



REPÚBLICA DE CUBA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS “JOSÉ ASSEF YARA”.

POLICLÍNICO BARAGUÁ

Título: Evaluación de factores de riesgo de la fibromialgia en la población del municipio Baraguá 2016.

Autor: Dra. Milayne Valdivia Nuñez.

**Trabajo de terminación de residencia en opción al título de especialista en
Medicina General Integral.**

Ciego de Ávila

2017



REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS “JOSÉ ASSEF YARA”.
POLICLINICO BARAGUÁ

Título: Evaluación de factores de riesgo de la fibromialgia en la población del municipio Baraguá 2016.

Autor: Dra. Milayne Valdivia Nuñez.

Residente 2do. Año de Medicina General Integral.

Tutor: Dra. Dulce María Ávila Delgado

Especialista en Medicina General Integral.

Especialista en Fisiatría.

**Trabajo de terminación de residencia en opción al título de especialista en
Medicina General Integral.**

Ciego de Ávila

2017

PENSAMIENTO

Las pruebas de la vida y los dolores de la enfermedad hacen demasiado largo hasta el breve período de la vida.

Heródoto.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por su incondicional apoyo, sobre todo por su inmenso amor y sacrificio a lo largo de todo éste tiempo.

A mi tutora por sus valiosas y oportunas sugerencias en pos de una mejor calidad en la tesis.

A todos mis amigos que de una forma u otra también aportaron su granito de arena en la realización de este trabajo.

A todas aquellas personas que me apoyaron incondicionalmente en esta investigación y de alguna forma han contribuido a mi formación profesional.

DEDICATORIA

A mis padres por el sacrificio que han tenido que enfrentar en este largo camino de mi vida profesional estando presentes siempre aconsejándome.

A mis profesores. Por las enseñanzas y por los consejos que me han ofrecido.

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional, por haberme brindado salud para lograr mis objetivos.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional analítico de casos y controles pareado (1:2) con el objetivo de determinar el comportamiento de los factores de riesgo y su asociación con la fibromialgia en la población del municipio Baraguá. Provincia Ciego de Ávila desde septiembre 2016 hasta enero 2017. El universo de estudio estuvo conformado por 30 pacientes que constituyen la totalidad de los pacientes que padecen fibromialgia del municipio pareado por las variables edad y sexo, en la selección de los controles, se eligieron dos pacientes por cada caso con características similares, aceptando formar parte del estudio a través del consentimiento informado. Para recolectar la información se utilizaron las historias clínicas individuales y un cuestionario confeccionado de acuerdo a los objetivos. Se determinaron las frecuencias absolutas y relativas para caracterizar la población estudiada por variables de estudio. Como medida de riesgo se calculó el Odds Ratio. Los resultados expresaron que la enfermedad es más frecuente entre 41 y 50 años predominando el sexo femenino. Los expuestos a factores de riesgo como antecedente personal de artritis reumatoide, antecedente familiar de fibromialgia, stress crónico, sedentarismo, fumadores y la ocupación laboral incrementan el riesgo de padecer de fibromialgia.

Palabras clave: Fibromialgia, Factores de riesgo.

INDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN -----

OBJETIVOS -----

MARCO TEÓRICO -----

MATERIAL Y MÉTODO -----

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS -----

CONCLUSIONES -----

RECOMENDACIONES -----

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas como es el caso de la fibromialgia (FM) representan hoy día uno de los mayores retos en la salud, tanto por su elevada prevalencia como por las consecuencias que de ellas se derivan al paciente, a sus familiares, al entorno social y laboral. La enfermedad ocasiona un elevado consumo de recursos asistenciales además de importante coste personal, social y laboral ^(1, 2,3).

La palabra Fibromialgia proviene de: Fibro (tejidos blandos, tendones, ligamentos), mi (músculo), Algia (dolor) y se le cataloga como una nueva enfermedad. En la década de los 90 la Organización Mundial de la Salud la clasificó en el manual ICD-10, como patología reumatológica diferenciada crónica ⁽⁴⁾.

