

## FIBROMIALGIA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA

PONENCIA

Participantes: María del Mar Palanca Cruz

TEXTO COMPLETO

### **Introducción:**

La palabra fibromialgia(FM) etimológicamente significa “dolor músculos-esqueléticos” (ligamentos y tendones), proviniendo de “Fibros” del latín, que se refiere al **tejido blando del cuerpo**; “Mios” del griego y significa **músculo**; y “Algia” también del griego que se refiere al **dolor**. (López & Mingote, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera desde 1992 a la FM como un diagnóstico diferenciado, clasificándola entre los reumatismo de partes blandas, que corresponde a un trastorno crónico benigno que se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor (músculos, ligamentos, articulaciones, vísceras y tendones) con un insuficiente conocimiento de las causas, mecanismos que la producen y la ausencia de tratamiento curativo (Tirado, 2009).

La FM es un síndrome que cursa con un dolor generalizado, crónico e incapacitante, de predominio en el sexo femenino. Se define esta enfermedad basándose en criterios reumatológicos pero su etiología autoinmune o reumática no ha podido ser demostrada, aunque existe tanto una predisposición constitucional como un origen genético (Castro, 2007 citado en Gutiérrez (2008)).

Son múltiples los interrogantes que plantean Carrasco & Jiménez (2010) en torno a la Fibromialgia: ¿cuál es su agente etiológico?, ¿Por qué no se conocen en la actualidad pruebas objetivas que confirmen el diagnóstico?

Un gran problema en la FM, desde la visión Andreu & Sanz, (2005), es la carencia de datos objetivos, es decir, analíticos, de imagen o anatomopatológicos que permitan corroborar fehacientemente el diagnóstico, habiendo profesionales que han llegado a poner entre dicho esta dolencia.

A pesar de que la FM tenga tantas manifestaciones, sólo el dolor en los puntos gatillo es un criterio determinante para diagnosticar esta enfermedad; y es por ello que se ha

tardado tanto en que haya un criterio uniforme sobre los criterios diagnósticos (Quevedo, 2004).

En el diagnóstico de la FM se carecen de datos objetivos: como analíticas, radiográficas, etc., que permitan corroborar fehacientemente el diagnóstico (Ehrlich, 2003 citado en Andreu & Sanz (2005)).

Además del dolor, los otros dos síntomas fundamentales en la FM son: la fatiga y la alteración del sueño. Se caracterizan como las más relevantes después del dolor, las alteraciones del ritmo del sueño, que no permite el sueño reparador. Las alteraciones del ritmo del sueño se caracterizan con despertares frecuentes y sensación de no haber descansado, siendo la fatiga resultado lógico de esta falta de sueño. La fatiga esta en un 70% de los casos, se manifiesta en forma de crisis de agotamiento de uno o dos días de duración o de forma continuada mejorando algo con el reposo (De la Torre, 2009).

Para Rodríguez (2008) citado en De la Torre (2009), el cansancio es excesivo para la actividad diaria realizada por los pacientes afectados de FM.

Según Rotés-Quero (2003) citado en Cruz, Leiva, Blanco & Arancibia (2005), es el dolor crónico que produce, siendo importante que aparezca reflejado en las encuestas de calidad de vida, como más molesta y dolorosa, más aun que la artritis reumatoide lo que hace de la fibromialgia un desafío.

La FM es una enfermedad reumatológica caracterizada por sensibilidad aumentada al dolor en ciertos puntos característicos del cuerpo y la presencia de dolor crónico difuso. Aparece acompañada de malestar general, sueño no reparador, depresión y una larga lista de síntomas frecuentes.

A pesar de haber tantas manifestaciones relacionadas con esta enfermedad, sólo el dolor en los puntos gatillo es un criterio determinante para diagnosticar esta enfermedad (Quevedo, 2004).

Punto gatillo son zonas muy localizadas en tejidos musculares o en inserciones tendinosa, las cuales se palpan en forma de bandas duras (hipersensibles) que causan dolor teniendo éste la característica de ser de origen profundo, constante y que puede producir efectos de excitación a nivel del sistema nervioso central, originando a menudo un dolor referido hacia otras zonas, dependiendo de la ubicación del punto gatillo. No se ha determinado la etiología exacta de los puntos gatillos.

