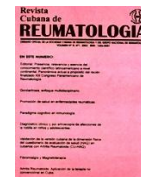


Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XVII, Número 2, Suplemento 1; 2015 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO DOCENTE PEDAGÓGICO

Guía para la rehabilitación de la fibromialgia

Guide for the rehabilitation of the fibromyalgia

Javier Porro Novo ^I, Adonis Estévez Pereira ^{II}, Annia Rodríguez García ^{III}, Ricardo Suárez Martín ^{VI},
Bianka González Méndez ^{II}

^I MSc, Especialista de 2do Grado en Medicina física y Rehabilitación.

^{II} MSc, Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y 2do Grado en Medicina Física y Rehabilitación.

^{III} MSc, Licenciada en Tecnología de la Salud.

^{VI} MSc, Especialista de 1er Grado en Medicina Interna y 2do Grado en Reumatología.

Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Centro de Reumatología. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La Fibromialgia es una enfermedad crónica y de difícil tratamiento. El objetivo de este artículo es describir el tratamiento rehabilitador que se realizó de acuerdo al programa confeccionado para tratar al paciente con fibromialgia en el Centro de Reumatología evaluados por los especialistas de Medicina Física y Rehabilitación de forma individual para cada paciente aplicándolo de acuerdo a los síntomas, las limitaciones y alteraciones de la capacidad funcional de los mismos, teniendo en cuenta los tipos de ejercicios, intensidad, tiempo de duración y su aplicación controlada por un fisioterapeuta entrenado a los efectos combinado con fangoterapia. Con el objetivo de disminuir los síntomas, la incapacidad laboral y mejorar la calidad de vida del paciente con fibromialgia. Al mismo tiempo se realizó una revisión bibliográfica de los tratamientos no farmacológicos más efectivos en la actualidad para mejorar la calidad de vida del paciente con fibromialgia.

Palabras clave: fibromialgia, rehabilitación.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a chronic disease of difficult treatment. The aim of this article is to describe the rehabilitation treatment that was performed according to the program concocted to treat the patient with fibromyalgia at the Rheumatology Center. The treatment was evaluated individually for each patient by specialists in Physical Medicine and Rehabilitation, applying it according to symptoms, limitations and alterations of the functional capacity of the patients, considering the types of exercises, intensity and duration. The application was controlled by a physiotherapist trained to combine the effects with mud therapy. With the aim of reducing symptoms, disability and improve the quality of life of patients with fibromyalgia. At the same time a literature review of non-pharmacological more effective treatments currently being conducted to improve the quality of life of patients with fibromyalgia.

Keywords: fibromyalgia, rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una de las enfermedades que con más frecuencia produce dolor crónico en la población. Se caracteriza por un estado doloroso crónico, generalizado, que los pacientes localizan, sobre todo, en el aparato locomotor, y que presenta una exagerada hipersensibilidad en múltiples puntos predefinido (*tender points*), sin alteraciones orgánicas demostrables. Típicamente se relaciona con una gran variedad de síntomas, entre los que se destacan la fatiga persistente, el sueño no reparador, la rigidez generalizada, los síntomas ansioso-depresivos, cefaleas, problemas en la menstruación, dolor temperomandibular, síndrome del intestino irritable, parestesias.^{1,2}

La FM fue reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992, y tipificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIETIO) con el código M79.0.

No obstante, dada la ausencia de afección orgánica específica demostrable, la carencia de una prueba diagnóstica confirmatoria objetiva, la frecuente relación con problemas psicopatológicos y el gran impacto en los recursos sanitarios, la FM suele generar con facilidad situaciones clínicas conflictivas y discusiones científicas polémicas.

La gran heterogeneidad en la expresión clínica de la FM, junto con la falta de instrumentos estandarizados para ordenar y clasificar los distintos síntomas y presentaciones clínicas, contribuye aún más al desasosiego y, en ocasiones, la impotencia que surge al atender a los pacientes. También ha sido reconocido en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).²⁻⁵

La frecuencia de esta enfermedad se sitúa en torno al 2-3 % de la población general (Wolfe et al. 1990), por lo que en España se estima que el número de afectados se sitúa entre 800 000 y 1 200 000 individuos. (1 al 3 %) de la población

mayor de 18 años; En Brasil alrededor del 8 % de la población adulta y en EEUU del 3 al 6 %.

