

EFFECTOS TERAPÉUTICOS DEL YOGA EN LA FIBROMIALGIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

THERAPEUTIC EFFECTS OF YOGA IN FIBROMYALGIA: SYSTEMATIC REVIEW

Nager Obon, Vanesa¹; Oviedo Caro, Miguel Ángel¹;
Bueno Antequera, Javier¹; Munguía Izquierdo, Diego¹

¹Grupo de investigación "Actividad Física, Salud y Deporte CTS-948".
Departamento de Deporte e Informática. Universidad Pablo de Olavide, Sevilla

Fecha de recepción : 04-09-14

Fecha de aceptación : 25-10-14

Resumen

Introducción: la fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por dolor, sueño no reparador y fatiga, entre otros, afectando negativamente en la función física y emocional, reduciéndose la calidad de vida. **Objetivo:** analizar la evidencia científica sobre la efectividad del Yoga en el abordaje de pacientes con fibromialgia. **Metodología:** se realizó una revisión sistemática de la literatura científica sobre la utilización del yoga como terapia alternativa en pacientes con fibromialgia. **Resultados:** fueron seleccionados 6 artículos, sólo dos muestran mejoras significativas en los resultados del FIQ. **Conclusiones:** el Yoga es una terapia alternativa de tratamiento en casos de fibromialgia.

Palabras clave

Fibromialgia, yoga, terapias alternativas, dolor, revisión.

Abstract

Introduction: fibromyalgia is a chronic disease characterized by pain, non-restorative sleep and fatigue among others, that negatively impacts both physical and emotional function and reduces the quality of life. **Objective:** to analyze the scientific evidence on the effectiveness

of Yoga in the approach to patients diagnosed with fibromyalgia. **Methodology:** a systematic review of scientific literature was made for the utilization of yoga as alternative therapy on fibromyalgia patients. **Results:** a total of 6 articles were selected, only two of them show significant improvements in the FIQ results. **Conclusions:** Yoga therapy is an alternative treatment in cases of fibromyalgia.

Keywords

Fibromyalgia, yoga, complementary therapies, pain, review.

Introducción

En los últimos tiempos hemos asistido al incremento de patologías de gran calado social, aunque de etiología poco conocida y con importante repercusión psicosocial, así como un enorme coste económico. Entre ellas destaca por su importancia y repercusión la fibromialgia, un trastorno doloroso crónico, generalizado, musculoesquelético, con un aumento de la sensibilidad a los estímulos dolorosos y con un bajo umbral del dolor. La causa del aumento de sensibilidad de los pacientes con fibromialgia implica anomalías en el procesamiento sensorial del sistema nervioso central (Jensen et al., 2012).

Aunque la sintomatología principal es el dolor generalizado, los pacientes con fibromialgia presentan otros síntomas; síntomas cognitivos, sueño no reparador, inestabilidad, cefaleas, rigidez, fatiga y una serie de síntomas somáticos (Wolfe et al., 2010), junto con una disminución de la calidad de vida (Mease et al., 2008). La prevalencia de comorbilidad en los pacientes diagnosticados con fibromialgia es muy alta, relacionándose con procesos de depresión, enfermedad mental, trastornos gastrointestinales y genitourinarios (Mas, Carmona, Valverde, Ribas y EPISER, 2008).

En España, la prevalencia de la fibromialgia es de un 2,4 %, siendo más frecuente en las zonas rurales que en las urbanas. La manifestación clínica de la fibromialgia aparece entre los 40 y 50 años y es más común en mujeres que en hombres (Mas et al., 2008).

El diagnóstico de fibromialgia se basa principalmente en la identificación de los puntos dolorosos. Los criterios de diagnóstico de la fibromialgia consensuados en 1990 por la Sociedad Americana de Reumatología fueron: dolor generalizado durante más de 3 meses, un umbral de dolor a la presión de 4Kg/cm² y la existencia de 11 o más puntos dolorosos activos (Wolfe et al., 1990).

La fibromialgia es un problema frecuente en la práctica clínica (Wolfe et al., 1995); su prevalencia difiere según la población estudiada y oscila entre el 0,7 y el 20%. En España, se sitúa en un 2,1–5,7% de la población general adulta, ocupa un 10–20% de las consultas reumatológicas y un 5–8% de las consultas de atención primaria, con lo que es la causa más frecuente de dolor osteomuscular generalizado y crónico (Carmona, Ballina, Gabriel, Laffon y EPISER, 2001).

En los últimos años la fibromialgia ha adquirido mayor importancia hasta convertirse en un problema de salud pública de primer orden, dadas la cronicidad de los síntomas y la incapacidad que a menudo producen, pueden conllevar unos altos costes directos para los servicios sanitarios, así como indirectos derivados del absentismo laboral (Tornero, 1999). Con frecuencia su impacto produce una serie de consecuencias en la vida de los pacientes, las personas de su entorno y el medio en el que viven. Los pacientes refieren una gran repercusión en sus vidas en su capacidad física, la actividad intelectual, el estado emocional, la carrera profesional y la salud mental.

Las evidencias disponibles en nuestro país sobre los costes directos e indirectos y el consumo de recursos sanitarios son muy escasas hasta el momento, y la información procede principalmente de Estados Unidos, Canadá y los Países Nórdicos (White, Speechley, HarthM y Østbye, 1999).

Son numerosos los estudios existentes en nuestro país sobre fibromialgia, todos ellos se centran básicamente en aspectos de prevalencia, factores psicosociales, de eficacia de tratamiento o de revisiones de la evidencia disponible. La presencia de fibromialgia mostró una relación independiente con el sexo femenino, la dislipemia y el síndrome depresivo.