Esta sensación dolorosa a la presión en unos puntos esquelético generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos (puntos sensibles) (PSF), denominados puntos gatillos o trigger points, de los que se conocen 18, siendo necesaria la presencia de dolor en 11 ó más de éstos, junto con una historia de dolor generalizado y una serie de signos y síntomas adicionales para determinar la enfermedad. Este dolor se parece al originado en las articulaciones pero no es una enfermedad articular. (Alegre, García, Tomás, Gómez, Blanco, & Gobbo, 2010).

Esta definición, basada en síntomas subjetivos y ausencia de criterios objetivos, ha conllevado en muchas ocasiones dudas acerca de la propia existencia de la FM, una situación que puede causar problemas adicionales a los pacientes, tanto antes como tras el diagnóstico.

El diagnóstico clínico de la FM se basa exclusivamente en datos subjetivos, como son el dolor que refiere el paciente y el que se desencadena mediante la presión de los PSF, que, obviamente también comenta el paciente al ser el dolor percepción subjetiva.

En cuanto a los datos objetivos, cabe destacar que la FM carece de ellos, es decir, analíticos, de imagen o anatomopatológicos que permitan corroborar fehacientemente el diagnóstico Ehrlich (2003) citado en Andreu & Sanz (2005).

Actualmente, la biofisiología de la FM está sin elucidar y es por ello que no existe ninguna terapia de Medicamentos o para el tratamiento del dolor o para el propio síndrome de la FM tanto terapia farmacológica como no farmacológica entre las que se incluyen ejercicio físico, masajes (Ortega, 2011).

La fibromialgia fue reconocida como enfermedad en la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992, y con anterioridad a esto se fueron recopilando características que definieron la enfermedad. En 1990 el Colegio Americano Reumatológico acordó los síntomas que debían tener los pacientes para diagnosticarlos, de fibromialgia. Dado que la fibromialgia no tiene ninguna prueba analítica o radiológica, ha sido un reto llegar a un acuerdo (Santiago, León, & Periañez, 2011).

No fue hasta 1990 cuando se desarrollo los criterios de diagnóstico vigentes actualmente, fue el Colegio Americano de Reumatología (ACR) a través de un comisión de expertos, y tras un exhaustivo trabajo de recopilación, pública los criterios que deben cumplir los pacientes para ser diagnosticados de fibromialgia (Muriel et al., 2001) y .

A pesar de todos los esfuerzos, el gran problema persiste. Las dudas etiológicas, que durante años habían dificultado el camino para llegar a un acuerdo; siguen sin resolverse, a pesar de que en la década de los años noventa se produce un importante aumento de publicaciones e investigaciones sobre la fibromialgia y a pesar de los grandes avances en el conocimiento de los mecanismos del dolor de los últimos años (Muriel et al., 2001).

En 1992, la Organización Mundial de la Salud, reconoció e incorporó la fibromialgia dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una entidad clínica bajo el código M.79.0. (Santiago et al., 2011).

No existe ninguna terapia de Medicamentos, tanto para el tratamiento del dolor como para el propio síndrome de la FM, ya que el tratamiento no es curativo sino que se trata de un tratamiento paliativo de los síntomas de la FM (Ortega, 2011).

Para Escudero, García, Prieto, Pérez, March & López (2008), afirman que la calidad de vida se merma y resulta en muchos casos incapacitante cuando experimentas crisis, convirtiéndose cualquier actividad en un gran reto.

Los programas combinados de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación progresiva contribuye a mejorar el descanso nocturno y de esta manera mejora la calidad de vida de los pacientes con FM (Arcos, Castro, Matarán, Gutiérrez, Ramos, & Moreno, 2011).

Se debe alentar a los afectados de FM, por parte de los profesionales sanitarios, el mantenimiento de los hábitos sistemáticos del sueño y la relajación antes de irse a la cama (Damsky, 2008).

La FM causa disminución de capacidad laboral, y se ha comprobado que los pacientes con trabajo retribuido o autonomía laboral perciben mejor su estado de salud (Salido, Navarro, Judez, & Hortal, 2007).

La fibromialgia (FM), en la actualidad es un problema de primer orden dado la alta prevalencia en la población general adulta, el insuficiente conocimiento de las causas, los mecanismos que la producen, la ausencia de tratamiento curativo y la insatisfacción de los pacientes y profesionales en el abordaje actual del síndrome (Rivera, Alegre, Ballina & et al., 2006).

