



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI”, BARCELONA.

FIBROMIALGIA. ESTUDIO CLÍNICO Y EVALUACIÓN FUNCIONAL.

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en
Medicina Física y Rehabilitación.

Ani Jwalyerttanián Ajounián.

Tutor (a): Ligia Monterola

Barcelona, junio 2012



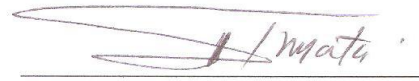
Dra. Ligia Monterola
Tutora



Dr. Nixon Contreras
Director del Curso



Dra. Naidine Manzano
Coordinadora Regional
Sede Anzoátegui



Dra. Irma Mata
Asesor Metodológico y Estadístico





UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **ANI JWALYERTTANIÁN AJOUNIÁN** Cédula de identidad N° **21.724.996**, bajo el título "**FIBROMIALGIA. ESTUDIO CLÍNICO Y EVALUACIÓN FUNCIONAL**", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN-INRM**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 08 de Junio de 2012 a las 09:00 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en el Auditorio del servicio de Ginecología del Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona- Edo. Anzoátegui, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

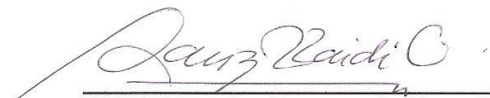
2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado fue aprobado por unanimidad.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad y ser inédito en esa materia, por su aporte al desarrollo de la investigación, planificación diagnóstica y terapéutica, sugiriéndose continuar esta línea de investigación, con una inclusión más amplia en el análisis de la población.


En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 08 días del mes de Junio del año 2012, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado Ligia del Carmen Monterola Subero.

El presente trabajo fue realizado bajo la dirección de Ligia del Carmen Monterola Subero.



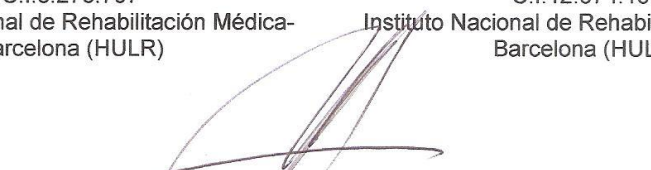
Naidine Carolina Manzano de Rivero /
C.I.8.273.797

Instituto Nacional de Rehabilitación Médica-
Barcelona (HULR)



Avimarel José Aliendres González /
C.I.12.574.157

Instituto Nacional de Rehabilitación Médica-
Barcelona (HULR)



Ligia del Carmen Monterola Subero / C.I.4.020.009
Instituto Nacional de Rehabilitación Médica- Barcelona (HULR)
Tutora



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 08 de junio de 2012

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA,
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.**

Yo, *Ani Jwalyrtanián Ajounián*, autor del trabajo o tesis, **“FIBROMIALGIA. ESTUDIO CLÍNICO Y EVALUACIÓN FUNCIONAL.”**

Presentado para optar: **Especialista en Medicina Física y Rehabilitación,**

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

X	<i>Si autorizo</i>
	<i>Autorizo después de 1 año</i>
	<i>No autorizo</i>
	<i>Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo</i>
<i>Indique: Si autorizo</i>	


Ani Jwalyrtanián Ajounián.
C.I. N° 21.724.996
e-mail: *anijwal2@hotmail.com*

En Barcelona, a los 08 días del mes de junio de 2012

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Yo, Ligia Monterola portador de la Cédula de identidad N° 4.020.009, tutor del trabajo: **“FIBROMIALGIA. ESTUDIO CLÍNICO Y EVALUACIÓN FUNCIONAL”**, realizado por el estudiante **Ani Jwalyerttanián Ajounián**.

Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.



Firma del Profesor

En Barcelona a los 08 días del mes de junio de 2012

Se dedica este trabajo:

A Dios, nuestro señor, y a la Virgen Santísima por concederme la vida, la capacidad y la fortaleza para culminar satisfactoriamente mis estudios de postgrado.

A mis padres por darme la vida, el amor, su confianza, por su esfuerzo y dedicación constante, orientándome por el mejor de los caminos. A mi padre que a pesar de no estar físicamente, permanece siempre a mi lado. Que Dios lo tenga en su Gloria.

A mi esposo Luis Cordero y mis hijos Alfredo y Ariana por el amor, la tolerancia e incentivarne cada día a alcanzar esta meta. Para ustedes el mayor de mis triunfos.

A mis hermanos Baltazar y Lousin por su apoyo y soporte en los momentos más difíciles y felices.

A mis sobrinos Verónica, Arminé, Armen, Armenuhi, espero ser su guía para su vida futura. Que Dios los bendiga.

A mis amigos y compañeras de postgrado por compartir este esfuerzo y lograr esta meta.

A mis docentes del postgrado Dra. Ligia Monterola, Dra. Naidine Manzano, Dr. Arcenio Rivero, Dra. Josefina González, Dr. Salvador Núñez, Dr. Wilfredo Díaz, Dr. Avimarel Aliendres, por su excelente aporte académico, orientación, enseñanza incondicional en la formación de la Medicina Física y Rehabilitación.

Se agradece por su colaboración para el desarrollo de esta tesis:

A mi tutora Dra. Ligia Monterola, quién me brindó su asistencia incondicional, confianza, apoyo académico y espiritual en todos y cada una de las actividades inherente a mi investigación, al consolidar mi motivación para la realización de dicho estudio.

A los participantes en el estudio, a todos los pacientes, personal médico Fisiatra, terapeutas físicos y ocupacionales, personal administrativo, de historias médicas y enfermería del IPASME- Unidad Barcelona, por la atención y colaboración brindada durante la permanencia en esa institución.

A mis asesores metodológicos y estadísticos, Dra. Irma Mata y Lic. Judith Lárez, por su excelente aporte, minuciosidad de su atención, supervisión y exhaustiva revisión del trabajo de investigación.

A la Sra. Amarilis Rodríguez por su colaboración en la transcripción del trabajo de investigación.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	6
AGRADECIMIENTO.....	7
RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
MÉTODOS.....	38
RESULTADOS.....	40
DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	58
REFERENCIAS.....	59
ANEXOS.....	

FIBROMIALGIA. ESTUDIO CLÍNICO Y EVALUACIÓN FUNCIONAL.

Ani Jwalyerttanián Ajounián, C.I. 21.724.996. Sexo: Femenino, E-mail: anijwal2@hotmail.com.
Telf: 0424-8667446/0281-2826131. Dirección: Hospital Universitario Dr. Luis Razetti de Barcelona.
Especialización en Medicina Física y Rehabilitación.

Tutora: Ligia Monterola, C.I. 4.020.009. Sexo: Femenino, E-mail: ligiamonterola@gmail.com.
Telf: 0414-7996438/0281-2685658. Dirección: Hospital Universitario Dr. Luis Razetti de Barcelona.
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

RESUMEN

Este trabajo plantea describir las características del dolor crónico y establecer el tipo de discapacidad en pacientes con Fibromialgia. Es un dolor musculoesquelético difuso, benigno, no articular y de etiología desconocida, de más de 3 meses de duración. Afecta entre 2 y 5% de la población mundial, con prevalencia en mujeres; en Venezuela ha aumentado su incidencia, la padece alrededor de 1.5 millones de personas. Se diseña un estudio descriptivo y prospectivo, con 30 pacientes diagnosticados con Fibromialgia, que asisten al servicio de Fisiatría en el IPASME, Unidad Barcelona. Se aplica un instrumento tipo entrevista a los pacientes y al médico Fisiatra de la unidad. Los resultados obtenidos demuestran que el 100% pertenecen al sexo femenino, con predominio entre los 48 a 53 años. Entre los síntomas prevalentes están: dolor, fatiga, ansiedad, insomnio, rigidez, depresión; todos presentes en la población estudiada., de aparición en diferentes etapas de la enfermedad e intensidad variable. El 67% de las pacientes admiten haber tenido serios problemas en el aspecto laboral, familiar y social habitual. A pesar de existir cierta resistencia a considerar esta enfermedad como discapacitante, el 73% lo confirma, variando el grado según la afectación vital de moderada a grave. La discapacidad física, cognitiva, sensorial y psíquica fueron los tipos de discapacidades descritas en este estudio. Se recomienda avances en la elaboración de protocolos de evaluación de la discapacidad en los afectados con FM para ser calificados dentro de los grados reconocidos en la normativa de las instituciones de salud.

Palabras claves: Fibromialgia; dolor crónico; discapacidad; calidad de vida; aislamiento social; incompreensión.

ABSTRACT

FIBROMYALGIA. CLINICAL AND FUNCTIONAL EVALUATION

This study set out to describe the characteristics of chronic pain and set the type of disability in patients with Fibromyalgia. It is a diffuse musculoskeletal pain, benign, non-articular and unknown etiology, more than 3 months. It affects between 2 and 5% of the world population, with prevalence in women in Venezuela has increased its incidence, have about 1.5 million people. Designing a prospective descriptive study, 30 patients diagnosed with fibromyalgia, who attend the service in the IPASME Physiatry, Unit Barcelona. There is an interview-like instrument to patients and physician Physiatrist unit. The results obtained show that 100% were women, predominantly among 48 to 53 years. Among the prevailing symptoms include: pain, fatigue, anxiety, insomnia, stiffness, depression, all present in the population studied. That appeared at different stages of the disease and varying intensity. 67% of patients admit that there were serious problems in the aspect of labor, family and social routine. Although there is a reluctance to consider this disease as disabling, 73% confirmed by varying the degree to vital involvement of moderate to severe. The physical, cognitive, sensory and mental disabilities were the types described in this study. It is recommended to progress in the development of protocols for assessment of disability in those affected with FM to be classified within the degrees recognized by the rules of health institutions.

Keywords: Fibromyalgia, chronic pain, disability, quality of life, social isolation, lack of understanding.

INTRODUCCIÓN

El dolor es uno de los mayores problemas de salud en el mundo, por su gran incidencia y las serias condiciones que acarrear, como es el sufrimiento humano, el cual tiene impacto deletéreo sobre el individuo con deterioro en su calidad de vida; además de las pérdidas económicas no sólo del paciente y su familia, sino para los sistemas de salud y la sociedad en general.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), define el dolor como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño real y potencial de algún tejido” ^(1,2).

El dolor crónico es un problema de salud pública, dura más de tres meses o supera el lapso normal de recuperación o que coexista junto con una enfermedad crónica. Puede ser continuo o intermitente. Afecta a las personas hasta tal punto que no pueden trabajar, ni realizar actividades físicas de ninguna clase, pierden el apetito y no disfrutan de la vida ⁽²⁾.

La Fibromialgia (FM) es un tipo de dolor crónico, es un síndrome de etiología desconocida, que se caracteriza por dolor músculo-esquelético difuso y benigno, de origen no articular de más de tres meses de duración y la objetivación de unos puntos dolorosos en áreas anatómicas específicas (puntos hipersensibles o puntos gatillos).

Existen otros síndromes que tienen semejanza en sus síntomas con la FM, pero no son

iguales, lo que sí podemos decir que son enfermedades limitantes y quien las padece sufre en varios aspectos, tanto físico como psicológico, y que es de difícil solución, pero no imposible.

El presidente de la Liga Reumatológica Española (LIRA) afirma: “los enfermos de FM encuentran muchos impedimentos para acceder a una baja laboral transitoria o permanente, a pesar de que su dolencia, en muchas ocasiones, les impide realizar las tareas más cotidianas”. Esto se debe a la falta de aceptación de la enfermedad, los insuficientes instrumentos para su evaluación y la ausencia de una prueba palpable que determine la existencia de la enfermedad y su gravedad ^(4,6).

Es importante señalar que en Venezuela la prevalencia de esta enfermedad crónica según las estadísticas reportadas por trabajos realizadas por el Instituto de Neurología y Neurociencias Aplicadas (INNAP) ha aumentado y existe alrededor de 1.5 millones de personas afectadas por esta patología, y estos actualmente presentan una mala calidad de vida, con un alto impacto de la enfermedad no sólo en el aspecto físico, sino en el desempeño de sus funciones sociales, laborales y su estado emocional ⁽⁷⁾.