Sicras, Blanca, Navarro y Rejas (2009) muestran que los costes directos en Atención Primaria por paciente/año, desagregados en sus componentes (visitas médicas, derivaciones a los especialistas de referencia, pruebas complementarias y prescripción farmacéutica) fueron mayores en todos los casos en el grupo con fibromialgia, y destacan las interconsultas y el consumo farmacéutico, siendo el gasto total anual de un paciente con fibromialgia cifrado en 7.813 euros, más del doble del gasto ocasionado por un paciente con espondilitis anquilosante.

El tratamiento eficaz de la fibromialgia depende de la correcta utilización de agentes farmacológicos, aunque resultan más efectivos cuando se asocian a otras modalidades terapéuticas como el ejercicio físico. El ejercicio físico regular es una de las recomendaciones principales, además de ser relativamente económico, de fácil acceso y utilizado ampliamente en la práctica clínica como una estrategia para el manejo del dolor. Varias revisiones sobre el efecto del ejercicio en pacientes con fibromialgia concluyeron que: hay pruebas moderadas de que el ejercicio aeróbico produce importantes beneficios en la función física, el dolor y los puntos sensibles; existe evidencia limitada de que el entrenamiento de fuerza mejora el dolor, el bien-

estar global, la función física, puntos sensibles y la depresión, y no hay suficiente evidencia sobre los efectos relacionados con la salud de los ejercicios de flexibilidad (Busch, Barber, Overend, Peloso y Schachter, 2007).

Existe un gran problema de adherencia a estos programas de actividad física para personas con fibromialgia. Las limitaciones de los tratamientos convencionales han llevado a los pacientes con fibromialgia a optar por muchos enfoques alternativos y complementarios. Es por ello que investigaciones recientes muestran que un gran número de personas con fibromialgia prefieren el uso de terapias complementarias como el Yoga (Carson, Carson, Jones, Bennett, Wright y Mist, 2010; Hennard, 2011).

El Yoga es la tecnología que utiliza el conocimiento del funcionamiento de la mente, y el cuerpo, con el objetivo de crear armonía, bienestar, salud, y conexión espiritual. Para conseguir esto, la práctica del Yoga combina ejercicios de respiración (pranayama), la respiración es una de las cosas más importantes en Yoga (Busch et al., 2011). La respiración regula su estado mental, sus emociones, su concentración, etc., que inducen a la tranquilidad respiratoria, posiciones de Yoga (asanas) se utilizan para dominar el cuerpo, en la que se debe mantener la estabilidad y el confort, Bhandas (llaves energéticas del cuerpo), mudras (posiciones de las manos) y meditación (Sarac, 2006; Thomas, 2010).

En consecuencia, se hace posible la búsqueda efectiva de controlar la mente a través de técnicas de meditación, cuyo objetivo es absorber la atención del practicante en un solo foco (Taimni et al., 1996). El propósito de las posturas de Yoga es que el cuerpo sea capaz de sentarse erguido, quieto y relajado para que la mente no se distraiga (Stewart, 2005).

Todavía no se han publicado revisiones sistemáticas sobre yoga en fibromialgia, por lo que el propósito de esta revisión es resumir y evaluar de forma crítica la evidencia de la efectividad del Yoga en el tratamiento de la fibromialgia y el manejo de los síntomas más relevantes.

Objetivos

El objetivo de este estudio es revisar la bibliografía actual existente acerca del yoga como tratamiento en pacientes con fibromialgia para poder determinar su efectividad.

Los resultados de este estudio ayudarán a evaluar las intervenciones de yoga en el tratamiento de la fibromialgia. Si las intervenciones demuestran ser eficaces y seguras, podría proporcionar alternativas de bajo costo y viables para profesionales de la salud en el tratamiento de la fibromialgia.

Metodología

Se ha realizado un trabajo de revisión de la literatura científica mediante una búsqueda sistematizada en las principales bases de datos: PubMed/MEDLINE, ScienceDirect, Cochrane Library, PEDro, LILACS y SciELO.

Criterios de Selección

Se revisaron los estudios que cumplieren los siguientes criterios:

Estudios de ensayos clínicos aleatorizados, quasi-randomizados, estudios piloto.

Estudios con pacientes diagnosticados de fibromialgia siguiendo los criterios de la Sociedad Americana de Reumatología: dolor generalizado durante más de 3 meses, un umbral de dolor a la presión de 4Kg/cm² y la existencia de 11 o más puntos dolorosos activos (Wolfe et al., 2010).

Estudios que compararon tratamiento de Yoga con atención habitual o ningún tratamiento activo. No se aplicaron restricciones a los detalles del Yoga.

Estudios que evalúan por lo menos un resultado importante centrado en el paciente, es decir, el dolor o la calidad de vida. Los resultados secundarios fueron el sueño, la calidad, la fatiga, la depresión, y la seguridad.

No se establecieron restricciones en cuanto a la longitud del seguimiento que se aplica. Los efectos a corto plazo fueron definidos como las medidas tomadas inmediatamente después de la intervención y los efectos a largo plazo como las medidas adoptadas 12 meses después de la aleatorización.

Los estudios fueron seleccionados solamente si se publicaron como artículos completos. No se aplicó ninguna restricción de idiomas.

Evaluación de la calidad de los estudios

Los estudios fueron revisados siguiendo los criterios establecidos en la Physiotherapy Evidence Database (PEDro). Los criterios establecidos para evaluar la calidad de los estudios han sido consensuados de forma mundial, estudio Delphi (De Morton, 2009; Moseley, Herbert, Sherrington y Maher 2002). De esta forma se establecen 10 criterios que según su ausencia o presencia, determinan la calidad del estudio).