La FM es frecuente ya que la padece entre el 2 y el 3% de la población, lo que supone entre 400.000 y 1.200.000 personas en España, siendo actualmente un verdadero reto asistencial, que promueve el trabajo en equipo de diferentes especialistas y un equipo multidisciplinar (Lopez & Mingote, 2008).

La fibromialgia (FM) tiene mayor predominio en mujeres que en hombres siendo los porcentajes de prevalencias por sexos los siguientes, un 4,2% para mujeres y un 0,2% para varones Carmona (2001) citado en Cruz, Leiva, Ibero, Blanco, & Arencibia (2005). Aunque en algunos países varia el porcentaje de mujeres afectadas de FM varía entre el 2 al 10,5%, Leza (2003).

La distribución de la FM en grupos de edad, aparece en todos los grupos de edad, con una prevalencia máxima entre los 40 y los 49 años (4,9%), según Rivera, Alegre, Ballina et al. (2006).

Tiene mayor predominio en mujeres que en hombres (más del 75%), pudiendo manifestarse a cualquier edad, incluso en niños y adolescentes con una incidencia máxima en el grupo de edad entre 20-60 años. Puede presentarse como única alteración (fibromialgia primario) o asociada a otras enfermedades (fibromialgia concomitante), (Lopez & Mingote, 2008).

En cuanto a la distribución en grupos de edad según Rivera, Alegre, Ballina et al. (2006), la FM aparece en todos los grupos de edad, con una prevalencia máxima entre los 40 y los 49 años (4,9%), mientras que es relativamente infrecuente en personas que superan los 80 años de edad Rivera, Alegre, Ballina et al (2006).

Según Rivera, Alegre, Ballina et al (2006), habría unos 700.000 pacientes afectados por la FM en números absolutos.

Se calcula que en España existen 900.000 personas con este síndrome y la prevalencia en la consulta de medicina general es del 2-6%. Predomina en el sexo femenino en un 80-90% de los casos Cruz et al. (2005).

La prevalencia de los varones se estima en un 0,2%, frente a un 4, 2% en las mujeres lo que supone una relación mujer: varón de 21:1. Cuando afecta a la población infantil y juvenil, la mayor prevalencia en el sexo femenino no está acusada. Reid (1997) citado en Rivera, Alegre, Ballina et al (2006).

La edad de aparición está entre los 30 y los 50 años, también puede verse en niños hiperlaxitud articular, Cruz et al. (2005).

En nuestro país se han realizado pocas investigaciones sobre la repercusión laboral de las enfermedades reumáticas y su coste social. En los escasos estudios existentes sobre este asunto se afirma que los reumatismos constituyen la primera causa de incapacidad: alcanzan en algunas series hasta el 53% de los casos de incapacidad y el 18% para la incapacidad laboral absoluta. Tornero (2002) citado en Cruz et al. (2005).

Actualmente, no existe ninguna terapia de Medicamentos, tanto terapia farmacológica como no farmacológica entre las que se incluyen ejercicio físico y masajes, para el tratamiento del dolor o para el propio síndrome de la FM (Ortega, 2011).

Por ende, el tratamiento de la FM es paliativo y no curativo siendo el objetivo que se persigue en el tratamiento de la FM el de aliviar las diversas manifestaciones clínicas, mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes (Rivera, Alegre, Nishishinya, & Perada, 2006).

Para Damsky (2008), el equipo multidisciplinar de pacientes de FM debe incluir profesionales de enfermería de atención primaria, un médico así como especialistas en medicina física (terapeutas físicos u ocupacionales), rehabilitadores y especialistas en salud mental.

Focalizándonos en el papel de los profesionales de enfermería, encontramos como las Ciencias Enfermeras puede hacer hincapié al paciente para que modifique el estilo de vida que le van ayudar a conservar su energía y a minimizar el dolor. Además de poder ayudarle a identificar y evitar los factores que agravan los síntomas. Para poder abordar este objetivo desde la enfermería, se considera imprescindible e ineludible el conocimiento de la FM y su tratamiento, resultando los enfermeros de utilidad para ayudar al paciente a aliviar esta enfermedad invisible y a reanudar su vida activa (Damsky, 2008).

### **OBJETIVO DE REVISIÓN:**

Revisar evidencias de que la actividad física es un tratamiento eficaz en la mejora de la fibromialgia.

### **MÉTODO:**

Revisión bibliográfica narrativa en la base de datos de Science Direct utilizándose para ello el descriptor “fibromialgia”, “actividad física” y “deporte”, a través de los operadores booleanos and y or.