La enfermedad es predominante en el sexo femenino, con una relación mujer – hombre 10:1. La edad de presentación más frecuente se encuentra entre los 30 y 50 años, aunque hay casos descritos en todas las edades, desde niños hasta ancianos.⁶⁻⁸

El tratamiento de la FM es sintomático, ya que no se conoce la etiología. Los tratamientos van encaminados básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, a mejorar el sueño y los niveles de actividad, la adaptación y calidad de vida de los pacientes, así como a mantener la funcionalidad e incrementar la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico. La combinación de educación y ejercicios parece especialmente eficaz.⁷ La información/educación debe ser un componente esencial y prioritario del tratamiento de la FM.

Se han publicado numerosas revisiones que analizan la eficacia de los tratamientos no farmacológicos.⁷ Todas coinciden en que los programas de ejercicios son la intervención no farmacológica más y mejor estudiada.^{4,5,7,9}

DESARROLLO

El diagnóstico de la FM es clínico, por la falta de una prueba objetiva y no se apoya, por tanto, en ninguna prueba analítica, de imagen o anatomopatológica específica.

El síntoma clave es el dolor generalizado, que se agrava con el estrés físico y mental, dormir mal, inactividad o exceso de actividad, el frío y el tiempo húmedo.

Tiene gran importancia una anamnesis detallada, que permita una valoración integral del dolor, la funcionalidad y el contexto psicosocial. Es conveniente realizar una anamnesis de los factores psicológicos y psiquiátricos: Antecedentes personales y familiares de trastorno mental; sintomatología

psicopatológica actual; nivel de apoyo social, incluyendo las relaciones familiares y la repercusión y/o condiciones en la esfera sociolaboral.^{1,10,11}

La exploración física detallada y exhaustiva es esencial, tanto para confirmar la FM como para descartar otras enfermedades, en especial del sistema osteoarticular y neurológico.

Los criterios diagnósticos para la fibromialgia según "The American College of Rheumatology" (1990), se basan fundamentalmente en dos situaciones:

Dolor generalizado o difuso

Dolor localizado a la presión en 11 de 18 sitios especificados.

Occipital: bilateral, en el sitio de inserción muscular suboccipital.

Cervical bajo: bilateral, en la cara anterior de los espacios C₅ - C₇.

Trapezio: bilateral, a la mitad de su borde superior.

Supraespinoso: bilateral, arriba de la espina del omóplato, hacia su borde interno.

Segunda costilla: bilateral, en la segunda articulación condrocostal.

Epicóndilo externo: bilateral, 2 cm distal de los epicóndilos.

Glúteo: bilateral: en los cuadrantes superior - externos de los glúteos.

Trocánter mayor: bilateral, atrás en la prominencia trocantérica.

Rodilla: bilateral, en el cojín adiposo interno proximal a la línea articular.

La presencia de dolor generalizado junto con el dolor moderado o intenso a la presión en, al menos, 11 de los 18 puntos valorados, presenta una sensibilidad diagnóstica del 88,4 % y una especificidad del 81,1 %.¹²⁻¹³

Enfermedades más frecuentes que pueden compartir manifestaciones clínicas con la FM

- Lupus eritematoso sistémico
- Miopatía (metabólica o inflamatoria)
- Artritis reumatoide

- Espondiloartropatías
- Trastorno depresivo mayor
- Esclerosis múltiple
- Hipotiroidismo
- Afectaciones musculares por fármacos
- Neuropatías periféricas
- Alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas del raquis

El tratamiento de la FM es sintomático, ya que no se conoce la etiología. Los tratamientos van encaminados básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, a mejorar el sueño y los niveles de actividad, la adaptación y calidad de vida de los pacientes, así como a mantener la funcionalidad e incrementar la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico.

La información sobre el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas terapéuticas es especialmente relevante en las enfermedades crónicas. Los pacientes bien informados estarán mejor preparados para afrontar su enfermedad, clínica y emocionalmente, y minimizar sus consecuencias

En la mayor parte de los ensayos clínicos la información/educación se asocia con otras intervenciones o forma parte de los tratamientos multidisciplinarios. La combinación de educación y ejercicios parece especialmente eficaz.^{15,16}

Los pacientes con fibromialgia deben ser tratados por un equipo multidisciplinario.: Atención primaria (MGI), Reumatólogo, Fisiatra, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, especialistas interconsultantes.

Objetivos del tratamiento rehabilitador

Los objetivos del tratamiento rehabilitador deben ir encaminados a un fin común: mejorar la calidad de vida del paciente. Estos objetivos se basan en:

- Eliminar o aliviar el dolor
- Evitar o disminuir la contracción muscular.
- Tratar de disminuir el número de puntos dolorosos a la presión.
- Aumentar o mantener la fuerza muscular o tónus.
- Orientar y aprender posturas correctas.