El resultado total se valora de 0 a 10. Los estudios con una puntuación de 9-10 en la escala PEDro se consideraron de calidad “excelente” desde el punto de vista metodológico. Los estudios con unas puntuaciones PEDro de 6-8 se consideraron de “buena” calidad, mientras que aquellos con una puntuación de 4 o 5 fueron de calidad “regular”. Los estudios con una puntuación por debajo de 4 se consideraron de “mala” calidad. Los autores llegaron a estos términos descriptivos de evaluación de la calidad de forma arbitraria para intentar simplificar la interpretación de los resultados.

Resultados

Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se desarrolló hasta Junio de 2014 en las siguientes bases de datos: PubMed/MEDLINE, ScienceDirect, Cochrane Library, PEDro, LILACS y SciELO.

Los términos en torno a los cuáles se realizó la búsqueda fueron “Yoga” y “fibromyalgia syndrome”, “fibrositis”, “widespread pain”, “chronic fatigue syndrome” adaptándose cada término en función de la base de datos.

PubMed/ MEDLINE: (“Fibromyalgia”[Mesh]) OR “Fatigue Syndrome, Chronic”[Mesh]) OR widespread pain) OR fibrositis) AND “Yoga”[Mesh] con un resultado de 11 artículos. ScienceDirect: Yoga and fibromyalgia, con un único artículo. Cochranes Library: Con un total de 39 artículos para la búsqueda de “fibromyalgia” in Title, Abstract, Keywords or “fibrositis” in Title, Abstract, Keywords or “chronic fatigue syndrome” in Title, Abstract, Keywords or “widespread pain” in Title, Abstract, Keywords and “yoga” in Title, Abstract, Keywords in Cochrane Reviews’. Scielo: (fibromyalgia) AND (yoga), 1 artículo. PEDro: (fibromyalgia) AND (yoga), 8 artículos. Liliacs: (tw:(fibromialgia)) OR (tw:(sindrome de fatiga cronica)) OR (tw:(dolor generalizado)) OR (tw:(fibrositis)) AND (tw:(yoga)), 24 artículos.

Selección artículos

Inicialmente, la búsqueda bibliográfica produjo 83 artículos potencialmente apropiados para su inclusión en este estudio, de los cuales, el 47% fueron encontrados en la base de datos Cochranes Library, el 29% en Liliacs, el 13% en PubMed, el 10% en PEDro y el 1% en Scielo. Posterior a su análisis y a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, 28 fueron eliminados por estar duplicados. De los 55 restantes 42 fueron excluidos porque no incluían pacientes con fibromialgia o no incluían el yoga como intervención.

De los 13 artículos a texto completo evaluados para la selección, 1 artículo fue excluido porque no incluía intervención con Yoga y otros 5 por tratarse de revisiones sistemáticas. Finalmente 6 fueron los artículos a texto completo incluidos en el análisis.

Extracción de datos

Se realizó un análisis de los 6 estudios identificados consistentes en:

- Ensayos clínicos aleatorizados: 3.
- Ensayo clínico quasi- randomizado: 1.
- Ensayos clínicos preliminares no controlados: 2.

Los 6 estudios que cumplían los criterios de inclusión de esta revisión evaluaron diferentes modalidades de Yoga. En uno de los estudios fue investigada la modalidad del Yoga combinado con la técnica de reducción del estrés basado en Mindfulness (Schmidt, Grossman, Schwarzer, Jena, Naumann y Walach, 2011).

En un ensayo (Da Silva, Lorenzi-Filho y Lage, 2007) se investigó la modalidad de relajación Yoga frente a otro tipo de Yoga llamado Yoga Plus Touch que consistía en que el terapeuta realizaba unas pequeñas fricciones y deslizamientos sobre el paciente con ropa.

Todos los estudios tuvieron un período de intervención de 8 semanas. Variando la frecuencia semanal y la duración de las sesiones.

La naturaleza de los grupos control varía considerablemente entre los estudios incluidos, en dos de los estudios no existe grupo control (Hennard, 2011; Rudrud, 2012), otros dos estudios (Carson et al., 2010; Carson et al., 2012) utilizan grupo intervención frente a grupo lista de espera, un estudio (Schmidt et al., 2011) utiliza 3 grupos diferentes, intervención, control y lista de espera y otro estudio (Da Silva y Lage, 2006) compara en dos grupos, dos tipos de Yoga.

La edad de los participantes oscila entre 18- 70 años siendo el grupo mayoritario investigado el formado por mujeres, únicamente un estudio (Hennard, 2011), incluye a un hombre en la investigación.

El número de participantes es muy diverso, tenemos estudios con 10 participantes, otros con 40-50 y un estudio que presenta 137.

En todos los ensayos se utilizó como medición principal de los resultados la escala FIQ, Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia, en uno de los estudios se aplicó la versión revisada (Carson et al., 2010) y la Escala EVA. Otros métodos utilizados para medir dolor fueron: Catastrofización del Dolor (CSQ), Aceptación del Dolor (CPAQ), Escala de Autopercepción del dolor, Adaptación al Dolor (VMPCI); para medir la capacidad funcional objetiva: Functional Senior Fitness Test Battery (Test Alzarse en la Silla), Déficit Equilibrio (SCBT); para medir la calidad de vida, bienestar y sintomatología: Patient Global Impression of Change, Cuestionario de Calidad de Vida para Pacientes Crónicos, Depresión (CES-D), Ansiedad (STAI), Calidad del sueño (Pittsburgh Sleep Quality Index), Percepción del Dolor (PPS) y diarios que recogían datos percibidos por las pacientes como dolor, fatiga, estrés, aceptación y relajación.