La Organización Mundial de la Salud define a la **discapacidad** como cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. Puede ser temporal o permanente, reversible o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica (discapacidad psíquica), a deficiencias físicas (discapacidad física), sensoriales (discapacidad sensorial) o de otro tipo (discapacidad

intelectual o mental o cognitiva). Además definen a la **deficiencia** como toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica ⁽¹⁰⁾.

En Venezuela el Ministerio del Poder Popular para la salud, a través del despacho del viceministro de redes de salud colectiva, la dirección general de Programas de Salud en Atención en Salud para Personas con Discapacidad (PASDIS), desde marzo 2008, nos presenta un modelo de informe médico de clasificación y calificación de la discapacidad (anexo 1 y 2), que es aplicado en las instituciones públicas a todos los pacientes con cualquier tipo de discapacidad. Dentro de las revisiones realizadas se encontró la evidencia de la valoración funcional de la Fibromialgia, según el consenso para esta enfermedad en Catalunya (2002), fijó 3 grados diferentes de afectación vital que bien pudiera ser aplicable en esta investigación: ⁽¹¹⁾

- **Grado I: afectación vital leve.** Escaleras de valoración clínica con puntuaciones inferiores al 50 % y sin interferencia con la función o el trabajo.

- **Grado II: afectación vital moderada.** Escaleras de valoración clínica entre un 50 y 75 % e interferencia con la función o el trabajo (pérdida parcial de actividad).

- **Grado III: afectación vital grave.** Escaleras de valoración clínica superiores a 75 % y marcada interferencia con la función o el trabajo (imposibilidad para realizar trabajo o situación de baja laboral por enfermedad).

Tomando en cuenta lo antes señalado, se pretende describir las características del dolor crónico y establecer el tipo de discapacidad que padecen los pacientes con fibromialgia que acuden al servicio de Fisiatría del IPASME, Unidad Barcelona, Estado Anzoátegui, octubre 2010 – marzo 2011.

Planteamiento del problema:

La FM es una enfermedad reumática crónica y compleja que ocasiona a quienes la padecen, dolor que puede tener múltiples localizaciones en el cuerpo, fatiga, rigidez, trastorno del sueño, así como también se puede acompañar de una gran variedad de otros síntomas. Esta patología no es una entidad nosológica nueva, ha venido estudiándose desde 1904. A pesar de ser un cuadro clínico no reconocido en décadas pasadas, debido a lo difuso del mismo, actualmente se considera una enfermedad claramente establecida.

Aunque se conoce los criterios para su diagnóstico, todavía existen médicos especialistas que ignoran la existencia de la FM, y la relacionan como resultado de las dificultades que tienen que enfrentar algunos seres humanos al estrés y a la agitada vida moderna.

Debido al desconocimiento y a que los síntomas son comunes a otras enfermedades, el 60% de los casos se tarda hasta nueve (9) años antes de llegar al diagnóstico correcto ⁽⁷⁾.

Diferentes estudios epidemiológicos han reportado que la FM afecta entre 2 y 5% de la población a nivel mundial. En el 80-90% de casos se trata de mujeres de 30-60 años; es raro su inicio en la edad infantil o en personas mayores de 65 años ^(1,3,6).

En Venezuela, según lo reportado por el INNAP 2005, la prevalencia de la FM ha aumentado 13.4 % siendo cada día más frecuente la presencia de pacientes cursando con los síntomas de esta enfermedad. Este auge en las consultas médicas, en especial en el servicio de Fisiatría del Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio del poder

popular de Educación (IPASME), es debido a la existencia de factores de comorbilidad (como el estrés laboral o emocional, depresión, ansiedad, estados premenstruales o menopáusicos), que están relacionados con la aparición clínica, que muchas veces no son diagnosticados debidamente y que varía en su severidad. Por otra parte es conocido que esta utilidad nosológica perturba el rendimiento de la persona que la padece, principalmente por el dolor crónico persistente entre otros síntomas, lo que repercute en la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

De allí la necesidad de realizar un trabajo de investigación, con el objetivo de describir las características del dolor crónico, como la FM y considerarla como una enfermedad discapacitante, ya que se hace importante en el historial de estos pacientes, la valoración de las patologías coexistentes, pues a pesar de que afecta la calidad de vida y ser muy incapacitante para el desempeño de sus actividades cotidianas y laborales, no es invalidante por sí mismo, sino en los períodos de agudización que presenta, no disponiendo de medios objetivos para cuantificar el grado de discapacidad en un caso determinado.

Tomando en consideración esta problemática, surge las interrogantes: ¿Es la FM una enfermedad discapacitante? ¿Qué grado y tipo de discapacidad produce?.

Importancia y justificación:

Como síntoma o patología, el dolor crónico es el motivo más importante de visita médica, ya que entre un 40 y un 80% de las consultas están relacionadas con dolor. No en vano, el dolor crónico es considerado como la mayor amenaza para la calidad de vida a nivel

mundial. Entre los pacientes aquejados de dolor crónico, las enfermedades reumatológicas, y en concreto la fibromialgia, representa la causa más frecuente de dolor.

El impacto del dolor crónico y de la FM en los sistemas de salud y en la sociedad en general es extremadamente alto. Estos síndromes suponen un elevado costo tanto para las economías (en términos de baja productividad y ausentismo laboral), como para los propios individuos afectados, dadas sus implicaciones en términos de funcionamiento físico y psicológico, discapacidad e incluso mortalidad asociada.

La FM tiene una prevalencia elevada y su incidencia es mayor en las décadas de edad productiva, por lo que las repercusiones laboral es notoria, presentando variaciones en los diferentes países, dependiendo en gran parte si es considerada o no una enfermedad incapacitante esto refleja probablemente diferencias políticas y realidades socioeconómicas. Esta patología ha alcanzado en algunos países proporciones casi epidémicas en lo que respecta a reclamaciones judiciales de incapacidad, de hecho, el 25% de los pacientes con ella han recibido en EEUU, Canadá y algunos países nórdicos, alguna forma de compensación mientras que sólo el 3% de la población general tiene algún tipo de incapacidad laboral ^(18,19) . En Venezuela la situación es muy distinta y el porcentaje de pacientes con incapacidad laboral reconocida administrativamente por esta causa es prácticamente inexistente.

En vista del auge de la enfermedad en las consultas medicas, específicamente del servicio de fisioterapia del IPASME, por las importantes repercusiones de la FM en el ámbito físico, laboral y psicosocial, de los pacientes que consultan, por el dolor musculo esquelético, generalizado, como síntoma cardinal, traen como consecuencia diferentes tipos y grados de

discapacidad para cumplir con sus actividades en el hogar y el trabajo, por esto el interés en realizar un estudio, en donde se describa las características del dolor crónico, desde el punto de vista clínico como funcional, ya que esta enfermedad a pesar de ser discapacitante, en nuestro país y en el estado donde se realiza la investigación, no es considerada como tal, al menos que coincida con otras patologías crónicas.

Delimitaciones:

Con este trabajo de investigación se busca estudiar la FM como dolor crónico, su evaluación clínica y funcional. ¿Cuál es el tipo de discapacidad en los pacientes con FM que acuden a la consulta de Fisiatría del IPASME, Unidad Barcelona, desde octubre 2010- marzo 2011?.

Antecedentes:

En Venezuela, se han realizado pocas investigaciones en relación a la aplicación de métodos para establecer la discapacidad en pacientes con FM como enfermedad crónico por sí solo. Sin embargo, a nivel internacional, específicamente en España, existen varios estudios donde se demuestra que la FM se trata de una enfermedad caracterizada por ausencia de pruebas que indican de manera objetiva la severidad y puede influir como elemento negativo para conceder incapacidad. Cabe destacar los siguientes trabajos realizados por:

Guillermo Garcés (2003): “Determinación del nivel de deficiencia, discapacidad y minusvalía en pacientes con FM antes y después del tratamiento rehabilitador. Centro de Medicina Física y Rehabilitación “Dr. Regulo Carpio López”, Hospital Central Antonio María Pineda. Barquisimeto, Venezuela”. El objetivo de este trabajo de investigación fue determinar

el nivel de deficiencia, discapacidad y minusvalía de los pacientes antes y después del tratamiento rehabilitador; aplicando el Clasificador Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía de la OMS. Se estudió una muestra constituido por 29 pacientes, todos del sexo femenino y con edades comprendidos entre los 11 y 70 años, con diagnóstico de fibromialgia; a todos los pacientes se le realizó dos (2) evaluaciones, estableciendo de esta manera el nivel de deficiencia, discapacidad y minusvalía presente antes y después de tratamiento rehabilitador. Se determinó así, que 75,86% de los pacientes presentaron Nivel III de Deficiencia; 62,06% Nivel II de Discapacidad y 51,72% Nivel II de Minusvalía para el momento de su ingreso al servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Posterior a la aplicación del Protocolo de Fibromialgia se observó una mejoría estadística significativa, presentando 82,75% de los pacientes Nivel I de Deficiencia; 79,31% Nivel I de Discapacidad y 100% Nivel I de Minusvalía. En consecuencia se recomienda el uso del Clasificador Internacional para evaluar la respuesta terapéutica a un plan de manejo en pacientes con fibromialgia dada su objetividad.

Cayetano Alegre y Conxita Vidal (2006): “Estudio del grado de discapacidad laboral en amas de casa con fibromialgia”, realizado en la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, España. Se estudió un grupo homogéneo de 13 mujeres, de profesión amas de casa, de 44 a 64 años de edad, cuyo objetivo fue estudiar el impacto de la enfermedad sobre la funcionalidad laboral, percibido por ellas mismas y por un familiar con quien conviviera, como parámetro de objetivización; así se concluyó que la discapacidad percibida es superior a la objetivada por los medios clínicos al uso, y que la concordancia entre la percepción del paciente y la del familiar que convive con él es muy estrecha. Se considera necesario estudios con mayor número de casos y métodos más objetivos para poder cuantificar la discapacidad en la FM.

Joaquín Esteve-Vivesa (2010): “Evaluación de la capacidad funcional en Fibromialgia. Análisis comparativo de la validez de constructo de 3 escalas”. En el Hospital General Universitario de Alicante, España. Estudio multicéntrico transversal con 301 pacientes procedentes de consultas externas de Reumatología de 15 centros en España, completaron los cuestionarios Health Assessment Questionnaire (HAQ), Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire (FHAQ) y la escala de función física del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FF-FIQ), y se compararon sus puntuaciones en grupos extremos de capacidad funcional, los cuales mostraron una aceptable validez, concluyendo que los dos primeros cuestionarios mencionados miden más adecuadamente la verdadera capacidad funcional de los pacientes con FM.

Juan Carlos Restrepo (2010): “Comparación de las sentencias de incapacidad permanente por FM en España: diferencias según la resolución sea favorable para el paciente o para Instituto Nacional de la Seguridad Social”; identificando 148 sentencias, presentadas en los estados de Murcia, Cataluña y Baleares con la concesión de la Incapacidad permanente, por la presencia de puntos específicos que a la presión desencadenen dolor. Universidad de Alicante, Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Derecho del Trabajo y Seguridad Social. España.

Marco Teórico:

La palabra fibromialgia (FM) significa dolor en los músculos y en el tejido fibroso (ligamentos y tendones). Es por este motivo una afección reumática más entre las muchas existentes. La FM se caracteriza por dolor músculo esquelético crónico generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos (puntos dolorosos). Se trata de un

problema de salud que produce un fuerte impacto social en todas las naciones y sin distinción de clase ^(3,23).

Esta enfermedad ha recibido innumerables sinónimos como: fibrositis, reumatismo no articular, reumatismo psicógeno, miofibrositis intersticial, miogelosis, reumatismo muscular, reumatismo de partes blandas entre otros ⁽¹⁶⁾.

La Declaración de Copenhagen estableció la Fibromialgia como un diagnóstico válido para una condición de salud. Fue incorporado en la International Statistical Clasificación of Diseases and Related Health Problems (CID-10). A pesar de que desde el año 1992 la FM está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CEI-10) y ser reconocida por la Organización Mundial de la Salud, el sistema sanitario público no está preparado para hacer frente a la creciente demanda asistencial de este grupo de pacientes ⁽⁵⁾.