- Compensación psicológica o soporte emocional al paciente y su familia.
- Orientar y aprender el programa terapéutico individual del paciente.
- Lograr autodisciplina por parte del paciente.
- Reincorporación laboral activa del enfermo.

Existen diferentes cuestionarios que evalúan la percepción del estado de salud o de la calidad de vida. Algunos se han desarrollado para cualquier tipo de problema de salud y otros son específicos de la patología. En nuestro contexto, el “*Fibromyalgia Impact Questionnaire*” FIQ es el instrumento específico más utilizado para evaluar el impacto de la FM en la calidad de vida.

Síntomas

Se evalúa fundamentalmente la intensidad del dolor y mayoritariamente se usan escalas visuales análogas (EVA) o escalas numéricas; en ambas el rango más frecuente es el de 0 (ningún dolor) a 10 (el mayor dolor que pueda imaginar). Para la evaluación de la fatiga y los problemas del sueño también se utilizan el mismo tipo de escalas.

Impacto físico: La mayoría de los instrumentos disponibles lo suelen evaluar en términos de percepción de impacto en la capacidad para realizar una serie de actividades (capacidad funcional percibida). Además de poder utilizar la escala de función física del FIQ y del SF-36, están recomendados el “*Health Assessment Questionnaire*” (HAQ: adaptación española y su adaptación a la FM (FHAQ)).^{17,18}

Estrategias terapéuticas

El tratamiento de la FM descansa en cinco pilares fundamentales

- Medidas u orientaciones generales.
- Información y educación del paciente
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento psicoterapéutico
- Tratamiento rehabilitador y físico.

Medidas u orientaciones generales^{19,20,21}

En nuestra experiencia, hemos observado que al explicar una serie de orientaciones y medidas básicas a los pacientes en nuestra consulta y expresarles el deseo de ayudarlos, logran mejoría parcial, de ahí la importancia de incorporar en el enfermo algunos hábitos y que este tenga en cuenta algunas

precauciones con el fin de aliviar su sintomatología en general:

Reposo o descanso cuando sea necesario en posiciones cómodas y funcional

Descanso nocturno en cama dura pero cómoda no menos de 8 horas.

Dormir en decúbito supino con almohada muy baja o sin esta, si adopta el decúbito lateral una almohada que mantenga alineada la cabeza con el eje axial del cuerpo.

Postura correcta al incorporarse de la posición acostado a sentado y viceversa.

No realizar largas caminatas, menos aún con peso.

No realizar esfuerzos físicos intensos ni bruscamente.

Posición correcta en la estancia de sentado y de pie.

Evitar el uso de cargas en la espalda y en el tórax anterior.

Orientar sobre la forma correcta de elevar y llevar pesos.

Correcto régimen higiénico – dietético y regular su peso: Preferible alimentos que contienen Triptófano: Leche, plátanos, carne rojas, frutos secos. Limitar ingesta de líquidos por la noche, evitar café ,té, chocolate y nicotina

Disciplina para asistir a las áreas terapéuticas o realizar el tratamiento en el hogar.

Correcto conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y su familia.

Corregir defectos podálicos

Información y educación del paciente^{2,19}

La información sobre el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas terapéuticas es especialmente relevante en las enfermedades crónicas. Los pacientes bien informados estarán mejor preparados para afrontar su enfermedad, clínica y emocionalmente, y minimizar sus consecuencias.

En la mayor parte de los ensayos clínicos la información/educación se asocia con otras intervenciones o forma parte de tratamientos multidisciplinarios. La combinación de educación y ejercicios parece especialmente eficaz.

El paciente debe ser informado desde el principio sobre las características de la FM, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y potenciando su colaboración con las terapias mediante la confianza en una

probable mejoría. Es aconsejable en muchos casos incluir al afectado, a la familia y especialmente a la pareja.

Tratamiento farmacológico^{15,17, 22-26}

No hay ningún fármaco aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ni por la Agencia Europea de Medicamentos con indicación específica para FM. Sólo unos pocos fármacos han demostrado eficacia de forma consistente en ECCA en algunos de los síntomas de la FM.

Se describen las principales alternativas

Antidepresivos: La amitriptilina reduce el dolor, la fatiga, mejora el sueño y produce una sensación global de mejoría desde la perspectiva del médico y del propio paciente, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM.

La duloxetina reduce el dolor, mejora el sueño, el estado de ánimo, la calidad de vida y la capacidad funcional, por lo que se recomienda para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM.

