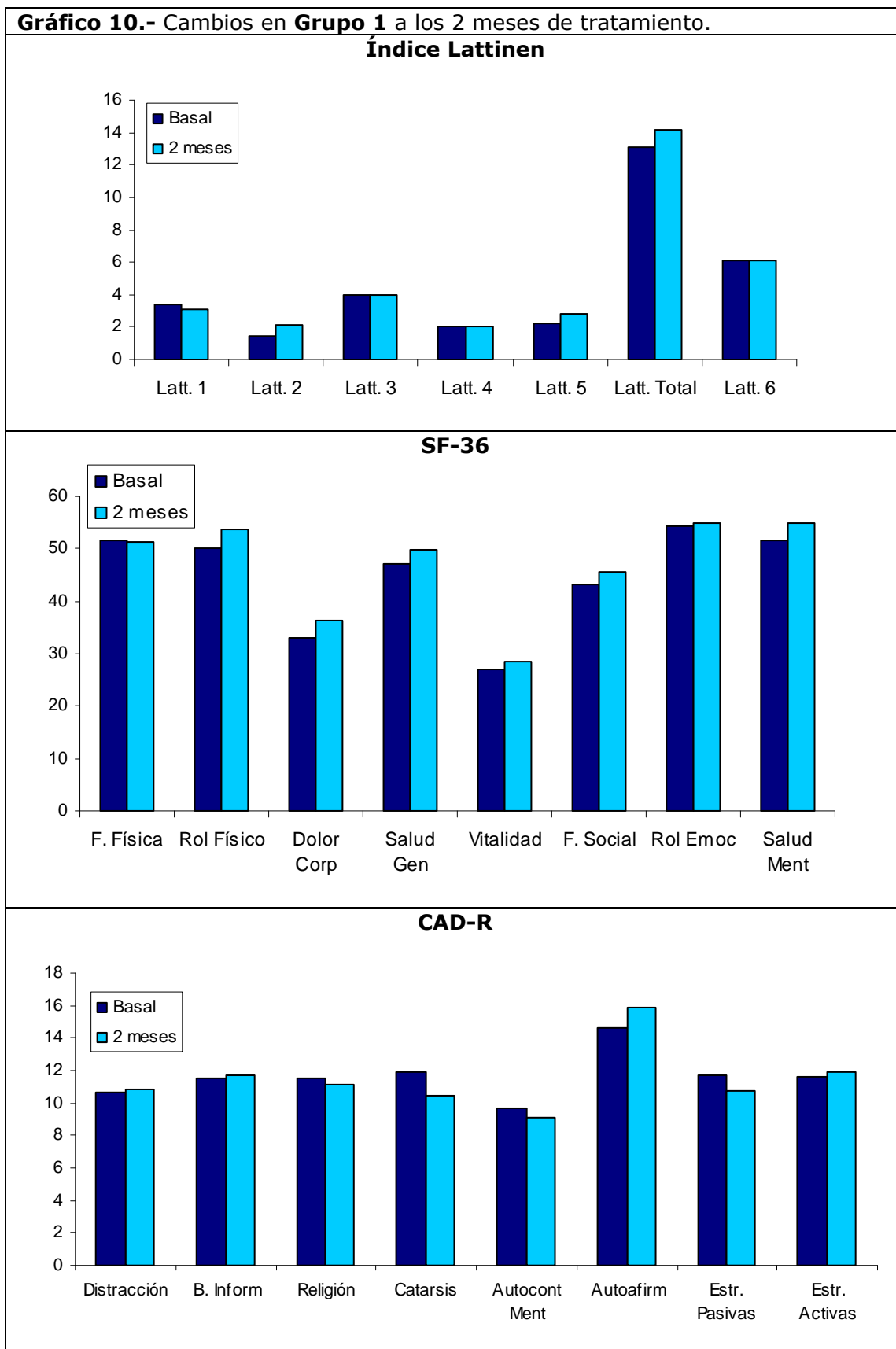
EFFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO



Al realizar esta misma prueba de comparación de medias (U de Mann-Whitney) en cada uno de los distintos grupos de intervención, los análisis mostraron los siguientes resultados:

- En el **Grupo 1** (medicación antiepiléptica), no se observaron cambios significativos a los 2 meses de iniciar el tratamiento (Gráfico 10).