A pesar de este reconocimiento oficial reciente, la FM considerado como tal una situación patológica caracterizada por dolores difusos, con puntos selectivos “diana” de dolor, ya fue descrita por Gowers en 1904, aunque con el término de fibrositis. Sin duda el que, en 1990 el AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY, estableciera unos criterios de muy alta sensibilidad y especificidad para la clasificación de la FM, ha sido determinante para su aceptación y asentamiento de forma general ^(3,4).

Durante mucho tiempo se ha asignado a la fibromialgia el carácter de enfermedad psicológica o psicosomática, lo cual ha quedado demostrado que no es así en estudios de resonancia magnética a pacientes con fibromialgia, donde se comprobó que los dolores son

reales y se manifiestan en los lóbulos frontales del cerebro. De todos modos continúa el debate respecto a si es una enfermedad en sí misma, o es en realidad un conjunto de síntomas (lo que se dice un síndrome) correspondiente a enfermedades reumatológicas o inmunológicas, de difícil y costoso diagnóstico. No se han detectado alteraciones físicas en los puntos que el paciente afirma dolorosos, razón por la cual las hipótesis más actuales al respecto de su causa se dirigen hacia fenómenos de sensibilización a nivel central y mantenimiento del dolor por alteraciones en las respuestas de los neuromediadores. Un examen cuidadoso de los músculos de las personas con fibromialgia, revela zonas sensibles al tacto en lugares específicos, llamados puntos hipersensibles, los cuales son áreas del cuerpo que resultan dolorosas cuando se ejerce presión sobre ellas. La presencia y el patrón de estos puntos característicamente hipersensibles diferencian la fibromialgia de otras afecciones ⁽¹⁸⁾.

Aunque aún no se sabe con certeza la causa de este síndrome, los últimos estudios sugieren la existencia de cierta vulnerabilidad genética y una respuesta anómala del Sistema Nervioso Central, asociada a una mayor sensibilidad al dolor. En este sentido se han detectado niveles bajos de algunas sustancias importantes en la regulación del dolor (particularmente la serotonina) y niveles elevados en el sistema nervioso, de sustancias productoras de dolor (sustancia P). También se ha hallado un bajo nivel de flujo sanguíneo a nivel de la región del tálamo del cerebro y anormalidades en la función de las citocinas. Algunas teorías apuntan hacia una predisposición genética, destacando especialmente las investigaciones sobre el gen COMT que sintetiza la enzima Catecol-O-Metil Transferasa en la vía de las catecolaminas. Otros estudios han encontrado elevados niveles de anticuerpos anti-polímeros en pacientes con fibromialgia, lo que podría indicar que se trata de una enfermedad autoinmune ^(14,18).

Existen agentes desencadenantes o agravantes, que no parecen causar la enfermedad, sino que probablemente hacen es despertarla en una persona que ya tiene una anomalía oculta en la regulación de su capacidad de respuesta a determinados estímulos. Es probable que una respuesta anormal a los factores que producen estrés, desempeñe un papel muy importante en esta enfermedad, así como muchos de los casos de FM comienzan posterior a hechos puntuales y concretos, como infecciones víricas o bacterianas, accidentes de automóvil, alteraciones emocionales (separación matrimonial, problemas con los hijos, pérdida de empleo, fracaso profesional) y la tristeza que se produce como reacción al malestar continuado que provoca la enfermedad. En ocasiones aparece después de que otra enfermedad conocida limite la calidad de vida del paciente (artritis reumatoide, lupus eritematoso). En otros casos se puede producir debido a una reacción alérgica a metales, bien sea por una restauración dental, prótesis metálicas, cosméticos, tatuajes, joyas y piercings o vacunas y tratamiento con sales metálicas. Integrándose así teorías que abarcan los diferentes y complejas relaciones entre los mecanismos de sueño-vigilia (alteraciones del ritmo circadiano), el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, los centros de procesamiento de las vías del dolor (fenómenos de sensibilización central y periférica del dolor) y el sistema nervioso autónomo (alteraciones en el tono autonómico o simpático-vagal: hiperactividad simpática sostenida con hiporeactividad simpática ante el estrés). Este padecimiento es así considerado en un modelo integral, una enfermedad del sistema psico-neuro-inmuno-endocrino⁽¹⁸⁾.

La fibromialgia es un trastorno complejo, ya que los síntomas pueden variar de una persona a otra, tanto en su manifestación como en su intensidad. Además del dolor corporal difuso, es frecuente que los afectados presenten trastornos del sueño, síndrome del colon irritable, rigidez muscular, cefalea, parestesias, entumecimientos u hormigueos, mareos,

problemas de memoria y de atención, mala tolerancia al ejercicio físico, otros. Debido a los efectos invalidantes del dolor crónico, alrededor de un 30% de estos pacientes presenta también otros trastornos psicopatológicos (principalmente ansiedad y depresión) que, aunque no son causa de la enfermedad, deben ser diagnosticados y tratados convenientemente ⁽²⁵⁾.

Los síntomas pertenecientes al aparato locomotor presentes en los pacientes con FM son⁽²⁵⁾:

- El dolor: síntoma más característico de la enfermedad. Es intenso y diseminado ("*me duele todo el cuerpo*"), afectando a la columna y a los miembros, siendo las localizaciones más comunes: región lumbar (94%), cuello (93%), hombros (90%), rodillas (75%), y pared torácica (71%).

- La rigidez se observa en el 76% de los pacientes, y es de duración prolongada (90 minutos o más).

- La sensación subjetiva de hinchazón en las articulaciones la aprecia el 40% de los pacientes, y las parestesias u hormigueos (en miembros o difusas) el 36%.

Existen otros síntomas que son ajenos al aparato locomotor como:

- La fatiga, principalmente matutina referida por el 80-90% de los pacientes.

- Las alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión y estrés (30-70%). Podrían estar relacionadas con la intensidad del dolor.

- Los trastornos del sueño, son otro de los síntomas principales, ya que están presentes entre un 56-72%.

- El fenómeno de Raynaud y la sequedad bucal, dos síntomas habituales en las enfermedades del tejido conectivo, se encuentran en alrededor de un 10%.

Está claramente comprobada la asociación de la FM con otros síntomas funcionales, como colon irritable, cefaleas tensionales, dismenorreas primarias y vejiga irritable.

El diagnóstico de la fibromialgia se basa en la descripción del paciente de su proceso doloroso crónico y en el hallazgo, por parte del médico, de puntos dolorosos a la presión en localizaciones específicas. Los análisis de sangre y las radiografías no muestran alteraciones. Otras enfermedades como el Hipotiroidismo, el Lupus, la Artritis Reumatoide y algunas infecciones pueden manifestarse de una forma similar, y deben excluirse mediante los exámenes clínicos y las pruebas complementarias oportunas. El criterio para la FM incluye el criterio diagnóstico del American College of Rheumatology (ACR) y el Canadiense ^(8,16).

Los criterios diagnósticos de la fibromialgia se establecieron en 1990 por el American College of Rheumatology:

1.- Dolor musculoesquelético crónico en cada uno de los cuadrantes del cuerpo (arriba y debajo de la cintura, y a ambos lados del cuerpo; además hay dolor axial cervical o dolor en la parte anterior del tórax o columna torácica o dolor lumbar) durante más de 3 meses.

2.- Ausencia de otra enfermedad que pudiera ser la causa del dolor subyacente (como por ejemplo: Artritis Reumatoidea (AR), trastornos tiroideos, Lupus, etc.).

3.- Presencia de dolor al tacto de por lo menos 11 de los 18 puntos sensibles o gatillos:

Occipucio: bilateral en la inserción del músculo suboccipital.

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

Trapezio: bilateral, en el punto medio del borde superior.

Supraespinoso: bilateral, el origen sobre la espina de la escápula próximo al borde medial.

Segunda costilla: bilateral, en la segunda unión condroesternal.

Epicóndilo lateral: bilateral a 2 cm distal del epicóndilo.

Glúteo: bilateral cuadrante superior externo de la nalga en la parte abultada del músculo.

Trocánter mayor: bilateral, posterior a la prominencia trocantérea.

Rodilla: bilateral en la almohadilla grasa media próxima a la línea articular.

La presión digital debe de ser realizada con una fuerza aproximada de 4 kg. Para que un punto gatillo sea considerado positivo el paciente debe sentir dolor, no es suficiente con sentir presión o sensibilidad ⁽³¹⁾.

Para realizar el diagnóstico de fibromialgia es preciso que se cumplan los dos criterios, aunque hay autores que consideran que se puede realizar el diagnóstico ante casos de cuadro clínico compatible y con menos de 11 puntos sensibles ⁽³¹⁾.

El criterio diagnóstico Canadiense enfatiza la evaluación de signos y síntomas clínicos adicionales de FM; estos incluyen manifestaciones neurológicas y neurocognitivas, fatiga, sueño disfuncional, manifestaciones autonómicas, neuroendocrinas y rigidez ⁽⁸⁾.

Las pruebas complementarias son normales. No es raro observar pacientes que en relación con su edad, profesión o anomalías anatómicas presenten cambios degenerativos en la radiología simple. Se recomienda tener un mínimo de pruebas complementarias que varían según los autores, en general: Hemograma, bioquímica, VSG (Velocidad de Sedimentación Globular), enzimas musculares, función tiroidea, factor reumatoide y ANA (Anticuerpos Antinucleares). En el contexto apropiado se pueden solicitar radiografías limitadas a áreas muy sintomáticas. Es preciso un índice de sospecha adecuado. El diagnóstico precoz y el

seguimiento adecuado mejoran el pronóstico además de evitar al paciente exploraciones innecesarias.

El médico evaluador tiene que tener presente las diferentes formas de presentación de la Fibromialgia ⁽¹⁷⁾:

A. Según su origen:

Fibromialgia Primaria: cuadro clásico de dolor generalizado y puntos sensibles, en ausencia de otras patologías.

Fibromialgia Concomitante: aparece asociada con otra u otras patologías, que pueden determinar parte pero no toda la sintomatología del paciente (en particular, dolor local).

Fibromialgia Secundaria: en la que aparece junto a otra patología como manifestación de la enfermedad subyacente, y en que mejorar los síntomas de la fibromialgia con el tratamiento de la enfermedad primaria se ha atribuido tal relación a la polimialgia, a disturbios endocrinos (hipotiroidismo), a infecciones (brucelosis) y a síndromes paraneoplásicos.

Fibromialgia Juvenil: entre los 9 y 17 años de edad, con incidencia especial en las niñas entre los 13 y 15 años de edad, que asemeja a la fibromialgia del adulto.

Fibromialgia del Anciano: de aparición por encima de los 65 años, que requiere especial atención al diagnóstico diferencial y a la patología concomitante y secundaria.

Fibromialgia Reactiva: incluye a aquellos pacientes a los cuales es identificable un episodio específico inmediatamente antes del inicio de la enfermedad: traumatismo (especialmente de accidente de tráfico), infección, cirugía y sucesos estresantes, incluso abuso sexual infantil.

Fibromialgia Regional: sería superponible al Síndrome del Dolor Miofascial, y se pueden diferenciar los cuatro cuadrantes, con afectación de todos o de cada uno.

B. Según su expresión:

- Con predominio de dolor y cansancio.
- Con predominio de múltiples puntos de dolor.
- Con predominio de sensación de tumefacción y agarrotamiento.
- Con predominio de clínica asociada.
- Con predominio de depresión, ansiedad y estrés.

Para llegar al diagnóstico de certeza, tenemos que saber que hay otros procesos que obligan a hacer el diagnóstico diferencial de la fibromialgia. Esta se hará con diferentes patologías que se manifiesten con dolor muscular y rigidez: Síndrome de Fatiga Crónica, Síndrome Doloroso Miofascial, Polimiositis, Poliartritis Reumatoide, Polineuropatías endocrinas, Osteoporosis, y otros.

Es muy importante tener en cuenta que el proceso de diagnóstico diferencial de la FM deben descartarse siempre: hipocondría, el trastorno de conversión, la somatización, el trastorno somatomorfo, depresión mayor. El descartar que una patología psiquiátrica pueda ser causa del dolor generalizado y el complejo sintomático asociado es fundamental para poder enfocar correctamente el problema del paciente. Una buena herramienta de despistaje psiquiátrico es el IDI (Composite International Diagnostic Instrument) de la Organización Mundial de la Salud ⁽³¹⁾.