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 ⁽⁴⁾. Afecta a entre el uno y el cuatro por ciento de la población mayoritariamente a mujeres (relación 20/1), y supone un importante problema social, tanto por su impacto económico como por la afectación de la calidad de vida de quienes la padecen ⁽³⁾.

A nivel mundial, se obtuvo que las afecciones que más consultas suscitaron fueron la afectación de partes blandas, superando las degenerativas; y de ellas, la fibromialgia representó un 45 %. Investigaciones realizadas en España avalan que la Fibromialgia es diez veces más frecuente en mujeres que en hombres, y se presenta habitualmente en individuos de 30 a 55 años ⁽⁵⁾. En los estudios de prevalencia de la enfermedad, que son escasos, se han establecido unos márgenes entre el 2 y el 4% de la población general, donde se calculan que unas 800 000 personas padecen este proceso y más de 100 000 en la comunidad de Madrid ⁽³⁾.

En el continente americano la prevalencia estimada para la fibromialgia en la población general se sitúa entre el 2,0% y el 3,7%, en el 3,4-5,7% de las mujeres ⁽⁶⁾. En la población de EEUU según el estudio EPISER se estima una prevalencia del 2,73%, con un 4,2% para sexo femenino de 20 a 50 años de edad y 0,2% para el masculino, considerándose la causa más frecuente de dolor musculo esquelético crónico difuso.

Mientras que en Canadá, se ha estimado que el 20% de la población sufre de dolor crónico y que el 10-12% sufre de dolor crónico generalizado y extenso.

En Estados Unidos, estas afecciones son responsables de más de 5 millones de personas con alguna limitación funcional donde más de 2 millones son incapaces de llevar a cabo actividades mayores, y más de 1 millón tiene incapacidad total para realizar sus actividades diarias. Se estima que en los Estados Unidos del 3% al 6% de la población general cumplen con los criterios diagnósticos de fibromialgia ^(7,8).

Es de 4 a 7 veces más frecuente en mujeres adultas. Los síntomas usualmente se originan entre los 20 y 55 años, pero la condición se puede diagnosticar en la infancia, etapa en la que no hay diferencia entre sexos ⁽⁸⁾. La fibromialgia afecta a cerca del 6 % de las personas en América del Sur y conlleva costos elevados relacionados directos e indirectamente con la enfermedad. Las investigaciones que se han encontrado se centran principalmente en los aspectos clínicos y en los tratamientos farmacológicos de la enfermedad, olvidando en numerosas ocasiones las vivencias y percepciones de las personas que la sufren ⁽²⁾.

En Venezuela, en un estudio realizado en julio de 2012, se halló una prevalencia de la fibromialgia en pacientes del sexo femenino y en un rango de edad de 20 a 50 años ⁽⁹⁾. En el Perú, un estudio poblacional en un barrio urbano-marginal de Lima, señala una prevalencia del 10% y en Piura, una ciudad al norte del Perú, se reporta una prevalencia del 6% en pacientes que acuden a consulta ambulatoria ⁽⁹⁾.

En el sistema de Salud Cubano, a diferencia de todos estos países no existen programas, talleres, ni sistemas de intervención multidisciplinario para el tratamiento de la Fibromialgia, como se hace con otras enfermedades crónicas que si bien tienen peor pronóstico afectan con la misma severidad la calidad de vida de los pacientes y su entorno ⁽¹⁰⁾.

Desde el punto de vista epidemiológico la enfermedad se presenta, según estudios de prevalencia en el 2 % de la población general, siendo las mujeres las más afectadas con un aproximado del 73% y hasta el 88%. La incidencia real de estos procesos es desconocida, aunque la podemos considerar un problema muy común en la población general ⁽²⁾. Estudios epidemiológicos recogen cifras alrededor del 11% de la población

afectada de dolor persistente situando la prevalencia de fibromialgia alrededor del 2-3% de la población general ⁽¹¹⁾.

En Cuba, en un estudio de pacientes con fibromialgia 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. Se calcula que fibromialgia tiene una prevalencia en la población cubana que oscila entre el 0,66% y 3,9% ⁽¹²⁾. La prevalencia es mayor en mujeres que en varones (3,4% versus 0,5%) ⁽¹³⁾ y tiende a incrementarse con la edad ⁽¹⁴⁾.

