

INTRODUCCIÓN.

La fibromialgia (FM) es una de las enfermedades más comunes que afectan a los músculos, se manifiesta con dolor, rigidez y sensibilidad en músculos, tendones y articulaciones. Los tejidos involucrados no se acompañan de inflamación. Por lo tanto, a pesar del dolor potencialmente incapacitante, los pacientes con fibromialgia no desarrollan daño a los tejidos o deformidad. El dolor suele afectar el cuello, glúteos, hombros, brazos, espalda y pecho. "Los puntos sensibles" se localizan en áreas del cuerpo que pueden provocar dolor generalizado y espasmos musculares cuando se tocan (1).

La fibromialgia es el segundo trastorno más común observado por los reumatólogos (después de la artrosis) y representa una subpoblación importante de pacientes en la atención primaria (2). Los pacientes con fibromialgia con frecuencia informan del inicio de los síntomas después de un accidente automovilístico, una cirugía o algún otro trauma, a menudo en la región occipital (3).

El principal problema de estos pacientes es el dolor, que describen como incapacitante para la actividad diaria pero no para la movilidad. Nuestra propia cultura y la historia con el dolor están inadaptadas para convivir con el síntoma. La mayoría de las personas concuerdan que la presencia de dolor implica la necesidad de búsqueda de ayuda del profesional sanitario con la finalidad de que lo alivie (4). Esta fórmula no siempre encaja bien con la realidad del dolor crónico como es el asociado a la FM, y el resultado de este proceso es la lucha encarnizada por combatirlo organizando y saturando la agenda de quien lo sufre hasta el punto de sacrificar necesidades esenciales en nuestro día a día, como son las relaciones sociales, la familia o el puesto de trabajo (5).

La principal dificultad para el diagnóstico radica en el desconocimiento de su causa y la no existencia de pruebas objetivas que ayuden a detectarla fácilmente. El desconocimiento de la FM hace que el modelo biomédico la etiquete como un proceso psicológico, la persona no está sana pero tampoco enferma y se supone que si el agente causal no se ha encontrado es porque no existe. Ello ocasiona que las personas no sean tomadas en serio tanto por sus amigos como por sus familiares y mucho más por profesionales sanitarios, ya que cuando se inicia el contacto con la medicina oficial hasta el diagnóstico puede transcurrir un período de hasta 7 años (período de total incertidumbre). La incompreensión del paciente en los diferentes entornos ocasiona una disminución de la autoestima, relacionándola con trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión al ver disminuida su calidad de vida (6).

Otros de los síntomas que tienen una gran importancia son las alteraciones del sueño y la fatiga. Los pacientes con FM se quejan de no dormir bien, lo que podría contribuir a síntomas comunes como insomnio y fatiga; la fatiga se describe como una sensación de cansancio que no se alivia con el reposo o el descanso, sienten que su cuerpo se vuelve pesado, lo que les limita en las actividades diarias o les causa dificultad para concentrarse, pensar con claridad y recordar cosas (7-9).

Los síntomas neurológicos como sensibilidad en músculos y tendones, visión borrosa, entumecimiento y debilidad son comúnmente reportados por los pacientes con FM, con presencia de entumecimiento en hasta un 84% de los individuos (3).

Por otra parte, es una de las enfermedades reumatológicas más frecuentes, constituyendo entre un 10 a 20% de los pacientes atendidos en las unidades de Reumatología. Este tipo de pacientes es uno de los más controvertidos en dicha especialidad, ya que presentan diferentes

problemas asociados. En primer lugar, la inespecificidad de las pruebas diagnósticas médicas, ya que no existe ningún marcador biológico específico y el diagnóstico es exclusivamente clínico. En segundo lugar, dado que es el paciente el que refiere el dolor experimentado a la presión de los puntos dolorosos, puede existir una desorientación debido a la subjetividad y variabilidad en la experiencia dolorosa, y la manifestación de ésta por parte de dichos pacientes. En tercer lugar, la etiología de la FM, considerada multifactorial, todavía no está claramente descrita postulándose la intervención de variables tanto biológicas, como psicológicas y sociales. En cuarto lugar dicha enfermedad suele acompañarse de otros síntomas que no son necesarios para su diagnóstico como la fatiga persistente y un sueño no reparador, además de otros síntomas sensoriales, motores, vegetativos, cognitivos y afectivos. En último lugar, la elevada coocurrencia psiquiátrica asociada, siendo los trastornos del estado de ánimo y ansiedad los más prevalentes. Así pues, la inespecificidad en el diagnóstico, la falta de una etiología concluyente y la elevada concurrencia psiquiátrica, han llevado a considerar la importancia de incluir en el protocolo para evaluación de la FM, aparte de las reumatológicas propiamente dichas, otras variables que fueran de utilidad para una mejora en la clasificación nosológica(10).

Es una enfermedad reumática caracterizada por un dolor musculoesquelético generalizado asociado a puntos de dolor predefinidos denominados *tender points* o puntos dolorosos. A pesar de que dicha patología lleva tiempo siendo descrita en la literatura científica, no es hasta 1990 cuando los criterios diagnósticos fueron establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR, por sus siglas en inglés). Según el estudio EPISER la prevalencia en la población general española es del 2.4%, oscilando entre el 1.5 y el 3.2%, hallándose una proporción de 21:1 a favor de las mujeres. Estos datos son similares a los

encontrados en otros países de características socioculturales similares. La FM se estima que afecta a más de 5 millones de estadounidenses (2 a 5% de la población adulta), por lo que es uno de los trastornos más comunes de dolor crónico generalizado en los Estados Unidos (11).

En Cuba, en un estudio de pacientes con fibromialgias atendidos en la Consulta de Reumatología del Hospital Clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" durante 1 año se observó predominio de edades en la década de los 40 años y del sexo femenino.

En la provincia de Ciego de Ávila y en el municipio de Majagua en particular, se cuenta evidencias del estudio del comportamiento de la fibromialgia, siendo una patología observada frecuentemente en nuestros pacientes, lo que motivó a la realización de este estudio.

Problema científico

¿Podrá conocerse con seguridad por parte del personal de salud los pacientes con fibromialgia?

Resultados esperados

Se puede diagnosticar con mejor efectividad dicha afección y así estas personas puedan obtener una mejor atención por parte del personal especializado en el campo de la salud.

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Describir el comportamiento de la Fibromialgia en pacientes del reparto Los Rusos del municipio Majagua.

Objetivos específicos:

1- Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas de interés.

2. Describir las manifestaciones clínicas presentes en los pacientes que conforman el grupo de estudio.

3- Determinar el tiempo transcurrido para el diagnóstico y el tratamiento médico indicado en estos pacientes.

MARCO TEÒRICO

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica cuya existencia parece remontarse a la antigüedad, ya que Hipócrates describió el reumatismo de las histéricas, que se presentaba en mujeres, con dolor generalizado y un importante componente psicológico. El término fibromialgia (del latín fibra, que se refiere al tejido conjuntivo, del griego mio, músculo y algia, dolor) es relativamente reciente en la historia de la descripción de esta enfermedad (12).

En 1750, el médico británico sir Richard Manningham en su publicación "Síntomas, naturaleza, causas y cura de la febrícula o fiebre pequeña: comúnmente llamada fiebre nerviosa o histérica; la fiebre de los espíritus; vapores, hipo o bazo", cita descripciones similares a las hechas por Hipócrates que podrían corresponder a fibromialgia. En 1843, el anatomista alemán Robert R. Floriep describe "puntos sensibles", en su tratado de patología y terapia de los reumatismos donde propone una asociación entre reumatismo y puntos dolorosos de músculos rígidos. En el siglo XIX era llamada fibrositis o neuroastenia debido a que se creía que el musculo presentaba nódulos inflamatorios o zonas de endurecimiento que eran dolorosos a la presión. En el siglo XX primero se llamó síndrome doloroso miofascial (1938), luego reumatismo psicógeno o reumatismo tensional (1947) y, por ultimo Hench (1975) utilizó por primera vez el término de fibromialgia ante la ausencia de signos inflamatorios en esta enfermedad. En 1992 es reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS)(13).