Ciclobenzaprina: Aunque la ciclobenzaprina se suele clasificar como un relajante muscular, su estructura química es muy similar a la del antidepresivo tricíclico (amitriptilina). Reduce el dolor a corto plazo y mejora el sueño, por lo tanto, puede recomendarse para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM.

Pregabalina: Se evidenció su eficacia en la reducción del dolor y en la mejoría del sueño y la calidad de vida. Se observó, además, una disminución en la ansiedad y la fatiga pero la magnitud del efecto era pequeña.

También la combinación de tramadol + paracetamol produce una reducción en la severidad del dolor y mejoría en la calidad de vida, sin embargo produce náusea, mareos, constipación y dependencia.

No se recomiendan los esteroides para el tratamiento de los síntomas de la FM ya que ningún estudio avala su eficacia en este trastorno y, además, en tratamientos continuados la aparición de efectos secundarios es frecuente

No hay evidencia de que los AINE (naproxeno e ibuprofeno) sean efectivos cuando se administran solos en pacientes con FM, aunque pueden ser útiles como adyuvantes analgésicos cuando se combinan con antidepresivos tricíclicos, ciclobenzaprina o benzodiazepinas.

Algunos autores creen que sólo deberían utilizarse cuando se sospecha la existencia de posibles generadores de dolor periférico incluyendo artrosis y dolor de partes blandas.

Tratamiento psicoterapéutico^{2, 27-30}

La Terapia cognitivo-conductual (TCC) utilizada de forma aislada o en combinación con otros tratamientos tiene una gran eficacia. En la mayor parte de los estudios la TCC mejoraba varios parámetros de resultado, principalmente el comportamiento relacionado con el dolor, la autoeficacia, las estrategias de afrontamiento y la función física global.

En otro reciente metaanálisis sobre la eficacia a corto y largo plazo de diferentes tratamientos psicológicos en FM se muestra que su aplicación disminuye significativamente la percepción del dolor, los problemas de sueño, la depresión y el catastrofismo, además de mejorar el estado funcional.

La TCC es un abordaje terapéutico que incluye una amplia variedad de técnicas que se han mostrado eficaces para trabajar con respuestas fisiológicas, cognitivas, emocionales y comportamentales pudiendo dar lugar, por tanto, a diferentes combinaciones de tratamiento.

La TCC también es eficaz como complemento de otras intervenciones. Una revisión localizó 6 ECCA que analizaban la eficacia de la combinación de TCC y ejercicio observando mejoría en varios parámetros del resultado. De los tres estudios que incluían seguimiento tras finalizar el tratamiento dos observaron mejoría a largo plazo en el dolor y la limitación funcional. Un ECCA reciente analiza si añadir TCC a un tratamiento multidisciplinario (educación, medicación y ejercicio físico) mejora los resultados. Concluyen que la TCC mejora los síntomas y disminuye la limitación funcional.

Tratamiento rehabilitador y físico

Se han publicado numerosas revisiones que analizan la eficacia de los tratamientos no farmacológicos

Todas coinciden en que los programas de ejercicios son la intervención no farmacológica más y mejor estudiada.

Existe un acuerdo prácticamente unánime en que los programas de ejercicios deben ser una de las recomendaciones básicas en pacientes con FM. Se deben valorar fundamentalmente tres alternativas:^{6,28,31-33}

1. Ejercicios aeróbicos. Utilizan grandes grupos musculares involucrándolos en movimientos repetidos, con aumento de la frecuencia cardíaca pero sin superar el umbral anaeróbico (hasta 70-85 % de la frecuencia cardíaca máxima para la edad). En los pacientes con FM es necesario comenzar con una intensidad de entrenamiento menor (del 60-75 % de la frecuencia cardíaca máxima) y una frecuencia mayor, para que una vez adaptados a la práctica de ejercicio pueda incrementarse la intensidad y disminuir la frecuencia. Entre

ellos se incluyen ejercicios en carga (caminar, danza) y en descarga (bicicleta, natación.).

2. Ejercicios de fortalecimiento muscular. Pretenden mejorar la fuerza, resistencia y potencia muscular realizando contracciones musculares contra determinadas resistencias como bandas elásticas, pesas o el propio peso del paciente;

3. Ejercicios de estiramiento o flexibilidad. Su objetivo es mejorar la flexibilidad muscular y de los tejidos blandos.

La revisión de más alta calidad metodológica es la realizada por la Colaboración Cochrane, cuya última actualización se publicó en 2007.³⁴ Concluyeron que hay evidencia moderada, basada en 6 ECCA, de que a corto plazo (6-23 semanas) el ejercicio aeróbico mejora el dolor, la sensación global de bienestar, la función física

En una revisión de 2009,³⁵ se localizaron 18 ECCA publicados posteriormente a la revisión Cochrane y que confirman que ejercicios de baja intensidad e individualizados, de diferentes tipos, pueden mejorar la función y reducir los síntomas.