El manejo de la FM debe ser interdisciplinario y no ser llevado en forma aislada por un solo especialista. Este equipo involucra la participación de médicos Fisiatras, Reumatólogos, Psiquiatras, Gastroenterólogos, además psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales entre otros. Se debe contemplar los siguientes aspectos: ⁽¹⁶⁾

Tratamiento Farmacológico:

- Neuromoduladores: Anticonvulsivantes; Antidepresivos.

Son medicamentos que facilitan el sueño profundo, relajan los músculos y elevan el umbral del dolor. Los antidepresivos funcionan elevando el nivel activo de serotonina, noradrenalina o ambos en el cerebro. Existen tres clases principales: tricíclicos, inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y duales (recaptan varios neurotransmisores). Recientemente se han realizado estudios para la utilización con éxito de anticonvulsivantes o antiepilépticos, como la Pregabalina y la Gabapentina⁽³²⁾.

- Analgésicos Puros.

Al no ser una enfermedad inflamatoria es preferible emplear analgésicos como el Acetaminofén o Paracetamol y resulta innecesaria la administración de antiinflamatorios no esteroideos. Usar analgésicos de acción central tipo codeína y tramadol. La combinación de Paracetamol con Tramadol resulta eficaz.

- Antihistamínico sedante, hipnóticos no benzodiazepínicos y las benzodiazepinas. Agentes farmacológicos utilizados para mejorar la calidad del sueño de los pacientes con FM.

Tratamiento No Farmacológico:

- Medidas educativas y sociales.

El paciente debe ser informado desde el principio sobre las características del síndrome, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y potenciando su colaboración con las terapias mediante la confianza en una probable mejoría. Se debe proporcionar información adecuada para que el paciente y su familia puedan ponderar bien la situación, conocer la realidad de la terapia y los progresos científicos para neutralizar promesas fraudulentas.

- Rehabilitación: Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

El inicio de un programa físico no fatigante o la terapia con ejercicios de relajación producen una mejoría global en la mayoría de los pacientes, fundamentalmente en la tolerancia del dolor, aunque no parecen modificar la calidad del sueño. Se puede recomendar la realización de alguna tabla de gimnasia, ejercicio aeróbicos, natación, terapia de relajación, masajes, tratando de adaptarlo a cada paciente.

La terapia ocupacional juega un rol importante en la intervención multidisciplinaria del dolor crónico. El tratamiento ocupacional del dolor crónico, y en particular de la FM, persigue la regulación de las actividades de la vida diaria, el establecimiento de objetivos funcionales, la educación sobre técnicas ergonómicas y una correcta adaptación ergonómica en el entorno, y ayudar al paciente al retorno de su actividad laboral.

- Infiltraciones locales (terapia neural).

Las inyecciones locales de los puntos dolorosos con anestésicos locales, sobre todo si luego se siguen de masaje local, son de gran ayuda para dolores puntuales intensos.

- Terapia cognitiva conductual:

Ayuda a reducir el dolor y mejorar la percepción de falta de salud. Contribuye a reestructurar patrones negativos y a desarrollar estrategias preventivas en las situaciones en las cuales se produce percepción de dolor aumentado. Las investigaciones realizadas (ensayos no controlados) ofrecen resultados de reducción del dolor, mejora de otros síndromes clínicos, mejora funcional y disminución del dolor en los puntos gatillo.

- Otras alternativas: acupuntura, biofeedback, hipnosis, etc.
- Suplementos alimenticios que aporten nutrientes celulares y liberen radicales libres del organismo para ayudar a mejorar el dolor y combatir la enfermedad.

No obstante, el mejor tratamiento que se puede ofrecer a los pacientes con FM, suele ser la comprensión, ya que responderán automáticamente de forma positiva cuando perciban interés por su mejoría.

Al desconocer la causa de la FM, no existe una cura; los tratamientos se enfocan en el control de los síntomas de la misma en el mayor grado posible. De la misma manera que las manifestaciones de la enfermedad varían de paciente a paciente, así también varían las formas de tratamiento que tienen éxito.

Diferentes estudios longitudinales sobre pacientes con Fibromialgia han puesto de manifiesto su tendencia a la cronicidad, originando grados variables de discapacidad y un claro impacto sobre la calidad de vida ^(19,31).

La calidad de vida es un término descriptivo que se refiere al bienestar físico, emocional y social y a la capacidad funcional para la ejecución de las tareas comunes de la vida diaria. Existen múltiples instrumentos que pretenden evaluar el impacto de una amplia variedad de tratamientos y enfermedades sobre la calidad de vida del paciente, pero que resultan poco precisos para medir resultados relevantes en el caso de FM. Actualmente se está utilizando con fines de investigación aplicada un conjunto de instrumentos específicos cuando se quieren conocer los efectos físicos, sociales y emocionales que ocasiona la fibromialgia y la respuesta

obtenida a distintos tratamientos. La finalidad de su uso es ayudar al profesional a decidir entre tratamientos alternativos, incorporando la perspectiva del paciente y permitiendo, de este modo, planificar las intervenciones terapéuticas más adecuadas para un paciente concreto ⁽³¹⁾.

A pesar de no existir medios objetivos para cuantificar el Grado de Discapacidad/Incapacidad, se conocen algunos instrumentos para la evaluación clínica de los pacientes con FM, entre los cuales se puede mencionar: ⁽²⁰⁾

- **Escala de Severidad o Intensidad de Fatiga (FSS)**: diseñado por Krupp en 1989, creado en neurología. Su aplicación más extensa ha sido en pacientes con: Esclerosis múltiple, Lupus Eritematoso Sistémico y Poliomiелitis, aunque también se ha utilizado en trastornos del sueño. Consta de 9 ítems valorados de 0 a 7 puntos, todos ellos hacen referencia expresa a la intensidad de la fatiga. Se obtiene el valor medio de dichas puntuaciones. (ver anexo 5).

- **Cuestionario sobre el Impacto del Síndrome de Fibromialgia (SFM), FIQ (FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNARIE)**: desarrollado en 1994 por Burckhardt y colaboradores. Es un procedimiento para medir el impacto del síndrome fibromiálgico en la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Consta de 11 ítems que valoran: capacidad física, posibilidad de realizar el trabajo habitual, repercusión sobre la actividad laboral remunerada, dolor, fatiga, rigidez, sensación de cansancio, ansiedad, depresión. Este cuestionario ha sido adaptado al idioma español y validado por la Universidad Rovira i Virgili de Reus. Collado y colaboradores en su documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña aconsejan el uso del FIQ (Cuestionario de impacto de fibromialgia). Es hasta ahora el único instrumento específico para evaluar a los pacientes afectados por fibromialgia. (ver anexo 3).

- **Escala de Impacto de Fatiga (FIS):** diseñada por Fisk y colaboradores en 1994. Evalúa los efectos de la fatiga en la calidad de vida de pacientes afectados de enfermedades somáticas. Valora la percepción de limitación funcional que la fatiga ha ocasionado en el último mes. Incluye tres subescalas de percepción de impacto de la fatiga: Función cognoscitiva (10 ítems), Función física (10 ítems), Función psicosocial (20 ítems). Cada ítem se puntúa de 1 a 4 siendo el máximo de puntuación 160 puntos. Se considera significativa cuando el resultado es igual o superior a 120 puntos. El número precedente a cada frase indica el orden en el que se presenta en la escala de impacto de fatiga original. No se trata de una versión española adaptada sino de una traducción literal. (ver anexo 4).

- **Cuestionario de Salud SF-36:** es un instrumento desarrollado a partir de una extensa variedad de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study). Detectan tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y salud mental. (ver anexo 6).

Además existen otras escalas como: MOS (Escala de sueño); PGIC (impresión de cambio global del paciente); VAS Dolor (Visual Analog Scale) (ver anexo 7); MAF (valoración multidimensional de la fatiga); HADS (escala de ansiedad y depresión hospitalaria); que permiten medir la calidad de vida y los problemas psicológicos y psiquiátricos de los pacientes que cursan con fibromialgia.

Entre las posibles escalas de valoración disponibles, el FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) y el FAI (Fibromyalgia Attitude Indexes), han sido evaluadas en pacientes con fibromialgia, demostrando su validez y sensibilidad. El FIQ, compuesto de cuatro escalas y un

cuestionario, es la escala más utilizada para el seguimiento de la fibromialgia, aunque sólo se dispone de una versión traducida del cuestionario validado en inglés. Sin duda, su uso requiere tiempo y adquisición de habilidades para su aplicación e interpretación, por lo que la opción más adecuada puede ser la utilización de escalas de autovaloración que permitan, de manera rápida, estimar el impacto vital, grado de severidad, respuesta al tratamiento y evolución temporal del paciente con FM. Formadas por un conjunto mínimo de escalas analógicas o analógico-visuales que catalogan y representan gráficamente una serie de variables de difícil expresión verbal (dolor, estado de ánimo y otras sensaciones), pueden incorporarse a la historia clínica y facilitar la información necesaria para un adecuado manejo del paciente. Aunque su diseño es muy variado, tienen en general una buena sensibilidad y reproductibilidad, y permiten completar la valoración clínica en relación con el dolor, el estado de ánimo y las dificultades para la realización de actividades laborales o tareas domésticas.

En cuanto a la evaluación de la sintomatología psicopatológica, existen dos tipos básicos de instrumentos, los heteroadministrados (requieren la evaluación de un profesional entrenado en la utilización de la entrevista) y los auto administrados. Entre los cuestionarios heteroadministrados destacan por su reconocimiento internacional el Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) y el Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS). Entre los instrumentos auto administrados, probablemente el más utilizado en la literatura científica sobre el dolor crónico sea el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI y MMPI-II). No obstante, es probable que el elevado tiempo requerido para su administración dificulte su utilización en la práctica clínica cotidiana. Existe una versión abreviada (Mini-Mult) que requiere un tiempo de aplicación significativamente menor y que ha demostrado una correspondencia aceptable con las escalas básicas obtenidas en el instrumento completo⁽³¹⁾.

La FM no acorta la esperanza de vida de los pacientes, pero puede afectar de manera importante su capacidad funcional, limitando las actividades de la vida diaria, aunque la pérdida de la capacidad funcional no tiene por qué ser progresiva e irrecuperable en todos los pacientes.

La evaluación de la incapacidad funcional en la FM es controvertida. En los estudios llevados a cabo hasta el momento, no se ha encontrado una herramienta que permita evaluar objetivamente la intensidad de la afectación que ocasiona. Por otra parte, la ausencia de pruebas complementarias, biológicas o radiológicas que nos indiquen de manera objetiva la severidad de la FM determina que la medición del grado de afectación de la calidad de vida en las personas con FM resulte imprescindible⁽¹⁷⁾. Los datos sobre la incapacidad que presentan los pacientes se basan en mediciones realizadas con cuestionarios descritos anteriormente de calidad de vida genéricos, o específicos de otras enfermedades musculo esqueléticas que han sido adaptados a este fin, con excepción del FIQ.

En España, el estudio EPISER midió la capacidad funcional de la población adulta con enfermedades musculo esqueléticas mediante el cuestionario Health Assessment Questionnaire-Disability Score (HAQ-DS), llegando a la conclusión de que la FM afecta de forma muy significativa a la capacidad funcional, independientemente del sexo, la edad, el nivel de estudios y la presencia de comorbilidad, por detrás de la Artritis Reumatoidea, pero más que la artrosis de rodilla, la lumbalgia y la artrosis de mano^(12,31).

Estudios realizados en otros países informan que los pacientes afectados de FM poseen una peor función de sus capacidades físicas, pasan más días en cama y pierden más días de

trabajo que los controles sanos. Son factores de riesgo añadido estar en la edad media de la vida, realizar trabajos pesados, recibir una pensión por incapacidad y presencia de acontecimientos estresantes previos a la aparición de la FM, siendo un factor de protección una buena actividad física.