La fibromialgia se podría definir como un trastorno reumático, no articular, que no puede ser explicada por la presencia de enfermedades degenerativas o inflamatorias de origen musculoesquelético, y que se

caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado, con una exagerada hipersensibilidad (alodinia e hiperalgesia) en múltiples puntos predefinidos (tender points), sin alteraciones orgánicas demostrables. Habitualmente se relaciona con una gran variedad de síntomas, entre los que destacan la fatiga persistente, el sueño no reparador, la rigidez generalizada y los síntomas ansiosos depresivos (14).

A lo largo de la historia ha recibido diferentes denominaciones, lo cual demuestra que es una entidad no bien comprendida, incluso por los más estudiosos del tema, sin incluir los que dudan que exista como una enfermedad individual con carácter propio, criterio basado, principalmente, en la ausencia de elementos nosológicos que puedan explicarla desde el punto de vista de la evidencia. Denominaciones con que se ha conocido la fibromialgia, Reumatismos musculares, Reumatismos psicógenos, Miolastenia Fibromiositis -Miofibrositi-Tendomiopatía generalizada-Síndrome miofascial-Fibrositis -Fibromialgia -Síndrome de fibromialgia (14)

La realidad es que se acepta como una enfermedad muy dolorosa de carácter crónico con gran demanda de atención médica, muy frecuente en la consulta de reumatología, y que provoca, a su vez un significativo deterioro en la calidad de vida de quien la padece, ya que muchas veces afecta el desempeño de tareas habituales y, como consecuencia, provoca la pérdida laboral e implica un alto costo económico y social, comparable con enfermedades sistémicas como la artritis reumatoidea (14).

Se han postulado varios mecanismos causales para explicar la percepción anormal del dolor y se han sugerido diversas anomalías del sistema nervioso central. Uno de los factores que supuestamente participa en la patogenia son las alteraciones del sueño. La mayoría de los pacientes con fibromialgia se quejan de un sueño poco reparador o de

despertar cansados. Los estudios electroencefalográficos en estos individuos exhiben interrupción de la fase 4 de sueño normal [sueño de movimientos no rápidos (non-rapid eye movement, NREM)] por la intromisión de varias ondas alfa. La idea de que la privación de la fase 4 del sueño participa en la patogenia de esta enfermedad se ratificó al observar síntomas de fibromialgia en personas sanas con interrupción artificial de la fase 4 del sueño interponiendo ondas alfa inducidas. No obstante, se ha demostrado que esta alteración de sueño se produce en individuos sanos; en personas con trastornos emocionales; y en pacientes con apnea del sueño, fiebre, osteoartritis o artritis reumatoide. También se ha informado que existe una concentración reducida de metabolitos de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los pacientes con fibromialgia, lo que sugiere la posible participación de la deficiencia de serotonina, neurotransmisor que regula el dolor y el sueño NREM, en la patogenia de esta enfermedad; algunos investigadores han publicado que los pacientes con fibromialgia, como grupo, tienen una concentración reducida de hormona del crecimiento, que es importante para la reparación muscular y la fuerza; normalmente la hormona del crecimiento se secreta durante la fase 4 del sueño, que es anormal en los pacientes con fibromialgia. Esta reducción de la hormona del crecimiento explicaría los periodos prolongados de dolor muscular que padecen estos pacientes después de hacer ejercicio; también se ha dicho que la concentración del neurotransmisor llamado sustancia P se eleva en el LCR de los pacientes con fibromialgia y que este fenómeno quizá ayuda a diseminar el dolor muscular. Además, estos pacientes tienen una respuesta amortiguada del cortisol al estrés. El cortisol urinario reducido y la respuesta amortiguada del cortisol a la hormona liberadora de corticotropina sugieren alguna anomalía en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales. También se ha expresado que la disfunción autónoma interviene en la patogenia de la

fibromialgia. Algunos pacientes exhiben hipotensión ortostática en la prueba de inclinación y aumento de la frecuencia cardiaca de reposo en posición supina. De igual forma, ciertas alteraciones del sistema nervioso autónomo y periférico quizá explican la xeroftalmía, la xerostomía, la sensibilidad al frío y los síntomas similares al fenómeno de Raynaud en los pacientes con fibromialgia. La tomografía computadorizada con emisión monofotónica (single photon emission computed tomography, SPECT) ha demostrado reducción de la irrigación en tálamo, núcleo caudado y techo protuberancial, que son áreas que participan en la formación de señales dolorosas, su integración y modulación. Hay pruebas de que los pacientes con fibromialgia perciben como dolorosos ciertos estímulos, como calor o presión, con un menor grado de estimulación que las personas sanas. El umbral real para percibir estímulos es similar en los enfermos y los individuos sanos. Algunos estudios también han sugerido que los pacientes con fibromialgia tienen anomalías psicofisiológicas en su capacidad para inhibir la estimulación somatosensorial irrelevante (16).

Muchos pacientes con fibromialgia sufren anomalías psicológicas; todavía no se sabe si estas anomalías representan reacciones al dolor crónico o si los síntomas de la fibromialgia reflejan una alteración psiquiátrica. Cerca de 30% de los pacientes se ajustan a un diagnóstico psiquiátrico, principalmente depresión, ansiedad, somatización e hipocondriasis. Los estudios también muestran una gran prevalencia de abuso sexual y físico y de trastornos de la alimentación. No obstante, la fibromialgia también afecta a pacientes sin problemas psiquiátricos importantes (16).

Puesto que los pacientes perciben dolores provenientes de los músculos y las uniones musculotendinosas, se han realizado numerosos

estudios de los músculos, tanto desde el punto de vista estructural como fisiológico. No se han encontrado inflamación ni anormalidades específicas del músculo. Los datos indican falta de acondicionamiento muscular y los pacientes sienten dolor mucho más intenso después del ejercicio que las personas sanas. Se necesitan más estudios para comprender mejor esta enfermedad (16).

Aunque afecta con mayor frecuencia al sexo femenino en una relación de 1:10 en nuestro medio. Entre los 40-60 años de edad, de edad, del 1-2% de la población cumple los criterios para el diagnóstico de esta enfermedad, aunque se han descrito casos, sobre todo, de tipo secundario, en la población pediátrica y la tercera edad (17).

Existen referencias de una predisposición constitucional para desarrollarla. Entre la población con mayor riesgo se encuentran las mujeres con exceso de peso, signos de hiperlaxitud articular, várices, hemorroides, telangiectasias, deterioro de la calidad de la textura de la piel y las características saludables del cabello (14).

La causa de la fibromialgia no es del todo conocida, se han encontrado diversas alteraciones musculares y neuroendocrinas asociadas con trastornos psicológicos que justifican la enfermedad, la cual se inicia, generalmente, después de eventos infecciosos, traumas físicos o emocionales, o mala adaptación después de situaciones estresantes (14).

Teniendo en cuenta lo anterior, en la patogenia de esta entidad se mencionan cuatro teorías que argumentan su origen: Periférico muscular
-Sistémico neuroendocrino -Neuropático central -De comienzo psicógeno

Sin embargo, no se plantea un predominio franco de una sobre otra, aunque quizá sin una complementación entre todas, lo que explicaría los síntomas dolorosos musculotendinosos periféricos, en un paciente del

sexo femenino, con un declive de la producción hormonal cercana a la menopausia ,antecedentes de hipersensibilidad a los estímulos dolorosos ,encausados o agravados por determinados trastornos psicológicos ,entre los que se encuentran la pérdida de valores físicos estéticos que aparecen con el paso de los años(14).