Finalmente en un reciente meta-análisis en el 2010 sobre 28 ECCA comparando ejercicio aeróbico con controles y 7 ECCA comparando diversos tipos de ejercicio entre sí, en un total de 2.494 pacientes, las conclusiones del mismo es que el ejercicio aeróbico reduce el dolor, la fatiga, la depresión, las limitaciones de la calidad de vida relacionada con la salud y las condiciones físicas después del tratamiento.^{36,37}

En el Centro Reumatología en los 3 últimos años, la fibromialgia constituye el desorden reumatológico más frecuente visto después de la osteoartritis, la artritis reumatoide y las espondiloartropatías, lo que nos llevó a realizar esta investigación de tratamiento multidisciplinario para tratar al paciente con fibromialgia en la que la rehabilitación juega un rol importante

Tratamiento fisiátrico

Aplicación de fangoterapia (Agente natural), en todos los sitios dolorosos que nos señala el paciente. (Durante 10 minutos)

La fangoterapia o peloidoterapia es considerado uno de los agentes naturales que produce calor superficial, es beneficioso para los pacientes con el diagnóstico de FM pues produce alivio del dolor, relajación muscular y facilidad en la realización de los ejercicios, ya que es portador de características y cualidades naturales, formados por la mezcla de agua mineral con materia orgánica, inorgánica o ambas, resultantes de procesos biológicos y que son usados con fines

terapéuticos. Existen pocas investigaciones donde se utilice la fangoterapia en la FM.³⁸

El efecto antiinflamatorio de los peloides, se ha podido comprobar en el laboratorio, en animales de experimentación con artritis inducidas y se ha sugerido recientemente que modificaciones en la actividad de neutrófilos y macrófagos intervienen en el proceso inflamatorio. Estas propiedades antiflogísticas de los fangos han sido probadas en enfermedades articulares, como la artritis reumatoide, osteoartritis, EA y otros.

En nuestra experiencia en el departamento de rehabilitación del Centro Nacional de Reumatología se utiliza este proceder previo al programa de los ejercicios con buenos resultados.³⁹

En general no existe evidencia sobre la eficacia de las terapias naturales en el tratamiento de la FM. Algunos estudios, revisiones o meta análisis se han centrado específicamente en algunas terapias naturales como la balneoterapia

Programa de ejercicios físicos que incluye: Reeducción postural, ejercicios de estiramientos, Ejercicios Fortalecedores de Columna, Ejercicios Articulares.

Mecanoterapia: Para miembros superiores e inferiores

Juegos Colectivos (Con pelotas y bailoterapia) Con el objetivo de la sociabilidad entre los pacientes con fibromialgia

Programa de Actividades para el Hogar: Incluye los ejercicios aprendidos, caminatas progresivas, reestructurar patrones negativos de salud, vida social y familiar.

La realización del programa de ejercicios tiene una duración de 30 minutos, el cual se puede realizar diario o en días alternos durante 23 semanas, continuando con el programa de actividades en el hogar, que si es posible para toda la vida o un período largo de tiempo (más 5 años)

Para que un programa de ejercicios sea eficaz un requisito esencial es que el paciente lo tolere y lo realice. Muchos pacientes temen que el ejercicio empeore los síntomas. Este temor parece justificado.

La fatiga muscular rápida y la intolerancia a diversos tipos de ejercicio es un síntoma frecuente en FM. La intensidad inicial debe ser inferior a la recomendada para la población general, ya que si no el número de abandonos es muy alto. Posteriormente debe irse incrementando hasta llegar a un nivel de intensidad moderada

Si el paciente con FM deja de realizar los ejercicios o no incrementa su nivel de actividad física, los efectos conseguidos se pierden pronto. Afortunadamente varios estudios sobre ejercicio aeróbico demuestran que es posible conseguir un efecto a medio-largo plazo. Varios autores refieren que la mejoría en varios parámetros de resultados se mantenía a los 6 y 12 meses.

El cumplimiento a medio-largo plazo es difícil, pero debe ser un objetivo prioritario y se deben introducir estrategias para facilitarlos. Las posibilidades aumentan cuando médicos y pacientes están de acuerdo con los objetivos, existe una comunicación abierta y se abordan los temores y las expectativas. Poder realizar el ejercicio sin un incremento significativo del dolor aumenta la autoeficacia y las posibilidades de que el paciente continúe realizándolos en el futuro.