En relación con el impacto que ocasiona la FM en el ámbito familiar, es destacable la ausencia de estudios diseñados a este fin, por lo que desconocemos, al menos en nuestro ámbito, cuatro aspectos fundamentales ⁽²⁵⁾:

a) Grado de disrupción familiar desde el punto de vista psicoafectivo, asociado a la FM (previo o posterior a su aparición).

b) Cargas familiares secundarias a la aparición de la FM (redistribución de roles en los componentes de la familia, redistribución de tareas, pérdida de rol social, etc.).

c) Pérdidas económicas familiares.

d) Patrón de conducta familiar en relación con la FM y su repercusión.

Hay otros factores acompañantes de la FM que pueden influir en la situación laboral de los pacientes. Puede haber factores predisponentes, como un trauma emocional o físico, que por sí mismos pueden provocar incapacidades laborales. Otro punto a considerar son los efectos adversos de la medicación, especialmente teniendo en cuenta que frecuentemente se utilizan varios fármacos en el tratamiento de la FM ⁽²⁵⁾.

Podemos concluir que en España las enfermedades musculo esqueléticas son una causa importante de incapacidad laboral. Un alto porcentaje de pacientes con FM está en esta situación, aunque no necesariamente causada solamente por la propia fibromialgia, con unas

cifras que se acercan o coinciden con las de algunos países de nuestro entorno. Se desconoce el porcentaje exacto de pacientes con FM que llegan a una situación de incapacidad laboral permanente. Este porcentaje podría ser más importante si tenemos en cuenta que en la población que cumple criterios de FM hay una mayor proporción de desempleados y amas de casas que en la población sin FM ⁽¹³⁾.

Una mención especial requiere el enfoque socio laboral, ya que el mantenimiento de una actividad laboral compatible con la evolución de la FM es de gran ayuda para el paciente en el curso del proceso. La conservación de la máxima integración en las empresas de estos pacientes requiere de una estrecha coordinación de los servicios asistenciales con los servicios de salud laboral y los servicios de recursos humanos de las empresas para evitar que una falta de comunicación origine un prematuro e inadecuado cese en la actividad laboral, que lejos de facilitar la evolución de la FM, empeore su pronóstico, cuando un ajuste y adecuación a su debido tiempo de la actividad puede contribuir decisivamente a una mejoría en el pronóstico.

Cuando, a pesar de las intervenciones terapéuticas, el paciente evoluciona hacia la incapacidad severa, se detecta un déficit en la protocolización de la evaluación de la incapacidad en relación con su profesión habitual o con cualquier profesión remunerada, durante el proceso terapéutico y en las unidades de valoración de incapacidad de la Seguridad Social, que permita que pueda ser calificado, en función de su situación y pronóstico personal, dentro de cualquiera de los grados de incapacidad reconocidos en la normativa de Seguridad Social o de otra institución.

Variables:

- Edad.
- Sexo.
- Aspecto psicológico y psiquiátrico.
- Aspectos sociales, laborales y familiares.
- Grado de discapacidad.
- Tipo de discapacidad.

Objetivos:**Objetivo General:**

Describir las características del dolor crónico y establecer el tipo de discapacidad en pacientes con Fibromialgia.

Objetivos Específicos:

- 1.- Caracterizar la muestra según su aspecto clínico.
- 2.- Determinar el aspecto psicológico y psiquiátrico de los pacientes con fibromialgia.
- 3.- Identificar los aspectos sociales, laborales y familiares de importancia en los pacientes con fibromialgia.
- 4.- Determinar el grado de discapacidad de los pacientes con fibromialgia.

Operacionalización de las Variables:

Variable	Dimensión	Indicador	Subindicador (Items)
Edad	Cronología	Años	Anexo 8. 2
Sexo	Género	Femenino Masculino	Anexo 8. 3
Repercusión social, laboral y familiar.	Ninguna Poca Mucha	-Actividades sociales. -Animo. -Vida social. -Desempeño laboral. -Autoestima.	Anexo 8. 8, 11, 12, 13, 15, 18
Aspecto psicológico y psiquiátrico.	Ansiedad Depresión Tristeza Memoria Atención Sueño	-Comportamientos actuales. -Componentes físicos, genéticos, ambientales, sociales, cognitivos, emocionales y educacionales.	Anexo 8. 9,16, 17, 18
Grado de discapacidad.	Grado I: leve Grado II: moderada Grado III: grave	-Actividad de vida diaria. -Rendimiento laboral.	Anexo 8. 14, 15, 19, 20, 21
Tipo de discapacidad.	Física Cognitiva Sensorial Psíquica Intelectual o mental	-Limitación en el área motora, intelectual, deficiencia en los sentidos, en el comportamiento y aprendizaje.	Anexo 8. 14,15

MÉTODOS

Tipo de estudio:

El estudio fue tipo descriptivo y prospectivo que se llevó a cabo en la consulta de Fisiatría en el IPASME, Unidad Barcelona, estado Anzoátegui.

Población y muestra:

La población estuvo conformada por todos los pacientes diagnosticados con fibromialgia del servicio de Fisiatría del IPASME, Unidad Barcelona.

La muestra estuvo constituida por 30 pacientes de uno u otro sexo, de 30 a 60 años de edad, que cumplían con los criterios establecidos en el año 1990 por el Colegio Americano de Reumatología para el diagnóstico de Fibromialgia, que acudieron a la consulta de Fisiatría en el IPASME, Unidad Barcelona, desde octubre 2010 hasta marzo 2011.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes de uno u otro sexo.
- Pacientes entre 30 y 60 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de fibromialgia que acuden a la consulta de Fisiatría, en el IPASME.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con enfermedades psiquiátricas.
- Pacientes con enfermedad orgánica grave.
- Pacientes con un litigio laboral no resuelto, relacionado con la fibromialgia.

Procedimientos:

Se procedió a realizar la investigación, tomando una muestra de 30 pacientes con diagnóstico de FM, entre 30 y 60 años de edad, de la unidad IPASME, del Municipio Bolívar,

del Estado Anzoátegui. Se recolectó la información requerida a través de la aplicación de dos (2) instrumentos tipo encuesta:

Instrumento 1: se aplicó a los pacientes que acudieron a la consulta y posterior a la evaluación se procedió a la aplicación del instrumento correspondiente, previo al llenado de un consentimiento informado. Este instrumento constó de 21 ítems: edad, sexo, estado civil, nivel de educación, ocupación, ítems en relación al impacto social, económico, familiar y laboral de la enfermedad. Este se creó tomando algunos ítems de los diferentes cuestionarios usados para la evaluación clínica y funcional de la fibromialgia, tales como: Cuestionario Salud SF-36, Escala de Impacto de Fatiga (FIS), Cuestionario sobre Impacto del Síndrome de Fibromialgia (SFM), Escala Visual analógica (EVA) y numérica para valoración del dolor, entre otros (ver anexo 8).

Instrumento 2: se aplicó al médico fisiatra encargado del servicio de la unidad IPASME. Constó de 5 ítems sencillas, tipo afirmación o negación (Sí o No), aspectos relacionados con Discapacidad por Fibromialgia. (ver anexo 9).

Con estos instrumentos se obtuvieron los resultados necesarios para cumplir con los objetivos establecidos en esta investigación.

Tratamiento estadístico adecuado:

La información obtenida se tabuló, se agrupó los datos en hojas de cálculo de programa Excel[®]. Se realizó el análisis de los resultados empleando métodos de estadística descriptiva, expresada en términos absolutos y porcentuales, cuya distribución de frecuencia se organizó en cuadros y gráficos con la finalidad de resumir las observaciones obtenidas de las variables en estudio. Finalmente se utilizó un programa computacional, SPSS versión 11.0 para Windows[®], con el cual se presentó las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

RESULTADOS:

Cuadro 1:

Distribución absoluta y porcentual de los pacientes entrevistados según edad. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
36-41	4	13
42-47	6	20
48-53	11	37
54-59	9	30
Total	30	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

De acuerdo con los datos obtenidos directamente de los entrevistados, los mismos se ubican en rangos de edad que oscilan entre 36 y 59 años, edades estas donde existe mayor incidencia de la fibromialgia lo cual indica que esta población está en los parámetros normales de incidencia de esta enfermedad; se observa que la mayor incidencia en este caso está entre y 59 lo cual agrupa un 67% de los entrevistados.

Cuadro 2:

Distribución absoluta y porcentual de los pacientes entrevistados según sexo. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Femenino	30	100
Masculino	-	-
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

El 100% de los entrevistados son mujeres. La fibromialgia tiene mayor incidencia entre las mujeres, esto puede ser por que las causas que la originan están relacionadas con stress, depresión, agotamiento y sobrecarga de actividades.

Cuadro 3:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según estado civil. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Soltera	7	23
Casada	20	67
Divorciada	3	10
Concubina	-	-
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

La distribución de las pacientes entrevistadas según estado civil ubica a una mayor proporción de las mismas dentro de los rangos de solteras y casadas (90%).

Cuadro 4:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según nivel de instrucción. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Analfabeta	-	-
Alfabeta	-	-
Primaria Completa	1	3
Primaria Incompleta	-	-
Secundaria	5	17
Secundaria incompleta	3	10
Universitaria	21	70
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

La mayor proporción de las pacientes entrevistadas según su instrucción se ubica dentro de los niveles de secundaria completa y universitaria, estos rangos mantienen un 87%. Estas cifras coinciden con las cifras de pacientes con Fibromialgia diagnosticadas que en la mayoría son mujeres profesionales. Esto no niega que en otros estratos de nivel de instrucción no exista la enfermedad, pero muchas veces estos no son diagnosticados o confunden los síntomas con otras enfermedades.

Cuadro 5:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según profesión u oficio. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Ama de casa	7	23
Profesional Universitario	17	57
Doméstica	-	-
Obrero calificado	-	-
Obrero no calificado	-	-
Estudiante	-	-
Técnico	4	13
Docente	2	7
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

La mayor proporción de las entrevistadas se desempeñan como profesionales universitarias (57%). También un 23% solo es ama de casa y un 7% docente lo cual incrementa el desempeño profesional a 64%, esto coincide con la incidencia de la enfermedad en mujeres profesionales. Los Técnicos Superiores Universitarios aumentan la proporción de universitarios en un 77%.

Cuadro 6:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según situación laboral. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Si	20	67
No	10	33
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

El 67% de la población está ubicada en el renglón de sí trabaja, la fibromialgia tiene mayor incidencia entre mujeres que trabajan y existen países como España donde se considera una de las enfermedades que más bajas laborales ocasiona.

Cuadro 7:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según afectación de la enfermedad en el entorno familiar. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Me comprenden y apoyan	27	90
No me apoyan	2	7
Perdió amistades	1	3
Perdió su pareja	-	-
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

En cuanto a lo que responden las entrevistadas de cómo afecta la enfermedad a su entorno familiar y amigos el 90% afirma que la comprenden y apoyan, sin embargo, una minoría admite no ser comprendida ni apoyada y hasta han perdido amistades. Estos resultados denotan que ya es mejor comprendida y aceptada la enfermedad; hasta hace unas décadas, a nivel médico no se aceptaba la enfermedad y la persona se sentía aún peor porque su entorno socio-afectivo no aceptaba, ni entendía la enfermedad y por ende no recibían apoyo.

Cuadro 8:

Se indago en el Ítem N° 8 sobre los primero síntomas que presentó cada paciente y la jerarquía de los mismos; a continuación se presentan estos resultados en un renglón que van del 8.1. al 8.6 con sus respectivos análisis.

Cuadro 8.1.

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según el lugar de aparición del Dolor como síntoma de la enfermedad. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS/DOLOR	FA	%
Primer lugar	15	71
Segundo lugar	4	19
Tercer lugar	2	10
Cuarto lugar	-	-
Quinto lugar	-	-
Sexto lugar	-	-
Total	21	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

Cuando se indagan las opiniones de las entrevistadas sobre el lugar de aparición que ocupó el dolor como síntoma de la enfermedad, el 71% opinó que en primer lugar, esto coincide con la realidad de la enfermedad, ya que el dolor es uno de los primeros síntomas y el de mayor permanencia durante la enfermedad.

Cuadro 8.2.