Muchos autores han considerado la fibromialgia como un trastorno de somatización, es decir, pacientes que se quejan persistentemente de varios síntomas que no tienen un origen físico identificable. Sin embargo, en los últimos años y tras diversos estudios, esta creencia se está desestimando. Si bien la definición nosológica y su consideración en el ámbito médico no ha estado exenta de controversia, los resultados de las investigaciones indican con bastante consenso que su origen es neurológico, y que el dolor resultaría de desequilibrios neuroquímicos a nivel del sistema nervioso central que generan alodinia e hiperalgesia generalizada (18).

La etiología del síndrome es desconocida y la fisiopatología está poco clara. A pesar de que los síntomas dolorosos afectan músculos, ligamentos y tendones no existe evidencia de inflamación en ellos (18).

La característica fundamental es la presencia de dolor difuso, de carácter crónico, que el paciente suele localizar en la región de cuello, hombro, codos, caderas y dorso. Este dolor se puede agravar con los cambios climáticos o situaciones que provocan estrés, fatiga física y mental, insomnio, ansiedad y, característicamente, no cede con el reposo; el paciente manifiesta un dolor intolerable, muchas veces lo describe como punzante o quemante, de una intensidad que contrasta con su buen aspecto, acompañado de cansancio e incapacidad para realizar sus tareas habituales. Alrededor del 50 % de estos enfermos presentan trastornos del sueño, ya sea como demora en conciliarlo,

insomnio vespertino, o como despertar varias veces en la madrugada con dificultades para volver a dormir, insomnio matutino; no logran nunca un sueño profundo y reparador, por lo cual refieren cansancio al despertar (13-14). Otras manifestaciones clínicas son: –Cefaleas y migrañas, trastornos evacuatorios y miccionales que recuerdan al síndrome uretral femenino. –Dismenorrea, parestesias y fenómeno de Raynaud. –Dolor precordial, ansiedad y depresión. –Sensación subjetiva de tumefacción de partes blandas (14).

A pesar de las múltiples quejas del paciente, su estado general es bueno, por lo que de modo habitual se observa una disociación entre el examen físico y lo referido por el enfermo. El examen musculoesquelético es normal, excepto cuando la fibromialgia está asociada a otra enfermedad de origen reumático. A la palpación se encuentran múltiples puntos dolorosos, estos puntos de dolor exagerado se denominan, en la literatura anglosajona, como tender points –puntos gatillos– y se deben buscar, específicamente, en las zonas que refiera el paciente realizando una dígito-presión hasta reproducir el dolor referido que, a su vez, puede desarrollar una hiperemia reactiva(18).

La fibromialgia se puede hallar como una entidad aislada, es decir, que no coexista con ningún otro problema de salud, y es cuando se conoce como fibromialgia primaria; o puede estar asociada a otros procesos de tipo sistémico como lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, artritis reumatoidea o enfermedades tumorales, entonces se clasifica como una fibromialgia secundaria(16).

Con el propósito de clasificar a un grupo de enfermos que presentaban síntomas y evolución similar, y que, además, permiten diferenciarlos de otros pacientes con enfermedades reumáticas, el Colegio

Americano de Reumatología (ACR), en 1990, propuso una serie de criterios de clasificación para la fibromialgia que a pesar de su poca especificidad, debido a que se basan en síntomas dolorosos puntos gatillos, imposibles de verificar fisiológicamente, han demostrado ser muy sensibles y, en la actualidad, son los que más se utilizan en investigaciones a escala mundial(13-14).

El ACR define la fibromialgia como un proceso de dolor generalizado, sin causa reconocible, que se acompaña, al menos, de 11 puntos dolorosos a la presión, de los 18 explorables localizados en regiones concretas musculotendinosas (13-14).

Así, establece dos criterios básicos que deben cumplir los enfermos para ser diagnosticados de fibromialgia: 1. Tener dolor generalizado. 2. Tener, al menos, 11 puntos gatillos positivos (13-14).

El ACR define el dolor generalizado como el que está presente, al menos, en la parte derecha e izquierda del cuerpo y en la parte superior e inferior de este. En la práctica, si se divide el cuerpo en cuatro cuadrantes, el dolor debería ocupar, como mínimo, tres de estos cuadrantes salvo que ocupase cuadrantes contrapuestos, caso realmente excepcional y que estaría lejos de la filosofía definitoria de la ACR. Para cumplir los criterios de la ACR, el dolor debe afectar siempre al esqueleto axial (14).

El ACR define 18 puntos palpables, que se refieren a nueve localizaciones corporales bilaterales. Estas localizaciones son: occipitales –inserción de los músculos suboccipitales–, cervicales –sobre el músculo esternocleidomastoideo inferior–, trapezoidales –en la mitad superior del músculo trapecio–, supraespinosos –en la inserción del supraespinoso sobre la escápula–, costocondrales –en la unión costocondral de la 2da.

costilla-, epicondiliares –a 2 cm distal a la inserción de los supinadores en el epicóndilo externo-, glúteos –tercio medio superior de la inserción superior de los glúteos cerca de la cresta ilíaca-, trocánteros –sobre el trocánter mayor del fémur-, patelares –sobre almohadilla adiposa interna de la rodilla (14).

Sobre estos puntos se debe aplicar una presión aproximada de 4 kg, presión que se consigue al presionar la yema del pulgar de forma progresiva hasta que el lecho ungueal del médico explorador palidezca totalmente (13-14).

Para ser diagnosticado de FM, el paciente debe quejarse de dolor a la presión en 11 de los 18 puntos descritos (13-14).

El diagnóstico de la enfermedad es esencialmente clínico y está basado en las características del cuadro que describe el paciente, así como en la ausencia de alteraciones en los exámenes de laboratorio, imageológicos u otras pruebas complementarias, y la normalidad de la exploración de la función articular (todos los autores).

Generalmente, tras el inicio del diagnóstico, el médico de atención primaria pudiera encauzar el tratamiento con medidas analgésicas o antiinflamatorias ligeras, con éxito relativo en un número reducido de pacientes; por lo general, con el pasar del tiempo, los síntomas empeoran o no mejoran nunca, por lo que resulta necesario referirlos a un nivel de atención secundario para buscar solución al problema (14).

La terapéutica de estos pacientes termina siendo compleja, por lo cual se requiere de interacciones de profesionales de diferentes esferas - fisiatras, psicólogos y especialistas con experiencias en el tratamiento del dolor con reumatólogos, neurólogos y anestesiólogos- que conformen un equipo y, de esta forma, lograr los mejores resultados en beneficio del

enfermo, mediante la combinación de agentes farmacológicos y no farmacológicos (14).

Por, lo tanto, la terapéutica farmacológica solo es una más de las medidas del tratamiento en general, esta debe ir encaminada a tratar los síntomas que presenta el paciente de forma individual, en cada momento de la evolución de la enfermedad, y por el orden que más lo afecte, como el dolor, la fatiga, los trastornos del sueño, las alteraciones digestivas, la depresión, etc..., para evitar a toda costa la polifarmacia. Se tendrá en cuenta no solo la experiencia del médico sobre las diferentes fórmulas analgésicas, sino que también se valorarán las individualidades del enfermo en cuanto a efectos secundarios o experiencias adversas anteriores (18).

Por lo general, el orden de significación de los síntomas que se deben tratar es el siguiente: dolor, depresión, ansiedad, trastornos digestivos y otros síntomas, aunque se ha de tener presente que existen excepciones.

En cualquier caso, las terapias más eficaces combinan los antidepresivos tricíclicos con una fisioterapia suave y progresiva, psicoterapia cognitivo-conductual, maniobras de relajación y analgesia central suave y controlada. Los resultados parecen confirmar que existen factores psíquicos involucrados en el desarrollo de la FM (14).