Ante la tendencia ascendente de la incidencia y morbilidad de la fibromialgia en Cuba, y en la Provincia Ciego de Ávila y en especial el municipio de Baraguá, se genera la necesidad de crear una estructura, capaz de vigilar y captar la información y conocimientos que se recibe de las diferentes fuentes existentes.

Problema de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la fibromialgia en la población del municipio Baraguá?

Hipótesis:

Si se identifican los factores de riesgo clínico- epidemiológicos que guardan relación de asociación con la fibromialgia en pacientes del municipio Baraguá, se pudieran encaminar las acciones de forma tal que permitan modificarlos y así disminuir la morbilidad.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el comportamiento de los factores de riesgo y su asociación con la Fibromialgia en la población del municipio Baraguá Provincia Ciego de Ávila desde septiembre 2016 hasta enero 2017.

Objetivos Específicos:

1-Identificar la posible existencia de asociación de la Fibromialgia con un grupo de variables de la categoría “Biología Humana” del modelo campo de salud:

Biología Humana

- Color de la piel.
- Grupo de edad.
- Sexo.
- Antecedentes patológicos familiares de fibromialgia.
- Antecedentes patológicos personales de artritis reumatoide.

2- Identificar la posible existencia de asociación de la Fibromialgia con un grupo de variables de la categoría “Estilo de Vida” del modelo campo de salud:

Estilo de Vida

- Stress crónico.
- Sedentarismo.
- Hábito de fumar.
- Ocupación laboral.

MARCO TEÓRICO

El término fibromialgia fue introducido por Dan Bukila y Gedalia en 1983, cuando prácticamente de forma simultánea realizaban un estudio epidemiológico de prevalencia en adultos jóvenes que presentaban dolores músculo-esqueléticos persistentes y dificultad para dormir. Como sugiere su nombre, la Fibromialgia afecta, principalmente, a todos los tejidos blandos del cuerpo ⁽¹⁵⁾.

En 1994 Yunus englobó la fibromialgia dentro del síndrome disfuncional junto a otras patologías como síndrome de intestino irritable, síndrome de fatiga crónica, síndrome de piernas inquietas, cefalea tensional, etc., ya que presentaban características clínicas comunes y respuesta a agentes serotoninérgicos o noradrenérgicos, proponiendo como hipótesis la existencia de una disfunción neuroendocrina-inmune (alteraciones de neurotransmisores y hormonas) que establecía un nexo entre todas ellas ⁽¹⁶⁾.

En 1999, Simón Wessely y cols incluirían esta patología en el término genérico de síndromes somáticos funcionales, incidiendo en la fuerte asociación que presentan los síntomas somáticos y el estrés emocional, presentando todas ellas una serie de elementos comunes, e incluso se señalarían factores que caracterizarían a los mismos ⁽¹⁷⁾.

En el año 2001, Hurtig estableció una diferencia entre los pacientes con fibromialgia de acuerdo con la respuesta al dolor inducido por cambios de temperatura en el dorso de la mano, definiendo de esta forma dos grupos de acuerdo con el umbral del dolor un grupo sensible termal (tanto al frío como al calor) y otro grupo levemente sensible al calor. La orientación de esta definición es fundamentalmente terapéutica ⁽⁷⁾.

En el año 2003, Giesecke propuso unir la clasificación por perfil psicopatológico (promovido por el grupo de Turk) con el análisis personalizado de la respuesta al dolor (hiperalgesia y percepción dolorosa). Los resultados identificaron tres subgrupos de pacientes diferentes con un perfil psicopatológico muy bien definido, perfil que pudo relacionarse de una forma muy práctica con la forma en que cada uno de los subgrupos de pacientes afrontaba la respuesta al dolor.

Esta clasificación considera el estado de ánimo, de depresión y ansiedad que el paciente pueda tener; considera aspectos cognitivos, evaluando el catastrofismo y

control del dolor; y considera variables biológicas tales como umbral del dolor y evaluación de los puntos dolorosos ^(7,18).