Descripción de los estudios incluidos

Un informe preliminar realizado por Rudrud (2012) en 2012 describe un tipo de Yoga suave llamado Hatha que mezcla diferentes tipos de Yoga: Vinyasa, Kundalini e Iyengar como intervención para pacientes con fibromialgia. Se mostraron los resultados de ésta práctica durante 8 semanas con una frecuencia de dos veces por semana. El estudio de 10 participantes mostró una reducción en los resultados del FIQ tras el tratamiento. No existen resultados significativos en la reducción del dolor post tratamiento. Mejoras relativas de los síntomas de fibromialgia se pueden asociar a la práctica de Hatha Yoga suave.

Hennard (2011) realizó un estudio piloto donde se describe una estrategia para utilizar el yoga y la meditación como terapia para pacientes que sufren fibromialgia. Se mostraron los resultados de la práctica de yoga y meditación para ayudar a manejar los síntomas de la fibromialgia durante 8 semanas. El estudio de 11 participantes mostró una mejoría significativa en el estado general de salud y de los síntomas de rigidez, ansiedad y depresión. Mejoras significativas también fueron vistas en el número reportado de días “que se sentía bien” y el número de días “que faltó al trabajo” debido a la fibromialgia. Mejoras no significativas se observaron en las mediciones del dolor, la fatiga, y cómo se sintieron por la mañana. Este estudio apoya los beneficios del yoga y la meditación para las personas con fibromialgia y alienta a una mayor investigación para explorar su uso como terapias estándar para la fibromialgia (Hennard, 2011).

Un estudio piloto del 2010 de Carson J et al. (2010) tuvo como objetivo evaluar los efectos de una intervención de yoga sobre los síntomas de la fibromialgia. Una muestra de 53 mujeres con fibromialgia fueron asignadas al azar a un programa de 8 semanas de Yoga de Conciencia (poses suaves, meditación, ejercicios de respiración, instrucciones de afrontamiento de yoga, discusiones de grupo) o a un listado de precauciones estándar. Después del tratamiento, las mujeres asignadas al programa de yoga mostraron mejorías significativamente mayores en las medidas estandarizadas de síntomas de la fibromialgia y el funcionamiento, incluyendo

el dolor, la fatiga y el estado de ánimo, y en el catastrofismo del dolor, aceptación, y otras estrategias de afrontamiento (Carson et al., 2010).

En un posterior ensayo clínico aleatorizado realizado por Carson J et al. (2012) investigó los efectos de la intervención de yoga sobre los síntomas de la fibromilagia teniendo en cuenta el efecto a largo plazo (3 meses) tras dejar de realizar la intervención. Una muestra de 39 mujeres, fue randomizada de forma aleatoria en dos grupos, uno el grupo intervención formado por 21 mujeres y otro el grupo lista de espera formado por 18. Ambos grupos realizaron un programa de 8 semanas con una sesión semanal de Yoga. Los resultados muestran mejoras en el FIQR en ambos grupos tras intervención inmediata y a los 3 meses manteniéndose los resultados conseguidos. Una mayor práctica de Yoga está asociado a una mejora de los resultados.

Schmidt S et al. (2011) evaluó en un ensayo clínico aleatorizado los efectos combinados de la reducción de estrés basada en Mindfulness y el Yoga en pacientes con fibromialgia. Para ello reclutó a un total de 177 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 70 años, a las cuales randomizó de forma aleatorizada a uno de los siguientes grupos: Grupo 1: Intervención. Grupo 2: Grupo control activo. Grupo 3: Grupo lista de espera. El grupo 1 completo una intervención de 8 semanas con una sesión semanal de 2,5h y 7h un día en fin de semana, basado en Mindfulness y Yoga. El grupo 2 completo una intervención de 8 semanas con un formato similar al grupo 1 pero la intervención consistía en aspectos no específicos del Mindfulness y Yoga. El grupo 3 fue la parte no activa de tratamiento pero se le ofreció realizarlo en el futuro. Los resultados muestran mejoras significativas en la calidad de vida y bienestar de los pacientes. No existen diferencias significativas entre los 3 grupos. Por tanto, no se puede recomendar este tipo de intervención como un tratamiento efectivo para mujeres con fibromialgia.

Da Silva G. D et al. (2007) realizaron un ensayo clínico aleatorizado analizando el efecto de dos tipos de intervenciones; Yoga relajante que consistía en simples posturas de estiramiento envolviendo los movimientos de la columna vertebral, 7 min de respiración diafragmática, 15 min técnicas de relajación y al final se leía un texto describiendo los aspectos principales de la filosofía del Yoga para comprender mejor el propósito del tratamiento. El otro tipo de intervención, Yoga Plus Touch consistía en que durante la fase de relajación del tratamiento se le aplicaban técnicas de contacto Tui Na, son suaves deslizamientos y presiones por el tronco y extremidades, se les pedía concentración en estas maniobras, se realizaba por encima de la ropa. El ensayo incluyó 40 mujeres diagnosticadas de fibromialgia de entre 25 y 60 años que fueron randomizadas de forma aleatoria a uno de los grupos de intervención. Finalmente quedaron 17 en el grupo Yoga relajante y 16 en el otro, 7 fueron excluidas por no acudir a las sesiones de tratamiento. El programa duró 8 semanas con una sesión semanal de 50 min. Los resultados del estudio muestran una mejora del FIQ en ambos grupos pero no existe diferencia significativa entre los grupos. No existen resultados significativos en cuanto al dolor medido con el algómetro entre los grupos. Sin embargo, el grupo Yoga Plus Touch mostró mejoras en

la escala EVA tras el seguimiento 4-6 semanas después de la última sesión. En ambos grupos se muestra una disminución del dolor medido con la escala EVA tras la sesión. Se concluye que el Yoga es un método terapéutico para personas con fibromialgia con necesidad de más investigaciones.