DISEÑO METODOLÒGICO.

Clasificación de la investigación

Investigación-desarrollo.

Características generales de la investigación:

Tipo de estudio: Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de describir el comportamiento de la fibromialgia en pacientes de los consultorios 14 y 16 del reparto de los Rusos del municipio Majagua, en el periodo comprendido entre septiembre del 2018 y marzo del 2019.

El universo estuvo constituido por 1377 pacientes dispensarizados en los 2 consultorios del médico de la familia. La muestra se integró por 19 pacientes con diagnóstico de fibromialgia que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

Criterios de inclusión:

-Pacientes dispensarizados y residentes permanentes, que estuvieron de acuerdo a participar en el estudio, expresado a través de la firma del consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Personas con retraso mental, que fueron incapaces de responder solos a la encuesta.

Operacionalización de variables:

Variables	Tipo	Escala de clasificación	Definición	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	-De 30 a 39 años -De 40 a 49 años -De 50 a 59 años	Señala los años cumplidos según la fecha de nacimiento	Números y porcentaje según edad materna
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	-Masculino -Femenino	Según sexo anatómico	Números y porcentaje según sexo
Escolaridad	Cualitativa ordinal.	-Primaria. -Secundaria. -Técnico medio -Preuniversitario -Universitario	Señala estudios culminados	Se refiere al nivel escolar máximo terminado que alcanza una persona.

Antecedentes patológicos familiares	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> -Madre -Hermana -Tía -Abuela -No se 	Según antecedentes patológicos familiares de fibromialgia	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Síntomas Clínicos	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> -Dolor -Rigidez -Sensibilidad en músculos y tendones -Ansiedad -Depresión -Alteraciones del sueño -Fatiga -Otros 	Señala los síntomas referidos por el paciente	Número y porcentajes según Síntomas Clínicos
Inicio de los síntomas	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> -Después de un accidente automovilístico -Después de una cirugía o algún otro trauma -Después del 	Señala según el paciente la condición con la que se relaciona el inicio de los síntomas	Número y porcentajes según Inicio de Síntomas Clínicos

		parto o cesárea -Estrés prolongado -Otras causas		
Tiempo para hacer el diagnóstico	Cuantitativa continua	-Menor o igual de un año -De 2 a 3 años -De 4 a 6 años -De 7 años y más	Señala los años transcurridos desde el inicio de los primeros síntomas y el diagnóstico médico	Número y por cientos según Tiempo para hacer el diagnóstico
Personal especializado	Cuantitativa Continua	-Médico de la familia -Clínico -Ortopédico -Reumatólogo -Otros especialistas	Señala el facultativo que hizo el diagnóstico de la enfermedad	Número y porcentajes según realización del diagnóstico
Resultado del tratamiento	Cuantitativa continua	-Pacientes no curados -Pacientes curados	Señala el resultado del tratamiento en los	Número y porcentajes según trata-

			pacientes	miento
--	--	--	-----------	--------

En este estudio se utilizó modelos de investigaciones cuantitativas expresadas en el sistema de métodos teóricos, empíricos y procedimientos estadísticos que permitieron triangular la información.

Los métodos teóricos con un enfoque socio histórico y lógico, permitieron el análisis documental de las fuentes bibliográficas especializadas. En los métodos empíricos (observación y medición), se utilizó la encuesta con la aplicación de un cuestionario Anexo 2, conformada que correspondió a los objetivos trazados. Como fuente de información se utilizaron las historias clínicas individuales, familiares y la entrevista estructurada a los pacientes a través de un formulario confeccionado al efecto por el autor.

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar.

Se seleccionaron una serie de variables que permitieron cumplir los objetivos en la investigación; descritas en acápite principales variables.

Con estas variables se confeccionó un instrumento de medición (Anexo 2) que le fue aplicado a cada paciente que conformó la muestra de estudio, previa obtención del consentimiento de los mismos para participar en la investigación (Anexo 1). Este instrumento se aplicó de forma personal por el autor mediante la entrega del mismo para su

llenado en la consulta o en visitas de terreno. De esta forma se recolectó el dato primario.

Obtenido el dato primario se confeccionó una base de datos para su procesamiento, lo que se hizo empleando el software Microsoft Excel del paquete de Office 2007 para los cálculos matemáticos. Procesado este, los resultados obtenidos se agruparon en tablas estadísticas para su análisis y discusión, lo que permitió dar salida a los objetivos planteados.

Los resultados obtenidos y agrupados en tablas estadísticas se analizaron y discutieron utilizando una amplia y profunda revisión de la literatura nacional e internacional y fueron contrastados con los de otros autores, nacionales y extranjeros, que han investigado sobre el tema en cuestión, lo que permitió arribar a conclusiones y poder ofrecer recomendaciones. Los resultados serán expresados en porcentajes, de la estadística descriptiva, como medida de resumen.

Aspectos éticos.

En el desarrollo de esta investigación se mantuvo como premisa, respetar los principios bioéticos que van implícitos en los estudios con seres humanos. La información se obtuvo a través de un formulario que se llenó a partir de los datos obtenidos de las encuestas realizadas a cada paciente.

Se pidió a todos los pacientes seleccionados su consentimiento informado para participar en el estudio (Anexo 1). Se explicó el carácter voluntario de dicha investigación, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos

de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución de pacientes afectados con fibromialgia según edad sexo. Majagua entre septiembre del 2018 y marzo del 2019.

Grupo de edades	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
30-39 años	0	0	2	15,4	2	15,4
40-49 años	0	0	8	42,1	8	42,1
50-59 años	0	0	9	47,4	9	47,4
TOTAL	0	0	19	100	19	100

Fuente: H. Clínica y encuesta

En la tabla 1. se muestra la distribución de los pacientes de los grupos estudio y control con fibromialgia que acudieron a consulta de los consultorios 14 y 16 en el periodo comprendido; según la edad y el sexo correspondió el mayor porcentaje al género femenino y los grupos de edades que prevalecieron estuvieron comprendidos entre los 40 y 59 años del 100% disponible. Lo que coincide con lo planteado por la bibliografía consultada en la 5ta edición del libro temas de medicina interna (Roca Goderich) donde se expone una mayor incidencia en el grupo de edad comprendido entre los 35 y 55 años de edad. Su prevalencia en la población española general es entre un 2-3% y representa aproximadamente entre el 4 y 20 % de los pacientes nuevos en la práctica reumatológica diaria. En países como Israel, EE-UU, Gran

Bretaña o Canadá se notifican prevalencias cercanas al 10 %.Tiene distribución universal, afecta la mayor parte de los grupos étnicos y ocurre en cualquier tipo de clima. Se evidenció también en este estudio que es de 6 a 8 veces más frecuente en la mujer que en los hombres (más del 80%).Según el libro Tratado de Medicina Interna (Cecil 23 edición) expresa que la FM se considera un subgrupo del dolor crónico generalizado y tiene una prevalencia de alrededor del 2% en las mujeres y del 0,5% en los varones. Hay un incremento estable de la FM con la edad, de manera que hay un 12% aproximado de mujeres de 60 a 70 años afectadas. El dolor osteomuscular crónico se asocia a una reducción del estado de salud general y los pacientes con FM muestran un mayor deterioro que los pacientes con dolor generalizado crónico o dolor regional crónico. La prevalencia de FM en el marco médico es mucho mayor, con alrededor de un 20 a 30% de visitas reumatológicas en Estados Unidos debido a la FM. En el libro Pediatría Esencial (Nelson 7ma edición) se manifiesta que es más frecuentes en los adultos, pero pueden ocurrir en niños (sobre todo en los mayores de 12 años). También son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Se ha comunicado que la prevalencia de fibromialgia en la infancia es del 6%.El autor de la tesis coincide con buena parte de lo hasta aquí expuesto.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según nivel escolar

.Grupos de edades	Nivel de escolaridad							
	Primaria		Secundaria		Medio Superior		Superior	
	No	%	No	%	No	%	No	%
30-39 años	0	0	0	0	0	0	2	10,5
40-49 años	1	5,3	2	10,5	4	21,0	1	5,3
50-59 años	3	15,8	2	10,5	3	15,8	1	5,3
Total	4	21,1	4	21,1	7	36,8	4	21,1

Fuente: H. Clínica y encuesta

Según el nivel de escolaridad el 21,1% tienen nivel primario y secundario, el 36,8% tienen nivel medio, que es el nivel de escolaridad predominante de escolaridad y el 21,1% tuvo nivel superior. Con estos resultados se considera que se presentaron todos los niveles de escolarización en la muestra estudiada desde primaria hasta nivel superior.