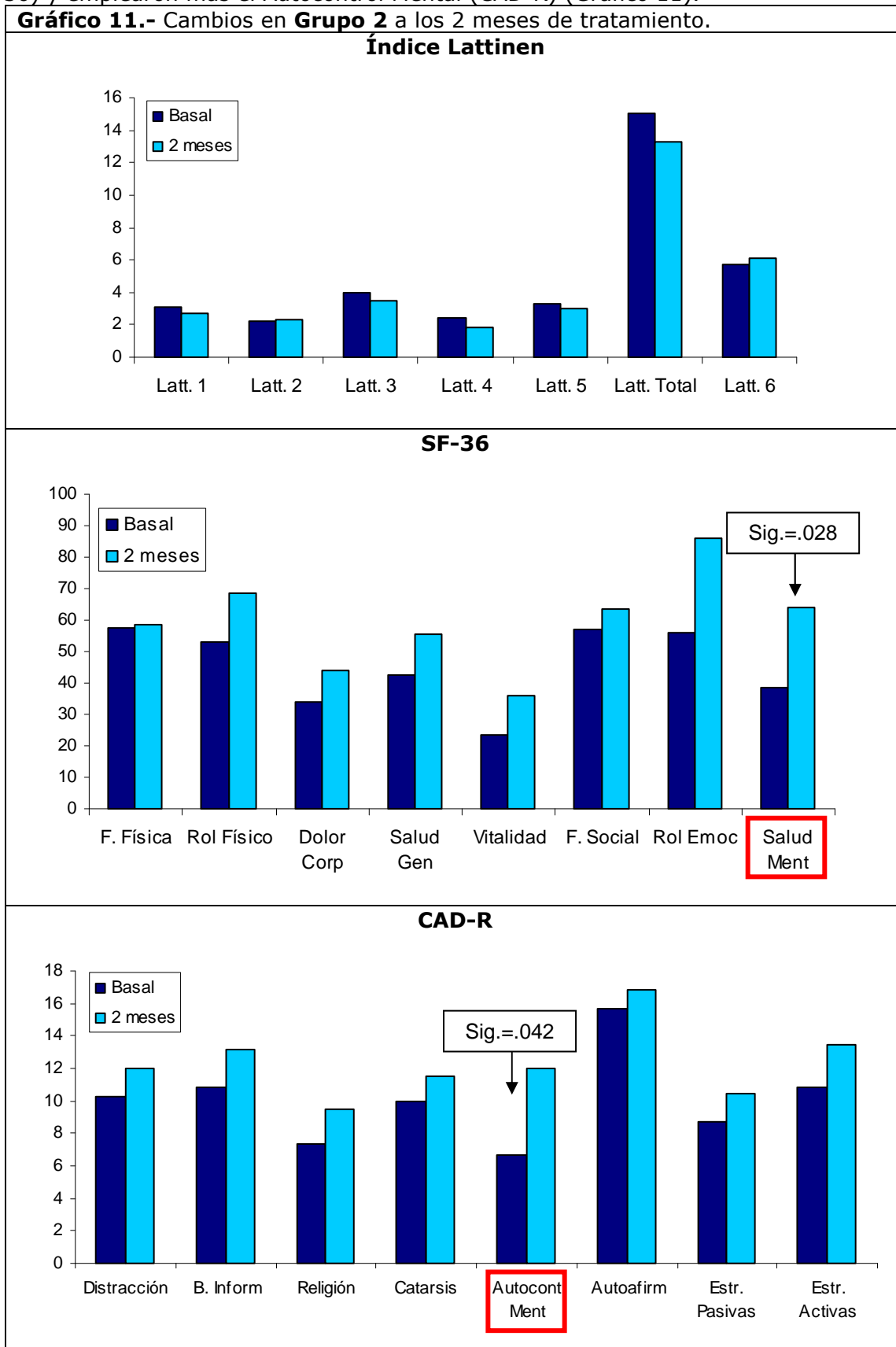
EFFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO



En el **Grupo 2** (medicación antidepresiva), los pacientes mejoraron en cuanto a Salud Mental

EFFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO

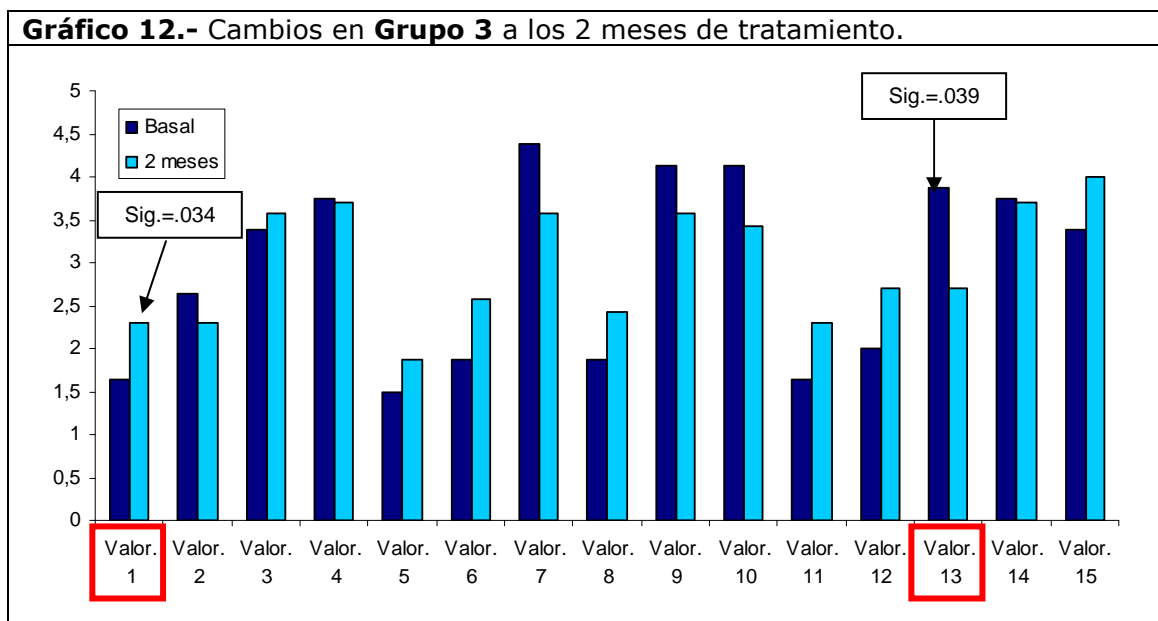
(SF-36) y emplearon más el Autocontrol Mental (CAD-R) (Gráfico 11).



En el **Grupo 3** (medicación antiepiléptica + biofeedback), a los 2 meses, los pacientes valoraron en mayor medida que el tratamiento les quitaba el dolor (Valoración 1) y tenían menos miedo de que el dolor no tuviera solución (Valoración 13), no observándose diferencias en cuanto al resto