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según el lugar de aparición de la fatiga como síntoma de la enfermedad. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS/FATIGA	FA	%
Primer lugar	3	15
Segundo lugar	4	20
Tercer lugar	4	15
Cuarto lugar	3	5
Quinto lugar	1	25
Sexto lugar	5	-
Total	20	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

La fatiga es otro de los síntomas más notorios frecuentes y molestos de la fibromialgia pero no es frecuente que aparezca como 1er. síntoma en las pacientes

entrevistadas, reporta solo un 15% que apareció en 1er. lugar, las restantes se distribuyen en proporciones parejas entre el 2do. y 6to. lugar.

Cuadro 8.3.

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según el lugar de aparición de la rigidez como síntoma de la enfermedad. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS/RIGIDEZ	FA	%
Primer lugar	2	13
Segundo lugar	4	27
Tercer lugar	3	20
Cuarto lugar	3	20
Quinto lugar	3	20
Sexto lugar	-	-
Total	15	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

El 40% de las pacientes entrevistadas reportan que la rigidez aparece en la sintomatología en 1er. y 2do. lugar, el restante 60% lo ubica entre el 3ero. y 6to. lugar.

Cuadro 8.4.

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según el lugar de aparición del insomnio como síntoma de la enfermedad. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS/INSOMNIO	FA	%
Primer lugar	3	14
Segundo lugar	6	29
Tercer lugar	3	14
Cuarto lugar	6	29
Quinto lugar	3	14
Sexto lugar	-	-
Total	21	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

El insomnio es una molestia bastante frecuente en las personas que padecen fibromialgia sin embargo, no es uno de los síntomas que aparece primero, sino que se presenta a medida que

se instala la enfermedad, de allí que las respuestas se ubican en una dispersión que se desplaza en diferentes proporciones del 1ero. al 6to. lugar, siendo la mayor proporción 62% entre el 2do. y 4to. lugar. Esto es consistente con la realidad.

Cuadro 8.5.

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según el lugar de aparición de la depresión como síntoma de la enfermedad. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS/DEPRESIÓN	FA	%
Primer lugar	0	0
Segundo lugar	1	5
Tercer lugar	5	23
Cuarto lugar	7	33
Quinto lugar	2	10
Sexto lugar	6	29
Total	21	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

El mayor reporte de la depresión como síntoma se sitúa entre el 3er y 4to. lugar, 56%, sin embargo, hay que aclarar que la fibromialgia a veces tiene su origen en un proceso de depresión profunda o secundario al sufrido por la enfermedad.

Cuadro 8.6.

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según el lugar de aparición de la ansiedad como síntoma de la enfermedad. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS/DEPRESIÓN	FA	%
Primer lugar	0	0
Segundo lugar	1	6
Tercer lugar	3	17
Cuarto lugar	3	17
Quinto lugar	7	38
Sexto lugar	4	22
Total	18	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

La ansiedad es un síntoma que refieren las entrevistadas que aparece con mayor frecuencia como el 5to. y 6to. lugar (60%). Considerando que esta se encuentra dentro de las comorbilidades de la enfermedad, es de esperarse que coexista en la misma.

Cuadro 9:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según la intensidad del dolor. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Ausente	8	27
Leve	16	53
Moderado	6	20
Insoportable	-	-
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

De las pacientes entrevistadas la mayoría (73%) manifiestan sentir dolor de intensidad leve y moderado según EVA, el otro 27% manifiestan que de momento no presenta dolor, es bueno aclarar que estas pacientes están en control y que actualmente esta enfermedad tiene tratamiento farmacológico, además del programa de Medicina Física y Rehabilitación, el cual demuestra que es eficaz en el tratamiento de la misma.

Cuadro 10:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según el cumplimiento del tratamiento médico. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
A veces lo cumplió	16	53
Lo cumplió totalmente	7	24
No lo cumplió	7	24
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

El 53% manifiesta que cumplió el tratamiento a veces, por ser muy costoso y en ocasiones no tener recursos económicos; solo un 24% lo cumplió totalmente y en proporciones restantes no lo cumplió.

Cuadro 11:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según la influencia de la fibromialgia en el desempeño laboral. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
No tuve problemas	10	33
Tuve grandes dificultades	20	67
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

En lo que respecta a la influencia de la enfermedad en el desempeño laboral, el 67% admite que tuvo grandes dificultades, sin embargo, el 33% dice no haber tenido problemas. Estos datos son coincidentes con las referencias que esta enfermedad incide en el desempeño laboral de quienes la padecen.

Cuadro 12:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según pérdida del trabajo por la enfermedad. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Si	5	17
No	25	83
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

La mayoría de las entrevistadas 83% coinciden en que la enfermedad no ha ocasionado la pérdida de su trabajo, sin embargo el 17% opina que si perdió su trabajo a causa de su enfermedad.

Cuadro 13:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según estado de salud actual. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Excelente	-	-
Muy buena	2	7
Buena	5	17
Regular	21	70
Mala	2	7
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

En lo que respecta a su salud actual las entrevistadas opinan en un 77% que su salud es entre regular y mala; un 7% considera que es muy buena y un 17% que es buena. Estos datos coinciden con la problemática de la enfermedad que en general, crea un declive en la salud, ocasionando una serie de malestares que hacen que el estado general de las personas no sea del todo satisfactorio, aún con el control de la enfermedad se siente el paciente con estado de fatiga, dolor e insomnio, lo que hace que la persona defina o perciba su estado como poco saludable en general.

Cuadro 14:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según el abandono de alguna tarea en el trabajo o actividades cotidianas por la enfermedad. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Si	22	73%
No	8	27%
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

Según las respuestas de las pacientes entrevistadas, el 73% admite que si dejó de realizar tareas dentro del área laboral y en sus actividades de vida diaria (AVD); dentro del cuadro de

fibromialgias cursa con dolores musculares, así mismo con fatiga, todos estos síntomas impiden o limitan a la persona a la realización de ciertas actividades físicas, también la depresión impide ciertas actividades intelectuales.

Cuadro 15:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según influencia de los problemas de salud y/o emociones en las actividades sociales habituales. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Nada	-	-
Un poco	3	10
Regular	14	47
Bastante	9	30
Mucho	4	13
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

Dentro de las pacientes entrevistadas todas admiten que la enfermedad ha afectado en algún grado sus actividades sociales habituales con familia, amigos u otras personas, un 57% agrupa las que manifiestan entre un poco y regular y el restante 43% manifiesta que bastante y mucho; esto logicamente se relaciona con el grado de afectación que tengan de la enfermedad y el control que se tenga de la misma, lo que si es evidente que en diferentes grados pero si afecta.

Cuadro 16:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según si fueron evaluadas por psiquiatra. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Si	30	100
No	-	-
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

En 100% admite que ha sido evaluada por un psiquiatra, esto es primordial ya que la

fibromialgia es una enfermedad que tiene componentes físicos y emocionales y la figura del psiquiatra es de vital importancia para el control de los factores emocionales que coadyuven al desarrollo de la enfermedad.

Cuadro 17:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según si padecen alguna enfermedad psiquiátrica. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Si	-	-
No	30	100
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

El 100% de las pacientes niegan haber padecido o padecer alguna enfermedad psiquiátrica, sin embargo, hay que aclarar uno de los desencadenantes de la fibromialgia es la depresión, no obstante, las personas sienten cierta resistencia visitar al psiquiatra y a admitir la necesidad de este especialista en el manejo de la enfermedad. También hay que acotar que las personas en general les cuestan admitir que visitan un Psiquiatra porque consideran que esta especialidad es para enfermedades mentales y no lo aceptan.

Cuadro 18:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según capacidad para continuar sus actividades laborales. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Si	14	47
No	16	53
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

La distribución de las respuestas es casi pareja en un 6% de diferencia entre las que admiten que sí pueden (47%) y no pueden (53%), esta diferencia puede revelar la intensidad de la enfermedad y otros factores propios de cada persona.

Cuadro 19:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según si la fibromialgia es una enfermedad discapacitante. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Si	22	73
No	8	27
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

Como se observa en la relación porcentual el 73% considera que la enfermedad crea algún grado de discapacidad, ya que el dolor crónico y otros síntomas impiden la realización de algunas tareas, lo que de alguna manera limita el desempeño normal en la persona.

Cuadro 20:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según su opinión sobre si la solución es dejar de trabajar. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Si	14	47
No	16	53
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

Se observa que aun cuando el 47% de las entrevistadas asume que la solución es dejar de trabajar, el restante 53% dice que no, pues dejar de trabajar sería una solución drástica y puede incidir en que la persona decaiga emocionalmente, lo ideal es buscar alternativas que mejore la condición física y emocional del paciente, de manera de alejar las crisis y hacer más llevadera la situación por parte del paciente.

Cuadro 21:

Distribución absoluta y porcentual de las pacientes entrevistadas según conocimiento de un instrumento de discapacidad para enfermos de Fibromialgia. IPASME, Unidad Barcelona. Octubre 2010-Marzo 2011.

CATEGORÍAS	FA	%
Si	4	13
No	26	87
Total	30	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos del estudio.

La mayor proporción (87%) manifiesta no conocer el mencionado instrumento lo cual denota la poca difusión del mismo. Es bueno aclarar que existen en el ámbito médico actualmente algunos instrumentos que permiten en forma objetiva cuantificar el grado de discapacidad de la fibromialgia, entre otros podemos mencionar: Escala de severidad o intensidad de la fatiga (FSS), diseñado por Krupp en 1989; cuestionario sobre el impacto del Síndrome de Fibromialgia (SFM) desarrollado en 1994 por Burck; escala de impacto de Fatiga (FIS) diseñado por Kisk y colaboradores en 1994.

Además de estos existen otros, el desconocimiento de estos pacientes puede deberse a que no se han tratado con un especialista o no se les ha participado de su aplicación.

DISCUSIÓN

En estudios realizados en España⁽³⁴⁾ se encontró que la FM es un trastorno muscular esquelético crónico, de causa desconocida que ocasiona grados variables de discapacidad, con un claro impacto en la calidad de vida del paciente.

En el presente estudio se encontró que el 67% de los entrevistados opinan que tuvieron serios problemas y dificultades en el trabajo. No obstante la mayoría (83%) manifiestan que no han perdido el trabajo, pero que si han tenido problemas.

Como se observa los resultados son muy parecidos en ambos trabajos, en lo que respecta, si han visto desmejorada su capacidad para el desempeño del trabajo, el 47% admiten que si han presentado dificultades para continuar con su actividad laboral.

El estudio Español concluyó que la FM es una enfermedad que se caracteriza por ausencia de pruebas que indiquen la severidad de la misma, de manera objetiva, lo cual influye en que los jueces valoren la ausencia de este criterio diagnóstico como elemento negativo para conceder una incapacidad.

En lo que respecta a los síntomas que presentan los pacientes con FM, estudios realizados con el auto-test de Síndrome de Fatiga Crónica⁽⁶⁾, determinan que estas enfermedades son diferentes, pero con una forma de presentación y síntomas aparentemente similares, lo cual confunde muchas veces al médico que no es experto; continúa el artículo que el diagnóstico diferencial entre ambas enfermedades y el descartar otras posibles causas de dolor y fatiga, es fundamental para un correcto enfoque diagnóstico, pronóstico y terapéutico.

Los resultados del presente estudio reportan que los pacientes entrevistados, en diferentes grados o proporciones, pero el 100% manifiestan la fatiga como uno de los principales y molestos síntomas de la enfermedad.

Este estudio tuvo como población 30 mujeres, en esto coincide con otros estudios nacionales e internacionales que tienen igual como población al sexo femenino, y también los grupos etarios son covalentes.

En lo que respecta a la discapacidad percibida a nivel del paciente y sus familiares se reportan en este estudio, que el 73% consideran la FM una enfermedad discapacitante; el 47% reportan que la FM le ha creado problemas para su desempeño laboral; en estudios realizados en Cataluña, Barcelona-España⁽³¹⁾, se consiguen resultados muy parecidos.

También reportan los estudios, resultados similares al presente en cuanto a la alteración significativa del nivel de vida y su impacto desigual y severo en el ámbito laboral y familiar del paciente. En este estudio el 90% de los pacientes entrevistados refieren que reciben apoyo familiar, sólo una minoría afirman que no los apoyan y han perdido familia y amistades. Además que el dolor se reporta en diferentes niveles de intensidad y el tratamiento es costoso, por lo que a veces no lo cumplen.