Tabla 3 Distribución de los pacientes según antecedentes patológicos familiares (APF

Grupos de edades	Antecedentes Patológicos Familiares									
	Madre		Hermana		Tía		Abuela		No se	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
30-39 años	1	5,3	0	0	1	5,3	0	0	0	0
40-49 años	0	0	0	0	1	5,3	1	5,3	6	31,6
50-59 años	2	10,5	1	5,3	0	0	1	5,3	5	26,3
Total	3	15,8	1	5,3	2	10,6	2	10,6	11	57,9

Fuente: H. Clínica y encuesta

La tabla muestra que según el antecedente patológico familiar 11 de los pacientes consultados para un 57,9% no saben si han tenido familiares con esta enfermedad, mientras que 8 para un aproximado del 42,1% tienen antecedentes; datos que aunque no son tan reveladores pueden comprometerse con la guía de práctica clínica mexicana: Diagnóstico y tratamiento de fibromialgia en el adulto; donde está expuesto que en la actualidad no se conoce la etiología pero que el riesgo de padecer fibromialgia entre familiares es 8,5 veces mayor que en la población general; y, es más frecuente en pacientes con algunos fenotipos genéticos(gen que regula la enzima catecol-o-metiltransferasa o

el gen regulador de la proteína transportadora de serotonina). Existe evidencia de disfunción autonómica en pacientes con fibromialgia, describiéndose consistentemente hiperactividad simpática. La disfunción autonómica puede explicar algunas de las manifestaciones no relacionadas con el dolor. En el libro Temas de Medicina Interna (Roca Goderich) expone que algunas hipótesis apuntan hacia una predisposición genética, pues la fibromialgia es 8 veces más frecuente entre miembros de la familia, destacando especialmente las investigaciones sobre el gen COMT que codifica la enzima catecol o-metiltransferasa en la vía de las catecolaminas, así como genes relacionados con la serotonina y la sustancia P. Por lo que el autor de esta tesis concuerda con lo expuesto en la guía.

Tabla 4 Distribución de pacientes según síntomas clínicos

Grupos de edades	Síntomas clínicos													
	Dolor rigidez		Fatiga		Ansiedad		Depresión		Alteraciones del sueño		Sensibilidad en músculos y tendones		Otros	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
30-39 años	2	10,5	2	10,5	2	10,5	0	0	2	10,5	1	5,3	2	10,5
40-49 años	8	42,1	5	26,3	5	26,3	3	15,8	4	21,1	6	31,6	3	15,8
50-59 años	9	47,4	6	31,6	4	21,1	5	26,3	6	31,6	5	26,3	4	21,1
Total	19	100	13	68,4	11	57,9	8	42,1	12	63,2	12	63,2	9	47,4

Fuente: H. Clínica y encuesta

En esta tabla se muestra el comportamiento de los síntomas clínicos en los pacientes consultados, dando a conocer la relevancia del artículo citado en principios de medicina interna (Harrison edición 17); donde se expone que los síntomas se caracterizan por dolor

musculoesquelético generalizado, rigidez y fatiga, que se viò en el 100% de la muestra. Estos pacientes se quejan de lumbalgia, que en ocasiones se irradia hacia nalgas y piernas. Otros refieren dolor y rigidez de cuello y hombros. También se quejan de dolor muscular después de realizar incluso un ejercicio muy leve y constantemente sienten algún grado de dolor. Algunos describen el dolor como tipo urente o lacerante; otros, como dolor sordo, rigidez o dolor persistente. En ocasiones comienza en una región, como hombros, cuello y región lumbar para finalmente extenderse. Otras veces el paciente se queja de dolor articular y percibe edema de las articulaciones, pero en la exploración física no se observan anormalidades. La rigidez casi siempre es mayor por la mañana al levantarse y mejora con el transcurso de las horas, pero en algunos casos persiste todo el día. Muchos pacientes manifiestan adormecimiento de manos y pies, y algunos incluso sienten más frío que las demás personas que habitan en la misma casa; que se viò en un 63,2% de los casos vistos expuestos en la tabla. Muchos de ellos se sienten cansados y exhaustos desde que despiertan dato que explicó el 68,4% de los pacientes que reflejaron fatiga. Con frecuencia despiertan en medio de la noche y tienen dificultad para conciliar de nuevo el sueño, que se adjudicó al 63,2% de los casos vistos con alteraciones del sueño.; algunas veces padecen deterioro cognitivo, con dificultad para el pensamiento y pérdida de la memoria de hechos recientes. Otro síntoma común es la cefalea, pero también puede haber mareo, ansiedad o depresión. Los síntomas empeoran con el estrés o la ansiedad, el frío, la humedad y el ejercicio excesivo. Estos pacientes mejoran durante el clima cálido y las vacaciones. Datos con los que también concuerdan los autores Daniel Collado Mateo y Dinorah Prada Hernández. El autor de esta tesis coincide con los criterios expuestos.

Tabla 5 Distribución de pacientes según inicio de síntomas después de diferentes causas.

Grupos de edades	Inicio de síntomas después de:									
	accidente automovilístico		una cirugía o algún otro trauma		del parto o Cesárea		estrés prolongado		otras causas	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
30-39 años	2	10,5	0	0	0	0	0	0	0	0
40-49 años	1	5,3	2	10,5	1	5,3	4	21,1	0	0
50-59 años	2	10,5	3	15,8	2	10,5	1	5,3	1	0
Total	5	26,3	5	26,3	3	15,8	5	26,3	1	5,3

Fuente: H. Clínica y encuesta

La tabla muestra que de la distribución de los pacientes vistos no varió en cuanto al inicio de los síntomas después de diferentes causas, ya que 3 para el 15,8% provocados por parto o cesárea y 1 para el 5,3% de otras causas fueron las únicas diferencias; dando a conocer el resto de los resultados con el promedio de 5 para el 26,3% siendo en su mayoría 15 representando el 78,9% de los 19 para el 100% de casos vistos. Coincidiendo con lo citado por la autora Belén Torres Garrido y su trabajo de fin de grado: Fibromialgia ¿Qué hay detrás del dolor?; donde expone la importancia de destacar factores desencadenantes en el ambiente de los pacientes como pueden ser traumas físicos, enfermedades, accidentes,

estrés emocional; en otra revisión bibliográfica sobre actualización de fibromialgia el autor Danny Chaves Hidalgo refleja que los pacientes con fibromialgia con frecuencia informan del inicio de los síntomas después de un accidente automovilístico, una cirugía o algún otro trauma, a menudo en la región occipital. Fundamentos con los cuales el autor de este trabajo concuerda.

Tabla 6 Distribución de pacientes según el tiempo para hacer el diagnóstico.