Calidad metodológica de los estudios incluidos.

Los estudios fueron revisados siguiendo los criterios establecidos en la Physiotherapy Evidence Database (PEDro).

Las puntuaciones de calidad metodológicas de PEDro varían de 0 a 7 puntos de un máximo teórico de 10 puntos (media = 3,66). Tres ensayos (Carson et al., 2010; Carson et al., 2012; Schmidt et al., 2011) obtuvieron una alta calificación de calidad (6 a 7 puntos), mientras que los 3 restantes (Hennard, 2011; Rudrud, 2012; Da Silva et al., 2007) recibieron baja puntuación (≤ 5 puntos). Los defectos más comunes fueron la falta de medidores cegados (todos los ensayos). Aunque los terapeutas nunca fueron descritos como ciegos, esa situación no puede considerarse como un error ya que conseguir terapeutas reales ciegos es imposible en este tipo de estudios.

Discusion

En general, el número de ensayos sobre la eficacia del Yoga para el tratamiento de la fibromialgia es limitado y los resultados son inconsistentes entre los estudios incluidos en esta revisión sistemática. De los seis ensayos de Yoga en fibromialgia sólo dos (Carson et al., 2010; Hennard, 2011) muestra una evidencia significativa en la mejora de los resultados del FIQ. En tres (Carson et al., 2012; Da Silva et al., 2007; Rudrut, 2012) se obtienen mejoras en los resultados del FIQ pero no son resultados significativos. Uno de los ensayos (Schmidt et al., 2011), no presenta diferencias significativas entre los resultados de los grupos estudiados.

Además, no existen evidencias significativas acerca de la mejora del dolor en ninguno de los ensayos. Muchos otros aspectos como fatiga, ansiedad, depresión, calidad de vida, bienestar, calidad del sueño y percepción del dolor, no son analizados en todos los estudios.

El total de los estudios analiza pacientes con fibromialgia mujeres en un rango de edad de entre 18-70 años. Se trata de un rango de edad muy amplio en el que no se podrá extrapolar resultados a la población. Solo uno de los estudios (Hennard, 2011), analiza a un paciente con fibromialgia hombre, por lo que, los resultados obtenidos no podrán ser completamente aplicados para ellos.

El riesgo de sesgo inherente en estos estudios fue evaluado utilizando la escala PEDro (De Morton, 2009; Moseley et al., 2002). Por un lado, el cegamiento de pacientes para la realización de Yoga es generalmente imposible, el cegamiento de los evaluadores para reducir la detección de sesgos no fue aplicado en ningún ensayo y el análisis “intento de tratar” fue utilizado en tres (Carson et al, 2010; Carson et al., 2012; Schmidt et al., 2011) de los ensayos. En consecuencia, la probabilidad de sesgos puede existir en estos estudios.

Un análisis de los estudios incluidos revela una gran variedad de clases de Yoga entre los estudios. En tres de los ensayos (Carson et al., 2010; Hennard, 2011; Da Silva et al., 2007) se explica de forma detallada en que ha consistido la intervención en Yoga. Sin embargo, el resto de los estudios no presenta una explicación detallada sobre la intervención. La intensidad del ejercicio es a menudo diferente según el tipo de Yoga. En consecuencia, algunos de estos estudios podrían estar sujetos a un sesgo de realización.

Existen unas recomendaciones básicas para la práctica de actividad física para la población general, sin embargo un creciente número de investigaciones está evaluando la necesidad de establecer consideraciones especiales para los diferentes tipos de ejercicio en personas con fibromialgia, que vendrían dadas según la sintomatología o el nivel inicial de sus capacidades (Rooks, 2008).

Los diferentes pacientes con fibromialgia presentan niveles distintos en sus capacidades iniciales, algunos son capaces de realizar una actividad de moderada-alta intensidad, mientras que para otros esta intensidad podría incrementar el dolor (Van Santen et al., 2002). En ninguno de los ensayos se tiene en cuenta este aspecto. En uno de los artículos (Rudrud, 2012), se indica un aumento del dolor en las primeras semanas en algunos de los participantes. Los pacientes con fibromialgia presentan unos síntomas muy variables (Harris et al., 2005) por lo que la intensidad no es constante lo que plantea reflexionar en la necesidad de regular la intensidad en la práctica de Yoga dependiendo de la capacidad individual previa al inicio de cualquier programa (Galiano y Sañudo, 2013).

Todos los ensayos incluidos presentan una duración de 8 semanas, quizá los efectos en este tipo de pacientes pueden observarse en un período más amplio y por ello sería necesario realizar estudios con una duración mayor. Por otro lado, una frecuencia de práctica de Yoga una vez por semana puede que no sea suficiente para generar beneficios para la salud. Uno solo de los estudios (Rudrud, 2012) presenta una frecuencia de dos veces por semana siendo los resultados no muy diferentes al resto de los estudios e indicando un aumento del dolor de espalda y cuello en las primeras semanas pudiendo causar esto el abandono de algunas participantes.