Como criterios de inclusión se utilizaron los artículos publicados en el periodo comprendido entre 2009 y 2014, publicados en castellano y que versara sobre el objetivo de la presente investigación. Siendo 55 los artículos publicados con los anteriores criterios.

### **RESULTADO:**

La realización de actividad física mejora la sintomatología, la condición física y la calidad de vida, siendo un tratamiento complementaria en esta enfermedad. La actividad física debe planificarse para ir aumentando la intensidad de forma progresiva.

### **CONCLUSIONES:**

- La actividad física es importante para el tratamiento de los pacientes con fibromialgia.
- El deporte mejora la sintomatología en los pacientes de fibromialgia.
- La calidad de vida aumenta en pacientes con fibromialgia, ante la realización de actividad física.

### **Bibliografía**

- Alegre, C., García, J., Tomás, M., Gómez, J., Blanco, E., & Gobbo, M. &. (2010). Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiatr* , 38 (2):108-120.
- Andreu, J. L., & Sanz, J. (2005). La fibromialgia y su diagnóstico. *Revista Clínica Española* , 205(7):333-6.
- Arcos, I., Castro, A., Matarán, G., Gutiérrez, A., Ramos, E., & Moreno, C. (2011). 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: ensayo clínico aleatorizado. *Medicina Clínica* , 398-401.
- Carmona, L. (2001). Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. *Revista Española de Reumatología* , 28(1):18-25.

- Cruz, D., Leiva, I., Ibero, J., Blanco, B., & Arencibia, O. (2005). Fibromialgia: una revisión desde Atención Primaria. *Revisión* , 780-789.
- Damsky, D. (2008). Fibromialgia. Prácticamente invisible e incurable, este trastorno puede hacer estragos en la vida del paciente. Sepa cómo aliviarlo. *Nursing* , 15-18.
- De la Torre, J. (2009). Actualización de cuidados enfermeros en reumatología. *Metas de Enfermería* , 12(3)60-67.
- Leza, J. (2003). Fibromialgia: un reto también para la neurociencia. *Revista de Neurología* , 36(12);1165-1175.
- Lopez, M., & Mingote, J. C. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud* , 19:343-348.
- Muriel, C., Alegre, C., & Ballina, J. (2001). *Fibromialgia. Reunión de expertos*. Recuperado el 10 de Mayo de 2012, de Cátedra Extraordinaria del Dolor "Fundación Grünenthal. Universidad de Salamanca":  
[http://www.grunenthal.es/cms/cda/\\_common/inc/pageelements/preview.jsp?co](http://www.grunenthal.es/cms/cda/_common/inc/pageelements/preview.jsp?co)
- Olmedo-Alguaci, M. (2011). Editorial. *Scientia* , 16(2):62-66.
- Ortega, E. (2011). Por qué el ejercicio físico puede mejorar los síntomas de la fibromialgia? *Medicina Clínica* , 137(9):405-407.
- Quevedo. (2004). *Fibromialgia*. Barcelona: Ediciones Obelisco.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., y otros. (2006). Documento de consenso de la sociedad Española de reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica* , Supl 1: S55-66.
- Rivera, J., Alegre, C., Nishishinya, M., & Perada, C. (2006). Evidencias terapéuticas en fibromialgia. *Reumatología Clínica* , 2 Supl 1: S34-37.
- Rodríguez de la Serna, A. (2008). Fibromialgia reumática. *Dolor. Investigación Clínica & Terapéutica* , 23(1): 25-30.
- Salido, M., Navarro, P., Judez, E., & Hortal, R. (2007). Factores relacionados con la incapacidad temporal en pacientes con fibromialgia . *Reumatología Clínica* , 67-72.
- Santiago, G. P., León, I., & Periañez, M. d. (2011). Efectividad de las intervenciones de la Enfermera de Salud Mental en mujeres con Fibromialgia para un mejor afrontamiento



a las actividades de la vida diaria. *Biblioteca Lascasas* , 7 (3) disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0618.php>.

Santiago, G. P., León, I., & Periañez, M. (2011). *Efectividad de las intervenciones de la enfermera de salud mental en mujeres con fibromialgia para un mejor afrontamiento a las actividades de la vida diaria*. Recuperado el 12 de Junio de 2012, de Biblioteca Lascasas: <http://www.indexf>.