Grupos de edades	Tiempo para hacer el diagnóstico							
	Menor o igual de un año		De 2 a 3 años		De 4 a 6 años		De 7 años y más	
	No	%	No	%	No	%	No	%
30-39 años	0	0	0	0	2	10,5	0	0
40-49 años	0	0	0	0	5	26,3	3	15,8
50-59 años	0	0	0	0	4	21,1	5	26,3
Total	0	0	0	0	11	57,9	8	42,1

Fuente: H. Clínica y encuesta

En la tabla se reflejó como se distribuyó el grupo de edades según el tiempo para hacer el diagnóstico en lo cual se destacó que a partir de los 4 a 6 años con 11 casos vistos para el 57,9% y de los 7 años en adelante con 8 pacientes para el 42,1% fueron los únicos departamentos donde se demostró según este estudio que estos

pacientes son muy difícil de diagnosticar y que en ocasiones pueden confundirse hasta con otras enfermedades. En numerosas citas bibliográficas ejemplos de las cuales están: Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de fibromialgia en el adulto, los autores Dinorah Prada Hernández, Claudino Molinero Rodríguez, Jorge Gómez Morejón y Ramón Marín Toledo en la publicación fibromialgia se destaca la existencia de dolor crónico persistente, durante más de tres meses y distribuido de manera generalizada, que no cesa con la utilización de analgésicos convencionales. Según el autor Daniel Collado Mateo y su tesis doctoral: Evaluación del impacto de la fibromialgia en las actividades motoras de la vida cotidiana, comunicó su difícil diagnóstico que puede estar enmarcado del escepticismo proveniente en gran medida de la arbitrariedad y artificialidad del diagnóstico de la fibromialgia. Esto no debe entenderse como una base para cuestionar la existencia o la identidad de la enfermedad, sino que pretende aumentar la investigación para definir exactamente cuánto dolor, en cuántas zonas y con qué síntomas concretos debe diagnosticarse y, por supuesto, cuál es el origen o la causa que desencadena y subyace a este síndrome.

En este sentido, un estudio realizado con una muestra representativa para más de 225 millones de estadounidenses mostró que aproximadamente el 1,78% de las personas habían sido diagnosticadas con fibromialgia. Sin embargo, el 73,5% de esas personas no cumplía con los criterios diagnósticos.

En definitiva, se encontró que un 1,3% de la población total son falsos positivos, es decir, de población diagnosticada con fibromialgia sin cumplir con los criterios. Una muestra de la arbitrariedad y artificialidad del constructo de la fibromialgia esbozado por Wolfe, puede observarse al explorar más en esos casos de falso positivo. Más del 82% de estos casos

de falsos positivos fueron de raza blanca y más del 92% fueron mujeres; estos datos ponen de manifiesto que en muchos casos se diagnostica fibromialgia según un perfil cultural, social, económico o racial, que poco tiene que ver con los criterios establecidos y en otras ocasiones puede tardarse su diagnóstico. Argumentos con los cuales el autor de este estudio coincide.

Tabla 7 Distribución de pacientes según el personal especializado que hizo el diagnóstico de la enfermedad.

Grupos de edades	Personal especializado que hizo el diagnóstico de la enfermedad.									
	Médico de familia		Clínico		Ortopédico		Reumatólogo		Otras especialidades	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
30-39 años	0	0	0	0	0	0	2	10,5	0	0
40-49 años	1	5,3	1	5,3	0	0	6	31,6	0	0
50-59 años	0	0	0	0	2	10,5	7	36,8	0	0
Total	1	5,3	1	5,3	2	10,5	15	78,9	0	0

Fuente: H. Clínica y encuesta

En la tabla 7 se demostró que buena parte de los casos vistos evidenciados en 15 para el 78,9% fueron la mayoría del personal especializado que hizo el diagnóstico de la enfermedad, enmarcados en la

especialidad de reumatología dando a conocer que es la pionera en diagnosticar esta entidad, y argumentando la necesidad para el personal de salud de conocerla a fondo. En el libro: Temas de medicina interna (tomo III 5ta edición Roca Goderich) se expresa que es el tercer diagnóstico más frecuente en la práctica reumatológica y se estima que representa del 10-15% de las consultas en atención primaria de salud. También en la publicación: Revisión bibliográfica actualización en fibromialgia del autor Danny Chaves Hidalgo La fibromialgia es el segundo trastorno más común observado por los reumatólogos (después de la artrosis) y representa una subpoblación importante de pacientes en la atención primaria. El autor Daniel Collado Mateo expresa que la definición de la fibromialgia siempre ha estado sujeta a interrogantes y en constante cambio. Desde sus orígenes ha existido cierto escepticismo respecto a la identidad de este síndrome como una enfermedad real e independiente. Tanto es así que en muchas ocasiones se ha diagnosticado esta enfermedad sin tener en cuenta los criterios para el diagnóstico. Este recelo hacia la enfermedad ha ido reduciéndose conforme ha ido aumentando la investigación con los pacientes. No obstante, la fibromialgia se ve afectada por factores culturales y también sociales siendo en ocasiones estigmatizada en determinados contextos. De hecho, las personas con fibromialgia, a menudo experimentan numerosos contactos con médicos antes de ser diagnosticadas, apareciendo frustración y sensación de incompreensión por parte del paciente. En resumen, los criterios para el diagnóstico de la fibromialgia han ido evolucionando a lo largo del tiempo, presentando en general un cierto componente de arbitrariedad. Aún a día de hoy se trata de un síndrome que genera cierto escepticismo y cuyo diagnóstico está muchas veces influenciado por factores sociales y culturales. Argumentos con los cuales el autor de esta tesis está de acuerdo.

Tabla 8 Distribución de pacientes según el resultado del tratamiento.

Grupos de edades	Resultado del tratamiento.			
	Pacientes no curados		Pacientes curados	
	No	%	No	%
30-39 años	2	10,5	0	0
40-49 años	8	42,1	0	0
50-59 años	9	47,4	0	0
Total	19	100	0	0

Fuente: H. Clínica y encuesta

En la tabla se reflejó el resultado del tratamiento donde se evidenció que todos los casos vistos no han sido curados. La fibromialgia actualmente según el libro Medicina General Integral General (tomo 5 tercera edición) explica que tras el inicio del diagnóstico, el médico de atención primaria pudiera encauzar el tratamiento con medidas analgésicas o antiinflamatorias ligeras, con éxito relativo en un número reducido de pacientes; por lo general, con el pasar del tiempo, los síntomas empeoran o no mejoran nunca, por lo que resulta necesario referirlos a un nivel de atención secundario para buscar solución al problema. Pero un reciente estudio publicado en PLOS ONE por investigadores de la Universidad de Tel Aviv puede cambiar el rumbo. La investigación encontró que mujeres con fibromialgia fueron capaces de reducir drásticamente o incluso eliminar, el uso de medicamentos para el dolor después del tratamiento con oxígeno hiperbárico.

El estudio fue dirigido por el fallecido Profesor Eshel Ben-Jacob, de la Escuela de Física y Astronomía de la UTA y el Doctor Shai Efrati de la Escuela de Neurociencia de la UTA y Assaf Harofeh Medical Center, junto con el Profesor Dan Buskila del Centro Médico Soroka, y fue realizado por un equipo de científicos de la UTA, la Universidad de Rice, Assaf Harofeh Medical Center, la Universidad Ben-Gurion, y Tel Aviv Sourasky Medical Center.

Los investigadores creen que también han identificado el factor principal que causa la fibromialgia: una alteración del mecanismo cerebral para el procesamiento del dolor.

“Como médico, el hallazgo más importante para mí es que el 70 por ciento de los pacientes podrían recuperarse de sus síntomas de la fibromialgia”, dijo Efrati. “El hallazgo más emocionante para el mundo de la investigación, sin embargo, es que hemos sido capaces de mapear las regiones del cerebro que funcionan mal y son responsables del síndrome.”