Hay que intentar que el ejercicio resulte agradable, sea simple y que el paciente lo pueda incorporar en su rutina diaria. Los ejercicios aeróbicos de bajo impacto parecen una de las mejores alternativas. La supervisión inicial por un profesional (fisioterapeuta o educador físico) aumenta el cumplimiento. Los ejercicios en grupo pueden favorecer la interacción social y aumentar la motivación.^{36,37,40}

Tratamiento con agentes físicos

La aplicación de medios físicos sugiere un efecto positivo, en la mayor parte de los estudios sólo a corto plazo entre ellos se encuentra el láser, termoterapia, magnetoterapia y el TENS (Estimulación nerviosa transcutánea) los cuales se pueden combinar con la actividad física

Láser. En 2002 Gur et al publican 2 ECCA donde comparan la aplicación de láser de arseniuro de galio durante 3 minutos en cada punto doloroso de FM durante 2 semanas, con láser placebo. Observan una mejoría significativa en varios parámetros (dolor, limitación funcional, número de puntos dolorosos...). También García *et al.* (2011), en un estudio con terapia laser demostró efectividad reducción de algunos síntomas en el paciente con FM, fundamental en la disminución del dolor crónico.^{28,40,41}

Termoterapia. Brockow et al realizan un ECCA donde se compara rehabilitación multimodal asociada o no al calentamiento global del cuerpo con infrarrojos. El grupo que recibió infrarrojos mejoró significativamente más en dolor y limitación funcional.

Löfgren y Norrbrink comparan en un ECCA cruzado el efecto de utilizar dos aparatos portátiles que permiten aplicar localmente termoterapia superficial o TENS en las zonas dolorosas. En ambos grupos la intensidad del dolor mejoró de

forma similar, aunque más pacientes preferían el calor superficial al TENS. (28-42). Dayley Dana realizó un estudio en el cual utilizó el TENS en puntos dolorosos en un paciente con FM en la región cervical teniendo mejoría del dolor, de la fatiga e hiperalgesia.⁴³

Terapias naturales y alternativas

En la actualidad el uso de la terapia térmica combinada con sauna y ejercicios bajo el agua en pacientes con FM reportaron reducciones significativas en el dolor y en los síntomas (31-77 %) luego de 12 semanas de un programa de tratamiento termal.⁴⁴

Acupuntura: Bastos demostró mejoría de la acupuntura sobre puntos dolorosos

de la Fibromialgia, con reducción del dolor, ansiedad y depresión

También han sido efectivas a corto plazo en la reducción de los síntomas de la FM la práctica del Tai Chi, Chi Kung, Meditación, Yoga, Shiatsu.⁴⁵

En resumen, los diversos estudios sugieren un efecto positivo, en la mayor parte de los casos sólo a corto plazo, tras la aplicación de medios físicos. Los estudios son heterogéneos, con riesgo de sesgos y aún demasiado escasos para recomendar estos tratamientos en la práctica cotidiana. Algunas alternativas, principalmente el láser, las nuevas formas de termoterapia superficial, los campos magnéticos y el TENS ofrecen un gran potencial y se deben promover trabajos de investigación que determinen su verdadero valor.

CONCLUSIONES

Los pacientes con diagnóstico de fibromialgia deben ser tratados por un equipo multidisciplinario (Reumatólogo, Fisiatra, Psicólogo, Fisioterapeuta).

La eficacia del tratamiento no farmacológico está en la realización de un programa de ejercicios bien estructurado con un tiempo de duración adecuado (de 30 a 60 minutos), que se realice diario o 3 veces por semana, con una intensidad de ligera a moderada y lo más importante que los continúe realizando en el hogar por tiempo indefinido. El cumplimiento del programa de ejercicios a mediano y largo plazo es un objetivo prioritario de esta publicación y se deben incluir estrategias para facilitarlos como por ejemplo la sociedad de pacientes con fibromialgia, bailoterapia, actividades en grupos que ayuden a la sociabilidad, reincorporación laboral y mejor calidad de vida