No existen revisiones sistemáticas de Yoga en fibromialgia con las que podamos comparar nuestros resultados, sin embargo, en una revisión de Yoga en enfermedades reumáticas (Cramer et al., 2013) en la que se incluye el estudio en fibromialgia concluye que terapias

de movimiento y meditación como el Yoga muestran evidencia de su efectividad en síntomas como dolor, depresión y calidad de vida (Langhorst, Klose, Dobos, Bernardy y Häuser, 2013).

A pesar de que los estudios incluidos muestran mejoras en los síntomas de la fibromialgia, dolor, fatiga, funcionalidad, calidad de vida, bienestar, ansiedad, depresión, etc., en el grupo de Yoga comparando resultados pre- postintervención, muchos estudios observacionales no controlados (Álvarez, 20013; Silva y Lage, 2006; Steffene et al., 2013) también mostraron efectos positivos de Yoga en pacientes con fibromialgia. Desafortunadamente, estos datos son altamente susceptibles de sesgo y presenta una baja evidencia científica de los efectos beneficiosos del Yoga como terapia alternativa de la fibromialgia.

Limitaciones del estudio

La primera limitación que encontramos es el pequeño número y la baja calidad de algunos de los estudios incluidos. Solo la mitad de los estudios tienen una calidad metodológica superior a 6 según la escala PEDro.

Dentro de las limitaciones que presenta esta revisión encontramos falta de información detallada sobre el protocolo de estudio llevado a cabo en algunos de los ensayos clínicos, junto con la metodología y el proceso de aleatorización utilizado.

Otra de las limitaciones fue la falta de información y uniformidad en el tipo de intervención. En algunas revisiones se habla de práctica de Yoga sin identificar exactamente en qué consistió la intervención. En dos de los ensayos no existía grupo control por lo que resulta imposible hacer inferencias sobre la causa efecto de la terapia, en otros dos fueron grupo control activo o con intervención, por lo que resulta más complicado obtener unos resultados significativos, y en los dos restantes si se utilizó grupo control lista de espera. El número de participantes siempre es un factor a tener en cuenta, en dos de los ensayos no superaban los 11.

Existen pocos estudios con un buen nivel de evidencia científica que traten Yoga y fibromialgia.

Futuras líneas de investigación

Existe la necesidad de futuras investigaciones en Yoga para pacientes con fibromialgia para dilucidar aspectos como: determinar características del Yoga (posiciones, respiración, meditación), efecto-dosis de la intensidad del Yoga, frecuencia y duración de los síntomas. Evaluar los efectos a corto, medio y largo plazo en la salud de pacientes con fibromialgia. Determinar cuánto tiempo perduran los efectos positivos.

Continuas y extensas investigaciones son necesarias debido a la heterogeneidad de la población que sufre fibromialgia respecto a los patrones de respuesta a corto y largo plazo resultante de la práctica de Yoga

Tras analizar las limitaciones de los estudios revisados y con objeto de avanzar en el conocimiento de los efectos del Yoga en los pacientes con fibromialgia planteo la siguiente propuesta de estudio: asignar a los pacientes al azar a un grupo de atención habitual (lista de espera) y a un grupo de intervención de Yoga, con una sesión semanal durante 12 semanas. Se estudiará además los efectos producidos 4 semanas después de no practicar yoga. En ambos grupos se valoraran las capacidades iniciales de los pacientes para poder analizar las diferencias en los subgrupos.

Se analizarán en ambos grupos; El dolor con: EVA, Cuestionario del dolor McGill, Escala de Catastrofización ante el dolor, Versión Española of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) y Escala de Autopercepción del dolor. La capacidad funcional objetiva con: Functional Senior Fitness Test Battery, Escala de Borg Modificada y el Cuestionario de autoevaluación de la condición física IFIS. La actividad física y sedentarismo con: Cuestionario del comportamiento sedentario y el Instrumento de Actividad Física en el Tiempo Libre, en Casa o en el Trabajo. La calidad de vida, bienestar y sintomatología con: Cuestionario de Salud SF-36, Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ), Mini Mental State Examination (MMSE), Mutidimensional Fatigue Inventory MFI-S, Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, Depresión (BDI-II), Ansiedad (STAI), Patient Global Impression of Change y la Versión Española íntegra del MBSRQ. Los datos obtenidos serán analizados mediante el programa SPSS. Los resultados de este estudio ayudarán a evaluar mejor el potencial de las intervenciones de yoga en el tratamiento de la fibromialgia. Si las intervenciones demuestran ser eficaces y seguras, este estudio podría proporcionar alternativas de bajo costo y viables para profesionales de la salud en el tratamiento de la fibromialgia.

Conclusiones

A pesar de la incidencia que presenta dicha afección, aún no se ha determinado un patrón de tratamiento con una mejoría realmente significativa del sujeto, no resultando un tratamiento paliativo de los síntomas a corto plazo, ya que estamos frente a una enfermedad con un problema de sensibilización central. Un tratamiento basado en el Yoga muestra una reducción significativa de las variables clínicas y biopsicosociales como son el dolor, la depresión y la ansiedad, mostrando una aumento del bienestar y la calidad de vida de los pacientes a corto y medio plazo, siendo una alternativa de tratamiento fisioterápico como parte de un tratamiento multidisciplinar.