Cámaras de oxígeno hiperbárico exponen a los pacientes a oxígeno puro a presiones más altas de lo normal y se utilizan comúnmente para tratar a los pacientes con embolias, quemaduras, intoxicación por monóxido de carbono, y enfermedad de descompresión. El ensayo clínico, que expone a los participantes a dos meses de la terapia de oxígeno hiperbárico, encuentra cambios significativos en la actividad cerebral y los síntomas del 70 por ciento de los participantes.

El ensayo incluyó a 60 mujeres que habían sido diagnosticadas con fibromialgia por lo menos dos años antes. La mitad de los 48 pacientes que completaron el tratamiento recibió 40 tratamientos de oxígeno hiperbárico de 90 minutos exponiendo a los pacientes a oxígeno puro en el doble de la presión atmosférica, cinco días a la semana en el transcurso de dos meses.

El éxito del tratamiento permitió a los pacientes reducir drásticamente o eliminar el uso de medicamentos para el dolor. “La ingesta de los medicamentos alivia el dolor, pero no revierte la condición. Pero los tratamientos de oxígeno hiperbárico se pudo revertir la condición,” dijo Efrati, quien añadió que los resultados justifican más estudios.

“Los resultados son de gran importancia, los tratamientos de oxígeno hiperbárico están diseñados para hacer frente a la causa real de la fibromialgia que es la patología del cerebro responsable del síndrome. Esto significa que la reparación del cerebro, incluyendo la regeneración neuronal, es posible incluso para enfermedades crónicas, síndromes de dolor, y debe ser tenida en cuenta para todo el desarrollo futuro de tratamientos”.

Los investigadores sí encontraron algunas discrepancias entre los pacientes con diferentes fibromialgias. Cuando la fibromialgia fue provocada por una lesión cerebral traumática, por ejemplo, fueron testigos de una resolución completa sin necesidad de tratamiento adicional.

Pero cuando el gatillo fue atribuido a otras causas, como enfermedades relacionadas con fiebre, los pacientes requieren terapia de mantenimiento periódico. Los investigadores continúan estudiando ahora para llevar a cabo estudios exhaustivos sobre la renovación del tejido cerebral en condiciones hiperbáricas. El autor de este estudio opina que puede ser un paso muy importante para el tratamiento definitivo de esta enfermedad y que muchos pacientes podrían beneficiarse con dicho tratamiento.

CONCLUSIONES:

Después de haber analizado los resultados se concluyó que del total de pacientes diagnosticados con fibromialgia predominó exclusivamente el sexo femenino en las edades comprendidas entre 40 a 59 años; predominó el nivel de escolaridad medio con 36,8%. La mayoría desconoce la existencia de antecedentes patológicos familiares de la enfermedad. Los síntomas clínicos predominantes fueron el dolor y rigidez que se manifestaron en el 100% de los pacientes, otros como la fatiga, alteraciones del sueño y sensibilidad en músculos y tendones se presentaron frecuentemente. En 18 pacientes los síntomas iniciales aparecieron después de una situación de accidente, cirugía, parto o estrés prolongado. En el total de los casos el tiempo de diagnóstico fue mayor de 4 años, realizándose este por el reumatólogo en el 78,9% y no se curaron los pacientes después del tratamiento indicado en el total de los casos.

RECOMENDACIONES:

-Dado los resultados, el autor de la tesis recomienda que se generalice esta experiencia en todo el territorio del municipio antes referido.

-Divulgar los resultados de la presente investigación de los consultorios 14 y 16, y, hacerlo extensivo al resto de los consultorios, así como a la población.

-Incentivar al personal especializado en el campo de la salud a que conozcan esta enfermedad para que los pacientes pueda obtener una mejor atención.

Referencias Bibliográficas

1. Clauw, J., Lesley, M., Arnold, M. D., Bill, H. &McCarberg, M. D. (2016). The Science of Fibromyalgia. *Mayo Clin Proc.* 86(9), 907-911.
2. Hassett, L., Psy, D. Richard, N. &Gevirtz, D. (2015, May). Nonpharmacologic Treatment for Fibromyalgia: Patient Education, Cognitive-Behavioral Therapy, Relaxation Techniques, and Complementary and Alternative Medicine. *Rheum Dis Clin North Am.* 35(2), 393-407.
3. Jahan, F., Kashmira, N., Waris, Q., Rizwan, Q. (2012). Fibromyalgia Syndrome: An Overview of Pathophysiology, Diagnosis and Management. *Oman Medical Journal*, 27, 3, 192-195.
4. Arnold, L., Clauw, D. &McCarberg, B. (2014). Improving the Recognition and Diagnosis of Fibromyalgia. *Mayo Clin Proc.* 86(5), 457-464.
5. Silverman, S., Sadosky, A., Evans, C., Yeh, Y., Alvir, J. M. &Zlateva, G. (2015). Toward characterization and definition of fibromyalgia severity. *Musculoskeletal Disorders*, 11:66.
6. Sumpton, J., Phm, E., Dwight, E. y Moulin, M. D. (2008, November/December) Fibromyalgia: Presentation and management with a focus on pharmacological treatment. *Pain Res Manage* 13, 6.]
7. Wang, Ch., Christopher, M., Schmid, H., Ramel, B.S., Kalish, R., Vinh, J., Goldenberg, L., Lee, Y. &hyMcAlindon, T. (2013, August 19). A Randomized Trial of Tai Chi for Fibromyalgia. *N engl j med*, 363, 8 nejm.org.

8. Watson, N. F., Buchwald, D., Goldberg, J., Noonan, C. and Ellenbogen, R. (2017, September). Neurological Signs and Symptoms in Fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 60(9), 2839–2844. [Links]

9. Amezcua M, Hueso Montoro C. Como elaborar un relato biográfico. *Arch de la Memoria* 2004; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php> (Acceso: 15/10/2017). [Links]

10. Siles González J. *Antropología Narrativa de los Cuidados*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, 2018. [Links]

11. Campos Pavan Baptista P, Barbosa Merighi MA, Fernandes de Freitas G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *RevCulCuid* 2016; 29.

Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/17446> (Acceso: 18/10/2017).

12. Fibromialgia y Ortodoncista. Actitud del ortodoncista ante la enfermedad invisible. *Acta odontol. Caracas, Venezuela: scielo* 40(2)144-151. Consultado 2016

13. Colectivo de autores: Maria Noya Chaveco y Noel moya Gonzalez –LA HABANA-Editorial ciencias medicas, 2017. *Temas de Medicina Interna*, 5ta edición tomo III, Roca Goderich. Pag 133-137.

14. Colectivo de autores: Roberto Alvarez Sintés y Alfredo Espinosa –LA HABANA-Editorial ciencias medicas 2014. *Medicina General Integral*, 3era edición volumen 5, Alvarez Sintés. Pag 1687-1690.

15. Colectivo de autores. Editor general Centro Nacional De Excelencia Tecnología en salud. Mexico. *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de fibromialgia en el adulto. Evidencias y recomendaciones*. 2009

16. Copyright © The McGraw-Hill Companies. Todos los derechos reservados. Harrison Medicina > Parte 14. Trastornos del sistema inmunitario, el tejido conjuntivo y las articulaciones > Sección 3. Trastornos de articulaciones y tejidos adyacentes > Capítulo 329. Fibromialgia

17. Colectivo de autores: Karen J. Marcandante y Robert M. Kliegman Edición en español de la 7.a edición de la obra original en inglés Nelson Essentials of Pediatrics. Copyright © 2015 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. Nelson Pediatría esencial 7ma edición. Pag 313-314. 2015

18. Tesis doctoral: Evaluación del impacto de la fibromialgia en las actividades motoras de la vida cotidiana. Daniel Collado Mateo. Programa de doctorado en ciencias del deporte. Costa Rica. 2018.