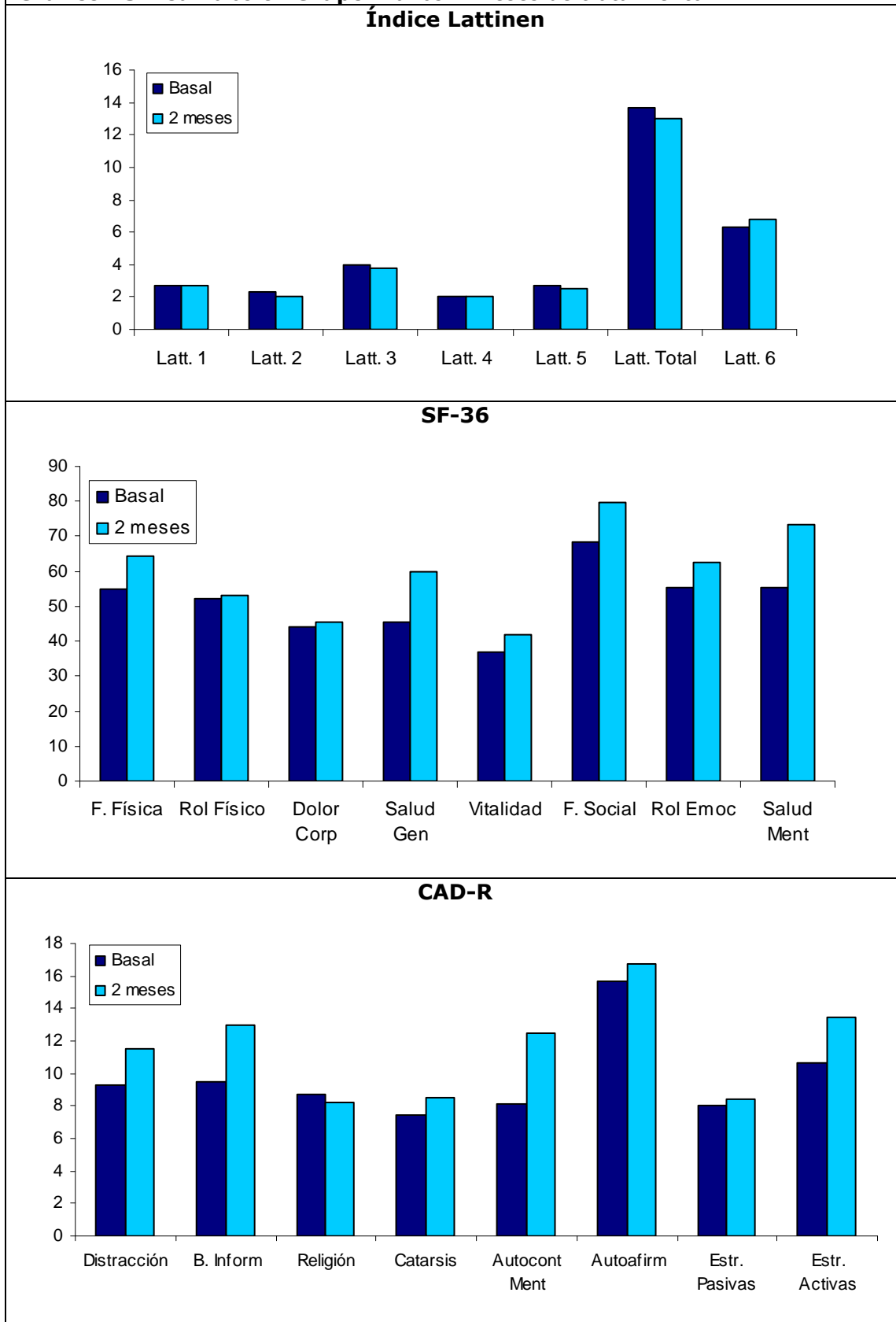
EFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO

de variables (Lattinen, SF-36, CAD-R) (Gráfico 12).



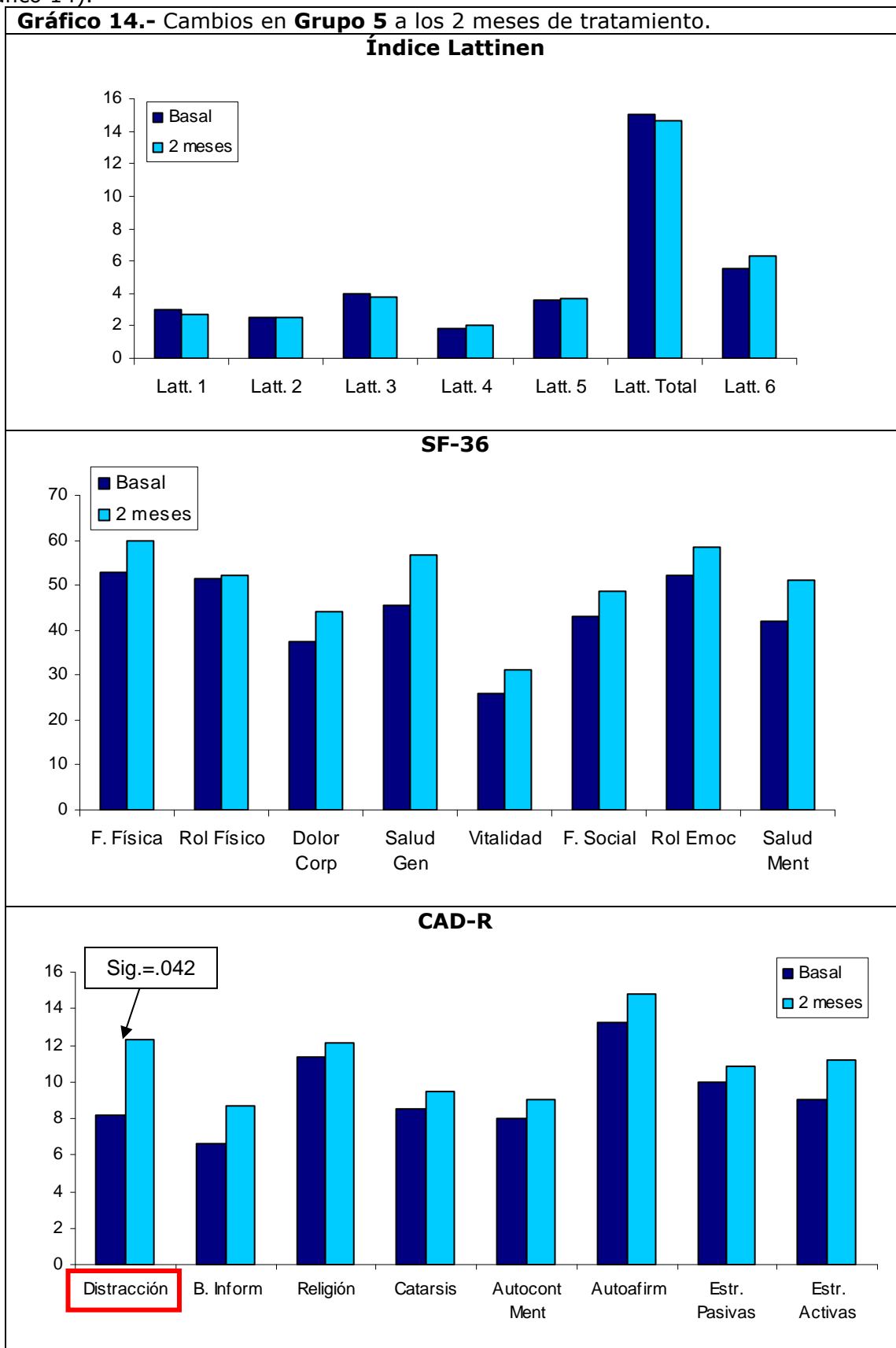
En el **Grupo 4** (medicación antidepresiva + biofeedback), no se observaron cambios significativos a los 2 meses de iniciar el tratamiento (Gráfico 13).