Podemos concluir, por tanto, a pesar de las limitaciones propuestas anteriormente, que el tratamiento del Yoga como parte de un tratamiento multidisciplinar proporciona un abordaje efectivo desde el punto de vista del dolor, la calidad de vida y el bienestar frente a otros tratamientos. Es todavía pronto para llegar a una conclusión acerca de la efectividad de Yoga para personas que padecen fibromialgia. Rigurosos nuevos diseños de estudio son necesarios para evaluar la efectividad del Yoga como terapia alternativa y complementaria en el tratamiento de la fibromialgia.

Referencias

- Adams D, Wu T, Yang X, Tai S, Vohra S (2009). Traditional Chinese medicinal herbs for the treatment of idiopathic chronic fatigue and chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.*; 4.
- Alonso B (2003). Ejercicio físico en la fibromialgia. *Rehabilitación*; 37(6), 363-374.
- Alvarez, M (2003). Yoga: apoyo terapéutico en personas con fibromialgia. *Masaje: Revista de masaje, técnicas manuales y terapias naturales*; (34): 17-21.
- Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EH, Häuser W (2013). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.*; 9.
- Birse F, Derry S, Moore RA (2012). Phenytoin for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*; 7.
- Boyd A, Bleakley C, Gill C, McDonough S, Hurley DA, Bell P, Hannon Fletcher M (2013). Herbal medicinal products or preparations for neuropathic pain and fibromyalgia. *The Cochrane Library*. 2013.
- Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PM, Schachter CL (2007). Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.*; 4 (4).
- Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PM, Schachter CL (2007). Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.*; 4.
- Busch AJ, Webber SC, Brachanlec M, Bidonde J, Dal Bello-Hass V, Danyliw AD, et al. (2011). Exercise therapy for fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.*; 15: 358-367.
- Busch AJ, Webber SC, Richards RS, Bidonde J, Schachter CL, Schafer LA, Overend TJ. (2013). Resistance exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.*; 12.

- Candy B, Hotopf M (2006). Steroids for symptom control in infectious mononucleosis. *Cochrane Database Syst Rev.*; 3.
- Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: Results from a nationwide study. *Ann Rheum Dis.*; 60: 1040–5.
- Carson JW, Carson KM, Jones KD, Bennett RM, Wright CL, Mist SD (2010). A pilot randomized controlled trial of the yoga of awareness program in the management of fibromyalgia. *Pain*; 151(2):530-9.
- Carson JW, Carson KM, Jones KD, Bennett RM (2012). Follow-up of Yoga of Awareness for Fibromyalgia: Results at 3 Months and Replication in the Wait-list Group. *Clin J Pain.*; 28: 804–813.
- Cipriani A, Koesters M, Furukawa TA, Nosè M, Purgato M, Omori IM, Barbui C (2012). Duloxetine versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev.*; 10.
- Corrigan R, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA (2012). Clonazepam for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*; 5.
- Cramer H, Lauche R, Langhorst J, Dobos G (2013). Yoga for rheumatic diseases: a systematic review. *Rheumatology.*; 52: 2025-2030.
- Da Silva GD, Lorenzi-Filho G, Lage LV (2007). Effects of yoga and the addition of Tui Na in patients with fibromyalgia. *J Altern Complement Med.*; 13(10): 1107-13.
- De Morton NA (2009). The PEDro scale is a valid measure of the methodological quality of clinical trials: A demographic study. *Australian Journal of Physiotherapy.*; 55: 129-133.
- Deare JC, Zheng Z, Xue CC, Liu JP, Shang J, Scott SW, Littlejohn G (2013). Acupuncture for treating fibromyalgia. *Cochrane Database of Syst Rev.*; 5.
- Derry S, Gill D, Phillips T, Moore RA (2012). Milnacipran for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*; 3.
- Derry S, Moore RA (2014). Topical lidocaine for neuropathic pain in adults. *The Cochrane Library.*

- Eccleston C, Palermo TM, Williams A, Lewandowski A, Morley S (2009). Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.*; 2 (2).
- Edmonds M, McGuire H, Price J (2004). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.*; 3.
- Galiano Orea D, Sañudo Corrales B (2013). Aplicación del ejercicio físico como terapia en medicina del trabajo para pacientes con fibromialgia. *Med. Segur. Trab.*; 59 (232): 310-321.
- Gámez Iruela J, Sedeño Vidal A (2014). Efectividad del ejercicio físico en el tratamiento de fibromialgia. *Cuest Fisioter.*; 43 (1): 58-68.
- Gaskell H, Moore RA, Derry S (2013). Oxycodone for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *The Cochrane Library.*
- Gill D, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA (2011). Valproic acid and sodium valproate for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*; 10.
- Gilron I, Shum B, Moore RA, Wiffen PJ (2013). Combination pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia. *The Cochrane Library.*
- González LE, Nishishinya MB, Carmona L, Peloso PMJ, Walitt B, Darko G, Urrútia G (2007). NSAIDs, analgesics and opioids agents for fibromyalgia syndrome. *The Cochrane Library.*
- Hadhazy VA, Ezzo J, Berman BM, Creamer P, Bausell B (2003). Mind and body therapy for fibromyalgia. *The Cochrane Library.*
- Hard K, Rickards HE, Haque MS, Ward C (2007). Pharmacological treatments for chronic fatigue syndrome in adults. *The Cochrane Library.*
- Harris RE, Williams DA, McLean SA, Sen A, Hufford M, Gendreau RM, et al. (2005). Characterization and consequences of pain variability in individuals with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.*; 52(11): 3670-4.
- Häuser W, Urrútia G, Tort S, Uçeyler N, Walitt B (2013). Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.*; 1.