19. Colectivo de autores: Editado por Lee Goldman y Dennis Ausiello. Tratado de Medicina Interna (CECIL. 23.ª edición). Pag 2069.

20. Autores: Prada Hernández, Dinorah .Molinero Rodríguez, Claudino .

Gómez Morejón, Jorge .Marín Toledo, Ramón .Publicación FIBROMIALGIA. 2005.

21. Autor: Belén Torres Garrido. Facultad de Farmacia Universidad Complutense. Trabajo fin de grado fibromialgia ¿qué hay detrás del dolor? España. 2015.

22. Autor: Danny Chaves Hidalgo. Medicina Legal de Costa Rica. Revisión Bibliográfica Actualización en Fibromialgia. 2014.

23. Artículo Original: Personalidad y percepción de dolor en fibromialgia:

un estudio piloto de casos y controles. Revista siglantana PSICOSOMÁTICA

Y PSIQUIATRÍA. España. 2017.

24. Dhar, J. P., Essenmacher, L. M., Ager, J. W., Sokol, R. J., (2005).

Pregnancy outcomes before and after a diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Am J Obstet Gynecol.*, 193,1444–55. Ruiz-Irastorza, G., Khamashta, M. A., (2008). Lupus y embarazo: diez preguntas y algunas respuestas. *Lupus*; 17,416-20. Disponible en: <http://lup.sagepub.com> Consultado: 4 de diciembre de 2011.

25. Reyes, G. A., Guibert, M., Vasallo, R., López, A. M., et al. (2009). Estudio analítico y actualización temática de una serie en Cuba de pacientes con Lupus y Embarazo. *Rev Cub Obst y Ginecología*, 35,(4).

26. Denton, C. P., Black, C. M. (2010). Scleroderma-clinical and patho-

logical advances. *Best Pract. Res Clin Rheumatol* 24,271-90. Emmi, L., Chiarini, F., (2009). Intravenous immunoglobulin treatment for inflammatory and autoimmune diseases. *Curr Opin Investig Drug*, 8,713-9.

27. Piera Velázquez, S., Rivero, S., Guzmán, R. (2006). Esclerosis Sistémica Progresiva. En: *Tratado Hispanoamericano de Reumatología*. Ed. Espasa SA de CV. México DF. Pp. 885-922.

28. Lin, A. T., Clemens, P. F., Fust, D. E., (2009). Update on disease modifying antirheumatic drugs in the treatment of Systemic Sclerosis. *Rheum Dis Clin North Am*; 35,409-26. Rivera, J., (2004). Controversias en el diagnóstico de fibromialgia. *Rev Esp Reumatol*; 31(9):501-6.

29. Calvo Penadés, I. (2004). Fibromialgia y otras formas de dolor musculoesquelético: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Reumatología, pp. 37-47. C. Ayan Pérez. Fibromialgia. Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación. Madrid.

Panamericana, 2009.

30. Atul Deodhar, Dawn A. Marcus. Fibromyalgia: a Practical Clinical Guide. New York, Springer. 2011. Collado-Mateo D, Dominguez-Munoz FJ, Adsuar JC, Merellano-Navarro E, Olivares PR, Gusi N. Reliability of the Timed Up and Go Test in Fibromyalgia. Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses. 2018;43(1):35-9.

31. Collado-Mateo D, Gallego-Diaz JM, Adsuar JC, Dominguez-Munoz FJ, Olivares PR, Gusi N. Fear of Falling in Women with Fibromyalgia and Its Relation with Number of Falls and Balance Performance. BioMed research international. 2015;2015:589014.

32. Garcia-Gordillo MA, Collado-Mateo D, Olivares PR, Adsuar JC, Merellano-Navarro E. A Cross-sectional Assessment of Health-related Quality of Life among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Iranian journal of public health. 2017;46(8):1046-53.

33. Collado-Mateo D, Adsuar JC, Olivares PR, Dominguez-Munoz FJ, Maestre-Cascales C, Gusi N. Performance of women with fibromyalgia in walking up stairs while carrying a load. PeerJ. 2016;4:e1656.

34. Collado-Mateo D, Adsuar JC, Dominguez-Munoz FJ, Olivares PR, Gusi N. Impact of Fibromyalgia in the Sit-to-Stand-to-Sit Performance Compared With Healthy Controls. PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation. 2017;9(6):588-95.

35. Collado-Mateo D, Merellano-Navarro E, Olivares PR, Garcia-Rubio J, Gusi N. Effect of exergames on musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. 2018;28(3):760-71. Daniel Collado Mateo231
36. Merellano-Navarro E, Collado-Mateo D, Garcia-Rubio J, Gusi N, Olivares PR. Validity of the International Fitness Scale "IFIS" in older adults. *Experimenta Igerontology*. 2017;95:77-81.
37. Collado-Mateo D, Dominguez-Munoz FJ, Adsuar JC, Merellano-Navarro E, Gusi N. Exergames for women with fibromyalgia: a randomised controlled trial to evaluate the effects on mobility skills, balance and fear of falling. *PeerJ*. 2017;5:e3211.
38. Ramiro Fde S, Lombardi Junior I, da Silva RC, Montesano FT, de Oliveira NR, Diniz RE, et al. Investigation of stress, anxiety and depression in women with fibromyalgia: a comparative study. *Revista brasileira de reumatologia*. 2014;54(1):27-32.
39. Cuevas-Toro AM, Lopez-Torrecillas F, Diaz-Batanero MC, Perez-Marfil MN. Neuropsychological function, anxiety, depression and pain impact in fibromyalgia patients. *The Spanish journal of psychology*. 2014;17:E78.

Anexo 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ hago constar que se me ha invitado a participar en una investigación sobre Fibromialgias y he sido informado del objetivo que se persigue con la misma y que tendré que responder algunas preguntas de índole privada, que me mantendré en el anonimato; que los resultados no se harán públicos con fines que no sean para beneficio científico y social por lo que acepto participar en la misma, para lo que firmo el presente documento como constancia de mi aceptación.

Firma del paciente.

Firma del investigador.

Fecha. _____

ANEXO 2.

ENCUESTA

Objetivo: Describir el comportamiento de la Fibromialgia en pacientes de los consultorios 14 y16 del reparto de Los Rusos del municipio Majagua

Se necesita su colaboración para la investigación que se está realizando. Por lo que se desea que responda con la mayor sinceridad posible.

Edad _____

Sexo Masc: _____

Fem: _____

Escolaridad.

___ Primaria

___ Secundaria.

___ Pre Universitario.

___ Universitaria.

___Técnico Media

Antecedentes patológicos familiares:

___Madre

___Hermana

___Tía

___Abuela

___No se

Síntomas Clínicos

-Dolor _____

-Rigidez _____

-Sensibilidad en músculos, tendones y articulaciones _____

-Ansiedad _____

-Depresión _____

-Alteraciones del sueño _____

-Fatiga_____

-Otros_____

-Cuáles _____

El inicio de los síntomas lo relaciona con alguna de las condiciones siguientes:

-después de un accidente automovilístico _____

-después de una cirugía o algún otro trauma _____

-después del parto o Cesárea _____

-estrés prolongado _____

-otras causas _____

-cuales _____

Tiempo transcurrido desde el comienzo de los primeros síntomas de la enfermedad y el diagnóstico médico

- ≤1 año _____
- de 1 a 3 años _____
- de 4 a 6 años _____
- 7 años y más _____

Diagnóstico realizado por

- Médico de la familia _____
- Clínico _____
- Ortopédico _____
- Reumatólogo _____
- Otros especialistas _____

Tratamiento indicado para su enfermedad. Relacione los medicamentos indicados por su médico para la fibromialgia

Resultado del tratamiento:

-Paciente curado_____

-Paciente no curado_____