La mayoría de los ECCA plantean que el ejercicio reduce el dolor, la fatiga, la depresión y las limitaciones en la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belenguer R., Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura *Reumatol Clin*. 2009;5(2);55-62
2. Baltasar Rodero, Javier García-Campayo, Benigno Casanueva y Yolanda Buriel. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2009;14 (3):137-51
3. De Hoyo M, Álvarez-Mesa A, Sañudo B., Carrasco L, Domínguez S. Immediate effect of kinesio taping on muscle response in young elite soccer players." *Journal of sport rehabilitation*. 2013;22 (1):52-6.
4. Collado Cruz A. *Fibromialgia*. SANIDAD. 2011;5(2):18-24.
5. Santo ADSDE, Mango PC, Assumpção A, Sauer JF, Marques AP. *Fibromyalgia: is there association between balance and pain? a pilot study*. *Fisioterapia e Pesquisa*, [Internet] 2014 [citado 3 marzo 2015];21(1):27-33. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/download/80139/84022>
6. Hassett AL, Gevirtz RN. *Nonpharmacologic treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and complementary and alternative medicine*. *Rheum Dis Clin North Am*. 2009; 35(2):393-07.
7. Sueiro Blanco F, Estévez Schwarz I, Ayán C, Cancela J, Martín V. *Potential benefits of nonpharmacological therapies in fibromyalgia*. *Open Rheumatol J*. 2008;2:1-6.
8. Abásolo L, Carmona L, Lajas C, Candelas G, Blanco M, Loza E, Hernández-García C, Jo-ver J. *Prognostic factors in short-term disability due to Musculoskeletal Disorders*. *Arthritis & Rheum*. 2008;59(4):489-96.
9. Hidalgo F J. *Fibromialgia. Consideraciones Etiopatogénicas*. *Rev Soc Esp Dolor [Internet]*. 2011 [citado 19 febrero 2015];18(6):342-350 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462011000600005&script=sci_arttext
10. Kengen Traska T, Rutledge DN, Mouttapa M, Weiss J, Aquino J. *Strategies used for managing symptoms by women with fibromyalgia*. *J Clin Nurs [internet]*. 2012 Mar [citado 23 febrero 2015];21(5-6):626-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21323780>
11. Martínez Ferrero, P. *Fibromialgia: Una nueva enfermedad o una antigua conocida*. *Inform Psiquia*. 2010;199:19-38.
12. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. *Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee*. *Arthritis Rheum*. 1990 Feb;33(2):160-72.
13. Wolfe F, Clauw J, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mesase P, et al. *Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity*. *Arthritis Care & Research*. 2010 May;62(5):600-10.
14. *Diagnóstico y tratamiento de fibromialgia en el adulto*. *México seccret de salud*. [Internet] 2009 [citado 3 marzo 2015]:11-23. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
15. Díaz-Delgado Peñas R. *Fibromialgia juvenil y síndrome de fatiga crónica* *Protoc diagnter pediater*. 2014;1:177-87
16. Sánchez C, Ruiz Y. *Efecto de un programa de actividad física en pacientes con fibromialgia: Revisión sistemática*. *Medicina Clínica*. 2014;143(12):548-53.
17. González W. Paniagua CN. *Tratamiento Sintomático y del dolor en fibromyalgia mediante abordaje multidisciplinar*. *Reumatología Clínica*. 2015;11(1):22-26.
18. Bennet R, Bushmakin A, Cappelleri J, Zlateva G, Sadosky A. *Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire*. *J Rheumatol*. 2009;36(6):1304-11 .
19. *Conselleria de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Guía técnica do proceso de atención a fibromialgia. Versión 1 febrero 2009*. Santiago: Ed. Xunta de Galicia; 2009:22 p
20. Restrepo Medraño JC, Rojas JG.. *Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de enfermería?* *Invest Educ Enferm [Internet]*. 2011 [citado 19 febrero 2015];29(2):305-14. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/4805/9375>
21. Rodríguez Muñiz RM, Orta González MA, Amashta Nieto L. *Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia*. *Enferm Glob [Internet]*. 2010. [citado 19 febrero 2015];19:1-16. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/107211/101881>
22. Rquez Espinosa W, Prieto Herrera L, Adame Travino J C. *Pregabalina y Rehabilitación Integral en el tratamiento de la fibromialgia*. *Revista mexicana de Med. Física y Rehab*, 2009;21:84-89.
23. Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N, Sommer C. *Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis*. *JAMA*. 2009;14;301(2):198-09
24. Nishishinya B, Urrútia G, Walitt B, Rodríguez A, Bonfill X, Alegre C, Darko G. *Amitriptyline in the treatment of*