En relación al desempeño laboral el 67% reportan que tuvo grandes dificultades; sin embargo la mayoría manifiesta que no ha perdido el trabajo por causa de la FM, esto también coincide con trabajos internacionales.

Al preguntar sobre el estado de salud actual, el 87% considera entre buena (17%) y regular (70%). Refieren en un 73% que han dejado de realizar ciertas actividades de su vida cotidiana y su trabajo.

Se indaga en el presente trabajo acerca de la incidencia de la FM que ocasionan en los pacientes, dificultades en sus actividades de vida diaria y sociales habituales, reportando desde poco hasta mucho, los pacientes admiten la incidencia de esta dolencia en su vida social y familiar. El 100% de estas mujeres admiten haber sido evaluadas por un psiquiatra, aunque también confirman que no han padecido antes ninguna enfermedad psiquiátrica.

Según estudios realizados en España, reportan que la FM es un trastorno complejo, que los síntomas varían de persona a persona, tanto en su manifestación como en su intensidad, además es frecuente que los afectados presenten trastornos del sueño, dolor, rigidez muscular, cefalea, hormigueo o parestesias, fatiga; los resultados del presente estudio coinciden con los estudios internacionales, donde se encuentran los mismos síntomas en todos los pacientes, pero con variación de un paciente a otro.

CONCLUSIONES

1. Las características de la muestra sometida al estudio fue el 100% mujeres, esto porque la mayor incidencia de pacientes diagnosticadas son del sexo femenino; las edades oscilaron entre 36 y 59 años, con predominio en el intervalo de 48 a 53 años; la mayoría casadas y de nivel de instrucción secundaria y universitaria.
2. El aspecto clínico de la Fibromialgia fue admitido por las pacientes, por haber sentido todos los síntomas en diferentes grados y con diferencia en su aparición, siendo el dolor y la fatiga los más fuertes y mayormente sentidos.
3. A pesar de los aspectos psicológicos y psiquiátricos que pueden formar parte de la clínica de la enfermedad, ninguna paciente había cursado patología psiquiátrica, motivado a la Fibromialgia.
4. El 67% de las pacientes admiten repercusión de la Fibromialgia en el aspecto laboral, así como dificultades en diferentes grados en el aspecto familiar y social habitual.
5. Las pacientes estudiadas confirman que la Fibromialgia es una enfermedad discapacitante en el 73% y el grado de discapacidad varía de afectación moderada a grave en algunas de sus actividades laborales y cotidianas.
6. El tipo de discapacidad descrita por las pacientes estudiadas según la entrevista realizada, fueron la discapacidad física, cognitiva, sensorial y psíquica.

RECOMENDACIONES

1. Dada la prevalencia de la Fibromialgia (FM) y su importante repercusión individual, familiar y social, se recomienda la apertura de líneas de investigación básica, clínica y aplicada en esta enfermedad dentro del Plan Nacional de Investigación y Desarrollo, relacionando las condiciones comórbidas y la discapacidad.
2. Se deberá avanzar en la elaboración de protocolos de evaluación de la discapacidad en relación con cualquier profesión habitual de los afectados con FM, con la finalidad de que puedan ser calificados, en función de su situación y pronóstico personal, dentro de cualquiera de los grados reconocidos en la normativa de Seguridad Social u otras instituciones de salud.
3. Crear o disponer de marcadores más objetivos de la enfermedad y que la valoración funcional se pueda hacer de una manera más precisa que en la actualidad.
4. Impulsar la utilización de cuestionarios y test evaluadores destinados a cuantificar la magnitud de los síntomas y su influencia sobre las actividades en casa y en el trabajo.
5. A pesar de las evidencias que existen, se desconoce si los síntomas psiquiátricos preceden, son consecuencias o coinciden con la FM, siendo por ello necesario la elaboración de estudios, con mayor homogenización de los instrumentos y de las poblaciones usadas, así como de los diseños fenomenológicos.

REFERENCIAS



- 1.- Ojeda G, J. Valoración Médica de la Incapacidad o Discapacidad de la Fibromialgia y Fatiga Crónica. 1º Congreso Nacional de Fibromialgia y Fatiga Crónica. Madrid, Junio 2008; 4-18.
- 2.- Castillo, G. Dolor Crónico. [Serie en Internet]. 2010. [Citado el 21 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.entomomedico.org/saludyenfermedad/dolorcronico.html>
- 3.- Calvo P, I. Fibromialgia y otras formas de dolor musculoesquelético. Rev/ Esp/ Reumatol. 2000; 27: 37- 45.
- 4.- Reimundez, G. Fibromialgia: El Paciente Incomprendido. Rev/ Economía Salud. 2003; 33: 74-76.
- 5.- De Vicente, A; Magán I. Fibromialgia y Dolor Crónico: Abriéndose Paso en el SNS. Infocop. 2009; 43: 3- 4.
- 6.- Institut Ferran de Reumatología. Síndrome de Fatiga Crónica. [Serie en Internet]. 2010.[Citado el 21 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.istitutferran.org/fatigacrónica.htm>
- 7.- Mosquera, I. Fibromialgia. Saludytecnología.net. Caracas. (03/07/2007).
- 8.- J of Clin Rheumatol. Junio, 2006; 12: 80-89.
- 9.- Guideline for the management of Fibromyalgia Syndrome pain in adults & children. Am Pain Society, 2005; 6:124-158.
- 10.- García, E; Sánchez, A. Clasificación de la OMS sobre discapacidad. IMSERSO. Madrid. 2001;15-30.
- 11.- Fernández, J. Valoración Funcional en el Síndrome de Fibromialgia. [Serie en Internet]. 2009. [Citado el 21 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.fibromialgia.nom.es/noticias-fibromialgia-síndromefatigacrónica-sqm-lavaloraciónfuncionalenelsíndromedefatigacrónicayfibromialgia.html>
- 12.- Valverde M, J; Rivas B, C. Fibromialgia. En estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid, 2001. Edit: MSD y SER: 77- 91.
- 13.- Bosch E, S; Valls M, V. Estudio de la calidad de vida en pacientes con Fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. Atención Primaria. 2002; 30: 16- 21.
- 14.- Meeus, M. Central Sensitization: a biopsychosocial explanation for Chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. Clin Rheumatol. 2007; 26: 465- 473.

- 15.- Goldenberg, DL. Fibromyalgia. En Klippel JH, Dieppe PA, eds Rheumatology. St. Louis: Mosby; 1994; 516.1- 516.12.
- 16.- Mera V, I. Fibromialgia. Otros reumatismos asociados a trastornos psicógenos. En: Andrea Sánchez, eds. Manual de Enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Barcelona, 1996; 757- 764.
- 17.- Ojeda G, J; Diez A, M. Consideraciones acerca del Síndrome Fibromiálgico y su repercusión sobre la Incapacidad laboral. [Serie en Internet]. 2007. [Citado el 18 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.peritajemedicoforesense.com>
- 18.- Wolfe, F; Smythe, H; Yunus, M. The American College of Rheumatology, criteria for the Classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum. 1990. 33: 160- 172. (Medline). Creado: oct. 24; 2006.
- 19.- Estudio EPISER. Prevalencia e Impacto de las Enfermedades Reumáticas en la población adulta española. Monografía. [Serie en Internet]. 2009. [Citado el 20 de febrero de 2009]. Disponible en: <http://www.ser.es/proyectos/episerresultados.html>
- 20.- Calduch, F. Valoración de la Discapacidad/ Incapacidad en la Fibromialgia. [Serie en Internet]. 2009. [Citado el 18 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.ctv.es/USERS/avdcv/jornaday>
- 21.- Hurtado, J. El Proyecto de Investigación. Comprensión Holística de la Metodología y la Investigación. (6º ed.). Caracas: Quirón, Sypal; 2010.
- 22.- Amante, E; Vásquez, A. Discapacidad, lo que todos debemos saber. Washington, D.C: OPS; 2006.
- 23.- Carbonell, J. Nuevas fronteras en el diagnóstico y tratamiento de la Fibromialgia. Rev/ Esp/ EULAR. 2007; 5: 4- 5.
- 24.- Elenguer, R; Siso, A; Ramos, M. Clasificación de la Fibromialgia: ¿Existen distintos tipos de pacientes?. Rev/ Esp/ Facultad de Ciencias Médicas. 2009; 4: 146- 158.
- 25.- Ribio, J; Paredes, J. Fibromialgia. Modelo fisiopatológico. Ensayo clínico. 1ª ed. Madrid: McGraw- Hill- Interamericana; 2004.
- 26.- Flórez, M; Valverde, M; García, F. Dolor Musculoesquelético generalizado. Fibromialgia. En: Sánchez, I. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006. p.359- 369.
- 27.- UPEL. Manual de Trabajos de grado, de especialización y maestría y tesis doctorales. 4ª ed. Caracas: FEDUPEL; 2006. Reimpresión 2008.

- 28.- Glavinich, N; Deligdisch, A; Fernández, J. Guía breve para la presentación de trabajos de investigación según Normas de Vancouver. [Serie en Internet]. 2009. [citado el 22 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/vanco.htm>
- 29.- Biblioteca Facultad Nacional de Salud Pública. Estructura y normas para la presentación de trabajos de grado. Estilo Vancouver. Universidad de Antioquia. [Serie en Internet]. 2010. [Citado 10 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.doestoc.com>
- 30.- International Committee of Medical journal Editors. Uniform Requirement for Manuscript submitted to Biomedical Journal. [Serie en Internet]. 2010. [Citado el 20 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.icmje.org/manuscript1prepare.html>
- 31.- Collado, A; Alijotas, J; Benito, P; Alegre, C; Romera, M; Sañudo, I; et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la Fibromialgia en Cataluña. Med Clin (Barc) 2002; 118: 23- 52.
- 32.- Barret, J; et al. Pregabalin as long-term treatment of fibromyalgia pain. Presented at the AEP European Congress of Psychiatry. France. 2008.
- 33.- Arias, F. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. (5ª ed). Caracas: Episteme; 2006.
- 34.- Restrepo, J; Pérez, H; Vives, C; Gil, Diana. Comparación de las sentencias de incapacidad permanente por Fibromialgia en España: diferencias según la resolución sea favorable para el paciente o para el Instituto Nacional de la Seguridad Social. España; 2010.