En el año 2006, Blasco y sus colaboradores realizaron un amplio estudio sobre el perfil psicopatológico de los pacientes con fibromialgia, mediante la aplicación de los cuestionarios *State-Trait Anxiety Inventory* Estado/Rasgo (STAI-E/R), *Beck Depression Inventory* (BDI). Los autores propusieron una fórmula denominada «índice de perfil psicopatológico en fibromialgia» (lppc), derivada del MMPI-2, que permite discriminar entre un "perfil A" y un "perfil B", los cuales indican la gravedad psicopatológica y, consecuentemente, el tipo de intervención psicoterapéutica más adecuada ^(7, 18).

En el año 2007, Müller estableció una clasificación de fibromialgia basada en tres grupos:

1. Fibromialgia acompañada de síndrome depresivo.
2. Depresión acompañada de síndrome de fibromialgia.
3. Fibromialgia debida a somatización.

Sin embargo, esta clasificación se basó en la experiencia personal de Müller sin análisis estadístico y la terminología utilizada es cuestionada por la comunidad psiquiátrica. Además, los grupos 2 y 3 son difíciles de diferenciar ^(7, 18).

Vivencia de la enfermedad:

Desde que un paciente inicia su contacto con la medicina oficial hasta el diagnóstico transcurre una media de tiempo de unos 7 años; durante ese tiempo los enfermos se encuentran en una situación de incertidumbre puesto que ni ellos ni su entorno social y familiar consideran que el dolor sea una razón legítima para interrumpir las actividades cotidianas.

Las personas no son tomadas en serio por sus amigos, familiares y profesionales de la salud, ya que parecen sanas y la percepción que los pacientes tienen de su enfermedad es de un origen somático debido a su largo itinerario terapéutico desarrollan estrategias narrativas de su padecimiento como la forma de expresión o la ocultación de sus síntomas- que les permitan no ser consideradas como enfermos psiquiátricos o como simuladores de sus síntomas.

El estudio de Wuytack et reveló que la Fibromialgia impregna todos los aspectos de la vida, los participantes resaltaban que habían dejado de “funcionar” dando lugar a

sentimientos de inutilidad y pérdida de la identidad, las actividades de ocio también se vieron muy afectadas, así como la alteración de los lazos familiares algunos de los cuales fueron reforzados, sin embargo, otros se quebraron.

La frustración derivada de la incompreensión domina en todos ellos por lo que prefieren no compartir sus experiencias con personas que no padezcan su enfermedad.

Los pacientes informan trastornos en las relaciones con familiares y amigos, aislamiento social, reducción de las actividades de la vida diaria y de ocio, evitan la actividad física y la pérdida de la carrera profesional.

Desean establecer un equilibrio entre el deseo de permanecer independientes el mayor tiempo posible y la necesidad de apoyo por parte de los miembros de la familia y amigos ⁽⁵⁾.

Concepto:

La fibromialgia es un cuadro doloroso musculoesquelético difuso crónico generalizado sin signos de sinovitis ni de otros trastornos orgánicos, ^(19, 20) en forma de reumatismo extraarticular generalizado, con problemas de la memoria y cambios de estados de ánimo asociado con alteraciones del patrón normal del sueño, fatiga y alteraciones psicológicas o de personalidad ⁽¹⁷⁾. La edad promedio en la que se empiezan a manifestar los síntomas es entre los 30 y 50 años de edad. La fibromialgia no es una enfermedad, sino una constelación de síntomas que pueden controlarse ^(21,22).

Etiología:

Se desconoce la causa de la fibromialgia, pero se cree que se debe a una función anormal del sistema nervioso central, originando una “amplificación” de las señales normales de dolor. Esta amplificación actúa a modo de volumen, cuyo control estuviese fijo en un punto muy alto en los nervios del cuerpo de una persona. De esta forma, los estímulos que no causarían dolor en la mayoría de las personas, provocan dolor en las que tienen fibromialgia ⁽²³⁾.