- Hearn L, Derry S, Moore RA (2012). Lacosamide for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*2.
- Hennard J (2011). A protocol and pilot study for managing fibromyalgia with yoga and meditation. *Int J Yoga Therap.*; (21):109-21.
- Jensen KB, Loitole R, Kosek E, Petzke F, Carville S, Fransson P, et al. (2012). Patients with fibromyalgia display less functional connectivity in the brain's pain inhibitory network. *Mol Pain.*; 8 (1): 26-32.
- Karjalainen K, Malmivaara A, Van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B.
- Khaliq W, Alam S, Puri N (2007). Topical lidocaine for the treatment of postherpetic neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev.*; 2.
- Langhorst J, Klose P, Dobos G J, Bernardy K, Häuser W (2013). Efficacy and safety of meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatology International.*; 33(1):193-207.
- Larun L, Odgaard Jensen J, Brurberg KG, Chalder T, Dybwad M, Moss Morris RE, Glasziou PP (2014). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome (individual patient data). *The Cochrane Library.*.
- Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ (2014). Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.*; 1.
- Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B, EPISER study Group (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from general population: Results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol.*; 26: 519-26.
- Mease PJ, Arnold LM, Crofford LJ, Williams DA, Russell IJ, Humphrey L, et al. (2008). Identifying the clinical domains of fibromyalgia: Contributions from clinician and patient delphi exercises. *Arthritis Rheum.*; 59 (7): 952-60.
- Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ (2012). Amitriptyline for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*; 12.
- Moore RA, Straube S, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ (2009). Pregabalin for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*; 3.

- Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ (2011). Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*; 3.
- Moseley AM, Herbert RD, Sherrington C, Maher CG (2002). Evidence for physiotherapy practice: A survey of the physiotherapy evidence database (PEDro). *Australian Journal of Physiotherapy.*; 48(1): 43-49.
- Nishishinya MB, Walitt B, Urrútia G, Mease PJ, Rodríguez A, Riera Lizardo RJ, Darko G (2006). Anti-depressants and centrally active agents for fibromyalgia syndrome. *The Cochrane Library.*.
- Price JR, Mitchell E, Tidy E, Hunot V (2008). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*; 3.
- Rooks DS (2008). Talking to patients with fibromyalgia about physical activity and exercise. *Curr Opin Rheumatol.*; 20(2): 208-12.
- Rudrud L (2012). Gentle Hatha Yoga and Reduction of Fibromyalgia- Related Symptoms: A preliminary Report. *International Journal of Yoga Therapy.*; 22: 53-57.
- Sarac AJ, Gur A (2006). Complementary and alternative medical therapies in fibromyalgia. *Curr Pharm Des.*; 12:47-57.
- Schmidt S, Grossman P, Schwarzer B, Jena S, Naumann J, Walach H (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain.*; 152(2): 361-9.
- Seidel S, Aigner M, Ossege M, Pernicka E, Wildner B, Sycha T (2008). Antipsychotics for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*; 4.
- Sicras-Mainar A, Tamayo B, Navarro R, Gutiérrez D (2009). Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria.*; 41(2): 77-84.
- Silva D, Lage, V (2006). Yoga and fibromyalgia. *Revista Brasileira de Reumatologia.*; 46(1): 37-39.
- Steffene R, da Silveira Viana M, de Liz C M, Brandt R, Bevilacqua G, Andrade, A (2013). Efeito da prática conjunta da caminhada e yoga no sono, depressão e qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *ConScientiae Saúde.*; 12(3): 371-378.

- Stewart M (2005). *Yoga*. Barcelona. Editorial AMAT.; 14-100.
- Supraha V, Francis DK, Utrobicic A, Choy EH, Tenzera D, Kordic A (2013). Probiotics for fibromyalgia. *The Cochrane Library*.
- Taimni IK (1996). *A ciência do Yoga*. Brasilia. Editora Teosófica.; 200-21.
- Thomas EN, Blotman F (2010). Aerobic exercise in fibromyalgia: A practical review. *Rheumatol Int.*; 30:1143–1150.
- Tornero VJ (1999). Impacto social y económico de las enfermedades reumáticas: La discapacidad laboral. *Rev Esp Reumatol.*; 26: 347–66.
- Tort S, Urrútia G, Nishishinya MB, Walitt B (2012). Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) for fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.*; 4.
- Uçeyler N, Sommer C, Walitt B, Häuser W (2013). Anticonvulsants for fibromyalgia. *The Cochrane Database Syst Rev.*; 10.
- Van Santen M, Bolwijn, P, Landewe R, Verstappen F, Bakker C, Hidding A, et al (2002). High or low intensity aerobic fitness training in fibromyalgia: does it matter? *J Rheumatol.*; 29: 582-587.
- Walker M, Meekins G, Hu SC (2005). Yoga neuropathy: a snoozer. *The neurologist.*; 11(3), 176-178.
- Weiner DK, Ernst E (2004). Complementary and alternative approaches to the treatment of persistent musculoskeletal pain. *The Clinical journal of pain*; 20(4), 244-255.
- White KP, Speechley M, HarthM, Østbye T (1999). The London fibromyalgia epidemiology study: Direct health care cost of fibromyalgia syndrome in London, Canada. *J Rheumatol.*; 26: 885–9.
- Wiffen PJ, Derry S, Lunn MP, Moore RA (2013). Topiramate for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*; 8.
- Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, Aldington D, Cole P, Rice AS, Kalso EA (2013). Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia—an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database Syst Rev.*; 11 (11).

- Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, McQuay HJ (2011). Carbamazepine for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*; 1.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.*; 62 (5): 600-10.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum.*; 38:19-28.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of Fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum.*; 33 (2): 160-72.