- fibromyalgia: a systematic review of its efficacy. Rheumatology (Oxford). 2008;47(12):1741-46.*
25. Branco JC, Zachrisson O, Perrot S, Mainguy Y. A European Multicenter Randomized Double-blind Placebo-controlled Monotherapy Clinical Trial of Milnacipran in the Treatment of Fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2010 Apr;37(4):851-59.
26. de Souza Nascimento S, DeSantana JM, Nampo Fk, Ribeiro ÉAN, da Silva D L, Araújo-Júnior JX, Quintans-Júnior LJ. Efficacy and safety of medicinal plants or related natural products for fibromyalgia: a systematic review. 2013: [citado 19 febrero 2015];2013: 149468-71. Disponible en: <http://downloads.hindawi.com/journals/ecam/2013/149468.pdf> PMID:23861696 PMID:pmc3687718.
27. Castel A, Cascón R, Salvat M, Sala J, Padrol A, Pérez M, Rull M. Rendimiento cognitivo y percepción de problemas de memoria en pacientes con dolor crónico: con fibromialgia versus sin fibromialgia *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2008;15(6):358-70.
28. Bernardy K, Füber N, Köllner V, Häuser W. Efficacy of Redondo JR. Tratamiento farmacológico en la fibromialgia. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología.* 2011;12(1):21-6.
29. Cognitive-Behavioral Therapies in Fibromyalgia Syndrome -A Systematic Review and metaanalysis of Randomized Controlled trials. *J Rheumatol.* 2010;37(10):1-15.
30. Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W & Hofmann. Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain.* 2010 Nov; 151(2):280-95.
31. Castell, A, Maisterrena, C, Kerzberg E, Panelo A, Bermolen L, Vázquez S. Calidad de vida en fibromialgia y artritis psoriásica. *Revista Latinoamericana de Psoriasis y Artritis Psoriásica.* 2012;5:26-33.
32. Ortega. E. ¿Por qué el ejercicio físico puede mejorar los síntomas de la fibromialgia? *Med Clin.* 2011;137(9):405-07.
33. Arcos Carmona I M, Castro-Sánchez AM, Matarán-Peñarocha GA, Gutiérrez-Rubio AB, Ramos-González E, Moreno-Lorenzo C. Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con fibromialgia:(ECA). *Medicina Clínica (Barc).* 2011;137(9):405-40.
34. Ponce, Sempere y Cortés. Efectividad de un programa de ejercicios en osteoporosis y osteopenia. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* 2014, Vol4(3):169-79.
35. Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PM, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4):CD003786.
36. Jones KD, Liptan GL. Exercise interventions in fibromyalgia: clinical applications from the evidence. *Rheum Dis Clin North Am.* 2009;35(2):373-91.
37. Häuser W, Klose P, Langhorst J, Moradi B, Steinbach M, Schiltenwolf M, Busch A. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Res Ther.* 2010 10;12(3):R79.
38. Dogan M, Sahin O, Elden H, Hayta E, Kaptanoglu E. Additional therapeutic effect of balneotherapy in low back pain. *South Med J.* 2011;104(8):574-8.
39. Rodríguez García A. Efectividad de la Fangoterapia y la Kinesiología en pacientes con espondilitis anquilosante. [Tesis]. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. 2012.
40. Rooks DS. Talking to patients with fibromyalgia about physical activity and exercise. *Curr Opin Rheumatol.* 2008 Mar;20(2):208-12.
41. Gür A, Karakoç M, Nas K, Cevik R, Saraç J, Demir E. Efficacy of low power laser therapy in fibromyalgia: a single-blind, placebo-controlled trial. *Lasers Med Sci.* 2002; 17(1):57-61.
42. Löfgren M, Norrbrink C. Pain relief in women with fibromyalgia: a cross-over study of superficial warmth stimulation and transcutaneous electrical nerve stimulation. *J Rehabil Med.* 2009;41(7):557-62.
43. Prados G, Miró E. Fibromialgia y sueño: una revisión. *Revista de Neurología.* 2012;54(4):227-40.
44. Cardona-Arias JA, León-Mira V, Cardona-Tapias AA. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia, 2012. *Revista Colombiana de Reumatología.* 2013;20(1):19-29.
45. Bastos J. Effect of acupuncture at tender points for the management of fibromyalgia syndrome. *J Acupunct Meridian Stud.* 2013;6(3):163-8.

Los autores refieren no tener conflicto de intereses

Recibido: 25 de marzo de 2015

Aprobado: 23 de abril de 2015

Publicado: 31 de mayo de 2015

Contacto para la correspondencia: *Dr. Javier Porro Novo*. E-mail: Javier.porro@infomed.sld.cu

Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Calzada de 10 de Octubre No 122 esquina Agua Dulce. Cerro. La Habana, Cuba.