ANEXOS

ANEXO 1:

 Gobierno Revolucionario de Anzoátegui	Ministerio del Poder Popular para la Salud	Instituto Anzoatiguense de la Salud	Despacho del Viceministro Redes de salud Colectiva Dirección General De Programas de Salud Programa de Atención en Salud para personas con Discapacidad (PASDIS)	 Venezuela AHORA ES DE TODOS
--	--	-------------------------------------	--	---

INFORME MÉDICO DE CLASIFICACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

HAGO CONSTAR QUE EL CIUDADANO:

FECHA DE ELABORACIÓN		
01. DÍA	02. MES	03. AÑO

A.- DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

04. PRIMER APELLIDO	05. SEGUNDO APELLIDO	06. PRIMER NOMBRE
07. SEGUNDO NOMBRE	08. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD / N° DE PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO
	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	09. DÍA 10. MES 11. AÑO
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN		
14. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	15. AVENIDA / CARRERA / CALLE/ ESQUINA	16. EDIFICIO / QUINTA/CASA/GALPÓN
17. PISO/PLANTA/LOCAL	18. CÓDIGO POSTAL	19. PUNTO DE REFERENCIA
20. N° DE TELÉFONO HABITACIÓN	21. NÚMERO DE HISTORIA	

B.- PRESENTA LAS SIGUIENTES DISCAPACIDADES Y SU RESPECTIVA CALIFICACIÓN

22. CLASIFICACIÓN			
22.1. FUNCIÓN DEFICIENTE	22.1.1 CALIFICACIÓN	22.2 ACTIVIDAD LIMITADA	22.2.1 CALIFICACIÓN
MENTAL (INTELLECTUAL)		APRENDIZAJE	
MENTAL (PSICOSOCIAL)		RUTINA DIARIA	
VISUAL		COMUNICACIÓN	
AUDITIVA		MOVILIDAD	
SENSITIVA		AUTOCUIDADO	
VOZ Y HABLA		VIDA DOMÉSTICA	
CARDIOVASCULAR		RELACIONES INTERPERSONALES	
RESPIRATORIA		EDUCACIÓN	
METABOLICA		TRABAJO	
GENITOURINARIA		VIDA CIUDADANA	
NEUROLOGICO			
MUSCULOESQUELETICO			



C.- OBSERVACIONES

D.- DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

23. PRIMER APELLIDO	24. SEGUNDO APELLIDO	25. PRIMER NOMBRE	34. SELLO HÚMEDO
26. SEGUNDO NOMBRE	27. NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD / No. PASAPORTE		
	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		
28. TIPO DE EMPLEADO	29 N° DE REGISTRO DEL MPPS	30. REGISTRO DE COLEGIO DE MÉDICOS	
<input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> CONTRATADO			
31. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN Ú ORGANISMO DONDE LABORA	32. REGISTRO SANITARIO	33. FIRMA	

FORMA

ANEXO 2:

 Gobierno Revolucionario de Anzoátegui	Ministerio del Poder Popular para la Salud	Instituto Anzoatiguense de la Salud	Despacho del Viceministro Redes de salud Colectiva Dirección General De Programas de Salud Programa de Atención en Salud para personas con Discapacidad (PASDIS)		 Venezuela ANORA ES DE TODOS
			TABLA DE LOS CALIFICADORES		
22. Clasificación			22.1. 1 Calificador		
22.1 Funciones Deficientes	xxx. 0 NO hay deficiencia		(ninguna, insignificante...)	0 - 4 %	
	xxx. 1 Deficiencia LIGERA		(poca, escasa...)	5 - 24%	
	xxx. 2 Deficiencia MODERADA		(media, regular...)	25 - 49%	
	xxx. 3 Deficiencia GRAVE		(mucho, extrema...)	50 - 95%	
	xxx. 4 Deficiencia COMPLETA		(total...)	96 - 100%	
22. Clasificación			22.2.1 Calificador		
22.2 Actividades	xxx. 0 NO hay dificultad		(ninguna, insignificante...)	0 - 4 %	
	xxx. 1 Dificultad LIGERA		(poca, escasa...)	5 - 24%	
	xxx. 2 Dificultad MODERADA		(media, regular...)	25 - 49%	
	xxx. 3 Dificultad GRAVE		(mucho, extrema...)	50 - 95%	
	xxx. 4 Dificultad COMPLETA		(total...)	96 - 100%	
<p>xxx.0 NO hay problema (<i>ninguno, ausente</i>) 0 - 4 %.</p> <p>xxx.1 Problema LIGERO (<i>poco, escasa, reducido</i>) 24 % o cuando la persona NO necesita ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria, o NO tiene necesidades de apoyo para su autonomía personal.</p> <p>xxx.2 Problema MODERADO (<i>medio, regular</i>) 25 - 49% o cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.</p> <p>xxx.3 Problema SEVERO (<i>mucho, extremo</i>) 50 - 95% o cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no lo requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.</p> <p>xxx.4 Problema COMPLETO (<i>total</i>) 96 - 100% o cuando la persona necesita para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de la autonomía física mental, intelectual, sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.</p>					
f.- DATOS DEL MEDICO TRATANTE					
23. PRIMER APELLIDO		Escriba el primer apellido del Médico			
24. SEGUNDO APELLIDO		Escriba el segundo apellido del Médico			
25. PRIMER NOMBRE		Escriba el primer nombre del Médico			
26. SEGUNDO NOMBRE		Escriba el segundo nombre del Médico			
27. NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD / No. PASAPORTE		Escriba el número de cédula o pasaporte del Médico			
28. TIPO DE EMPLEADO		Seleccione el tipo empleado fijo o contratado			
29. No. DE REGISTRO DEL MPPS		Coloque el Nro de registro del MPPS			
30. REGISTRO DE COLEGIO DE MÉDICOS		Escriba el número de registro del colegio médico			
31. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN Ú ORGANISMO DONDE LABORA		Escriba el nombre de la Institución donde se expide la certificación			
32. REGISTRO SANITARIO		Escriba el número de registro sanitario de la institución			
33. FIRMA		Coloque la firma del médico			
23. SELLO HÚMEDO		Coloque el sello del servicio o establecimiento de salud como certificación de los datos suministrados			

INSTRUCTIVO FORMA

ANEXO 4:

ESCALA DE INTENSIDAD DE LA FATIGA

	1	2	3	4	5	6	7
1. Mi motivación se reduce cuando estoy fatigado.							
2. El ejercicio me produce fatiga.							
3. Me fatigo fácilmente.							
4. La fatiga interfiere en mi funcionamiento físico.							
5. La fatiga me produce con frecuencia problemas.							
6. La fatiga me impide hacer ejercicio físico continuado.							
7. La fatiga interfiere en el desempeño de algunas obligaciones y responsabilidades.							
8. La fatiga es uno de mis tres síntomas que más me incapacitan.							
9. La fatiga interfiere en mi trabajo, familia o vida social.							
TOTAL							

Esta escala es adecuada para valorar la intensidad de la fatiga fundamentalmente en cuadros neurológicos como esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico y poliomielitis, aunque también se ha utilizado en trastornos del sueño. Su principal utilidad radica en distinguir entre sujetos sanos y sujetos con enfermedades neurológicas y en la valoración de la respuesta al tratamiento farmacológico o entrenamiento aeróbico

Las medias obtenidas en sujetos con esclerosis múltiple son de $4,8 \pm 1,3$, en lupus eritematoso sistémico de $4,7 \pm 1,5$ y en adultos normales de $2,3 \pm 0,7$.

ANEXO 5:

Escala de impacto de fatiga

Dimensión cognoscitiva

Debido a mi estado de fatiga ...

1. Me siento menos alerta
5. Siento dificultad para prestar atención durante un período de tiempo largo
6. Siento que no puedo pensar con claridad
11. Me siento más olvidadizo
18. Me es más difícil tomar decisiones
21. Estoy menos motivado para hacer cosas que requieren pensar
26. Estoy menos apto para terminar tareas que requieren pensar
30. Tengo dificultad para organizar mis pensamientos cuando estoy haciendo cosas en casa o en el trabajo
34. Estoy lento en mi pensamiento
35. Me es difícil concentrarme

Dimensión física:

Debido a mi estado de fatiga ...

10. Soy más torpe y descoordinado
13. Tengo que cuidar el ritmo de mi actividad física
14. Estoy menos motivado para hacer cualquier cosa que requiere esfuerzo físico
17. Tengo problemas para mantener un esfuerzo un período de tiempo largo
23. Mis músculos son más débiles de lo que solían ser
24. Mi malestar físico ha aumentado
31. Soy menos apto para hacer cualquier cosa que requiere esfuerzo físico
32. Me preocupa lo que parezco a la gente
37. Tengo que limitar mis actividades físicas
38. Necesito períodos de descanso más frecuentes o más largos

Dimensión social :

Debido a mi estado de fatiga ...

2. Siento que estoy más aislado del contacto social
3. He tenido que reducir mi carga de responsabilidades
4. Estoy más enfadado
7. Soy menos efectivo en el trabajo
8. Tengo que confiar más en los demás para que me ayuden o hagan cosas por mí
12. Estoy más irritable o me enfado con más facilidad
15. Estoy menos motivado para iniciar actividades sociales
19. Tengo pocos contactos sociales fuera de mi propia casa
22. Las actividades diarias me provocan estrés
25. Me es difícil afrontar situaciones nuevas
27. Me siento inhabilitado para aceptar las demandas que me piden
28. Tengo menos capacidad para aportar soporte económico a mi familia o a mí mismo
29. Tengo menos actividad sexual
33. Soy menos capaz de afrontar situaciones emocionales
36. Tengo dificultad en participar plenamente en actividades familiares
39. No me es posible ofrecer el soporte emocional a mi familia como solía hacer
40. Los problemas pequeños se parecen a las mayores dificultades
9. Tengo problemas para planear actividades en el tiempo
16. Mi capacidad para viajar fuera de casa está limitada.

ANEXO 6:

Cuestionario de Salud SF-36.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6. Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
34. Estoy tan sano como cualquiera.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
35. Creo que mi salud va a empeorar.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
36. Mi salud es excelente.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

Asignación de puntaje.

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100). Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran.

ANEXO 7:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (VISUAL ANALOG SCALE, VAS) Y LA ESCALA DE PUNTAJE NUMÉRICO (NUMERIC RATING SCALE, NRS) PARA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR



ANEXO 8:

INSTRUMENTO 1:

Iniciales del nombre y apellido:

1.- Edad:

2.- Sexo: M () F ()

3.- Estado Civil:

Casado () Soltero () Divorciado () Concubino ()

4.- Nivel de instrucción:

Analfabeta () Secundaria Completa ()

Alfabeta () Secundaria incompleta ()

Primaria completa () Universitario ()

Primaria incompleta

5.- Profesión u oficio:

Ama de casa () Estudiante ()

Profesional universitario () Técnico ()

Doméstico () Obrero no calificado ()

Obrero calificado () Docente ()

6.- ¿Trabaja actualmente? Si ____ No ____

7.- ¿Cómo afectó a su familia y amigos esta enfermedad?

Me comprenden y apoyan () No me apoyan ()

Perdió amistades () Perdió su pareja ()

8.- ¿Cuáles fueron los primeros síntomas (enumere según orden de aparición)

Dolor () Fatiga () Rigidez () Insomnio () Depresión () Ansiedad ()

9.- ¿Actualmente cual es la intensidad de su dolor?

0 Ausente () 1-3 Leve () 4-7 Moderado () 8-10 Insoportable ()

10.- ¿Cumplió el tratamiento médico indicado?

A veces lo cumplió () Lo cumplió totalmente ()

No lo cumplió ()

11.- ¿Cuanto afectó el dolor u otros síntomas de la Fibromialgia a su capacidad de trabajar?

No tuve problemas () Tuve grandes dificultades ()

12.- ¿Ha perdido un trabajo por esta enfermedad? Si _____ No _____

13.- ¿Cómo diría que es su salud actual?

Excelente () Muy buena () Buena () Regular () Mala ()

14.- ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas de trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? Si _____ No _____

15.- ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos u otras personas?

Nada () Un poco () Regular () Bastante () Mucho ()

16.- ¿Fue evaluado por psiquiatra? Si _____ No _____

17.- ¿Sufre de alguna enfermedad psiquiátrica? Si _____ No _____

18.- ¿Se siente en capacidad de continuar en sus actividades laborales? Si _____ No _____

19.- ¿Cree que esta enfermedad es discapacitante? Si _____ No _____

20.- ¿Considera que la mejor solución para su salud es dejar de trabajar? Si _____ No _____

21.- ¿Ha escuchado alguna vez sobre un instrumento de incapacidad para fibromialgia?

Si _____ No _____

ANEXO 9:

INSTRUMENTO 2:

1.- Considera usted a la Fibromialgia una enfermedad por sí sola discapacitante?

Si ____ No ____

2.- Si usted formara parte de la junta evaluadora de incapacidad, daría la incapacidad laboral a un paciente con fibromialgia sin que coincida con otra enfermedad?

Si ____ No ____

3.- Conoce alguna herramienta para la evaluación de discapacidad para fibromialgia?

Si ____ No ____

4.- Tiene pacientes en su consulta con fibromialgia que estén incapacitada, por esta enfermedad?

Si ____ No ____

5.- Los pacientes con fibromialgia que acuden a su consulta, han manifestado que no se sienten en capacidad para cumplir con sus actividades laborales?

Si ____ No ____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, titular de la Cédula de Identidad: _____, acepto participar en la investigación titulada: “FIBROMIALGIA. ESTUDIO CLÍNICO Y EVALUACIÓN FUNCIONAL”, cuyo objetivo es describir las características del dolor crónico y establecer el tipo de discapacidad en pacientes con Fibromialgia. Explicando en qué consiste e informando sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación como muestra en el estudio. Dando seguridad de no ser identificada en las presentaciones que deriven de esta investigación y los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Firma del paciente

Teléfono

Firma del investigador

Teléfono