Gráfico 13.- Cambios en **Grupo 4** a los 2 meses de tratamiento.



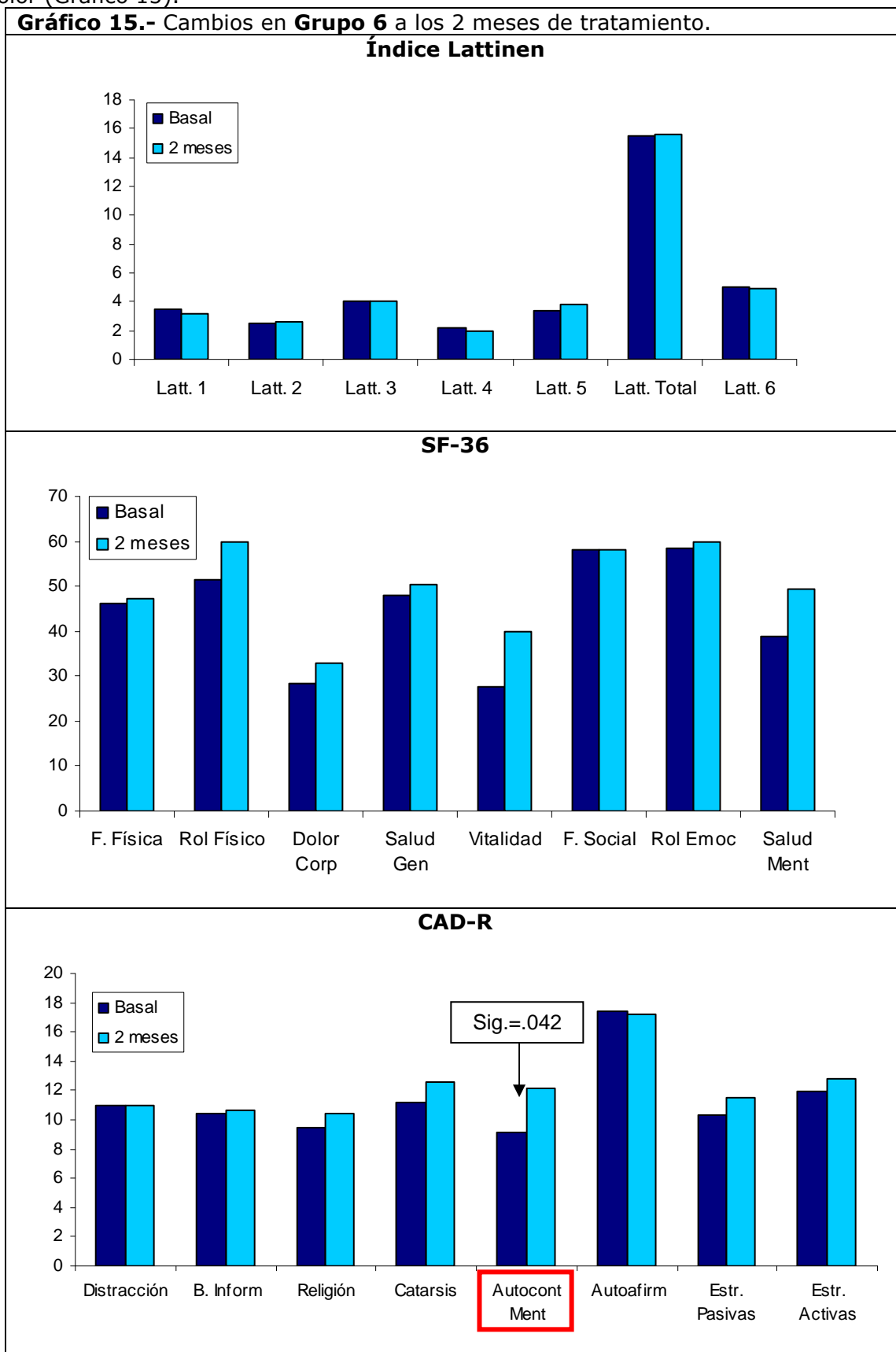
EFFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO

En el **Grupo 5** (medicación antiepiléptica + intervención psicoeducativa), a los 2 meses, los pacientes empleaban en mayor medida la Distracción como estrategia de afrontamiento al dolor (Gráfico 14).



EFFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO

En el **Grupo 6** (medicación antidepresiva + intervención psicoeducativa), a los 2 meses, los pacientes empleaban en mayor medida el Autocontrol Mental como estrategia de afrontamiento al dolor (Gráfico 15).



EFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO

CONCLUSIONES.

De un modo general, los resultados indican que los tratamientos empleados se mostraron efectivos a los 2 meses, produciendo una mejoría fundamentalmente en relación a la calidad de vida de los pacientes.

No obstante, es necesario realizar estudios con una muestra más amplia y a más largo plazo que permitan analizar la eficacia diferencial de los distintos tipos de intervención planteados.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Horne JA, Shackell BS. Alpha-like EEG activity in non-REM sleep and the fibromyalgia (fibrositis) syndrome. *Electroenceph Clin Neurophysiol* 1991; 79: 271-276.
2. Bengtsson A, Henriksson KG. The muscle in fibromyalgia – a review of Swedish Studies. *J Rheumatol* 1989; 16 (Supl 19): 144-149.
3. Goldenberg DI. Psychiatric and psychologic aspectd of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin NA* 1989; 15:105-114.
4. Rusell IJ. Neurohormonal aspects of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin NA* 1989; 15: 149-168.
5. 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.
6. 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.
7. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11(6): 353-359.
8. 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
9. 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.
10. 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.
11. Valverde M. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER (resumen). *Rev Esp Reumatol* 2000; 27:157.
12. 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.
13. De Andrés J, Monsalve V. Diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia. En: Diagnóstico y tratamiento en Patología Reumática. 2001; 159-177.
14. 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.
15. 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.
16. Bennett RM. Multidisciplinaty group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22:351-66.
17. 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.
18. Forseth K KO, Gran JT. Management of fibromyalgia: what are the best treatment choices? *Drugs* 2002; 62(4):577-92.
19. Monsalve V, Soriano J, De Andrés J. Utilidad del Índice Latineen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida. *Rev Soc Esp Dolor*, 2006; 4:216-229.
20. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-483.
21. 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.

EFFECTO DE DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA 2 MESES DESPUÉS DE INICIARLO

- Med Care 1993; 31:247-263.
22. 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.
 23. 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.
 24. 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.
 25. 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.
 26. 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.
 27. 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.
 28. Jensen MP, Abresch RT, Carter GT, McDonald CM. Chronic Pain in persons with neuromuscular disease. *Arch Phys Med Rehabil*, 2005; 86(6): 1155-63.
 29. 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.
 30. Soriano J Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev Soc Esp Dolor*, 2002, 9 (1): 13-22.
 31. Soriano J, Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor*, 2004, 11(7): 407-414.