Fisiopatología:

La fisiopatología de la fibromialgia implica una serie de factores, incluidas anomalías en el sistema nervioso autónomo y neuroendocrino, factores genéticos, variables psicosociales y estrés medioambiental. Estos factores están implicados en otros trastornos que frecuentemente coexisten con fibromialgia y también se caracterizan por

un dolor persistente o recurrente, como el Síndrome de Intestino Irritable, trastorno témporo mandibular, trastorno afectivo mayor o trastornos de ansiedad.

La fibromialgia también puede ocurrir simultáneamente con enfermedades inflamatorias crónicas tales como la artritis reumatoide (AR), osteoartritis y lupus eritematoso sistémico. La presencia de una o más de estas condiciones coexistentes pueden complicar el diagnóstico y el tratamiento de la fibromialgia ^(20, 23,24).

Algunas teorías se centraron en factores ocupacionales, psicológicos y de estrés muscular, lo que motivó controversias acerca de la causa del dolor de estos pacientes y se llegó a la conclusión de que probablemente todo el cuadro se debía a trastornos psicosomáticos creando la teoría del reumatismo psicógeno.

La teoría psicogénica fue una de las más importantes y según ésta, la depresión y otros disturbios psicológicos alterarían el patrón normal del sueño NO-REM. Durante esta fase del sueño se produce la tasa máxima de síntesis de serotonina en el sistema nervioso central (SNC) y a su vez ocurre un importante flujo sanguíneo a los músculos y tendones, con un gasto energético mínimo y por lo tanto representa una fase ideal para los procesos de restauración energética ⁽⁹⁾.

Síntomas:

El dolor músculoesquelético generalizado constituye el síntoma más destacado de la fibromialgia. Por lo general, se presenta en varios lugares alrededor del cuerpo, aunque podría iniciar en una región, tal como en el cuello y en los hombros y después aparecer en otras áreas al cabo de un cierto tiempo ^(15,25).

El dolor producido por la fibromialgia ha sido descrito en una gran variedad de formas, tales como ardor, rigidez o un dolor fuerte y permanente. A menudo, el dolor varía según la hora del día, el nivel de actividad, el clima, los patrones de sueño y la tensión. Muchas personas con fibromialgia afirman que siempre sienten algo de dolor, aunque el dolor va y viene. Para algunos, el dolor puede ser bastante intenso ^(6, 15,16).

De igual forma, las áreas o puntos sensibles asociados a la fibromialgia son similares, en ubicación, a los presentes en otros tipos de dolores musculares y óseos, tales como en el codo de tenista (epicondilitis lateral) ^(13,15). Muchas áreas musculares y tejidos blandos pueden también generar dolor y numerosas personas, a menudo, no están

conscientes de la presencia de muchos de los mismos hasta que el doctor realiza una evaluación de los puntos sensibles ⁽²⁶⁾.

La mayoría de las personas con fibromialgia presentan fatiga, menor resistencia a actividades que impliquen esfuerzo y la clase de cansancio que se siente cuando se tiene gripe o cuando no se puede dormir ⁽⁶⁾. A veces, el cansancio es un problema mucho más grave que el mismo dolor ⁽¹⁵⁾.

El cansancio puede variar desde una simple desgana y menor resistencia al esfuerzo en ciertas actividades hasta la extenuación y también puede variar de un día para otro. Además son comunes las alteraciones del sueño en quienes tienen fibromialgia, mismas que varían de una persona a otra ^(22,27).

Algunos pacientes tienen problemas para quedarse dormidos, mientras otros tienen un sueño muy ligero y se despiertan frecuentemente durante la noche además de sensibilidad, las personas con fibromialgia también indican tener los siguientes síntomas: dificultades para dormir, agotamiento, dolores de cabeza (cefaleas) agudos, problemas digestivos y estomacales, adormecimiento e hinchazón de las articulaciones, ansiedad o depresión y cambios del dolor que se relacionan con el clima, el estrés y la actividad física y laboral ⁽¹⁵⁾.

La fatiga y demás síntomas que presentan los individuos con fibromialgia podría parecerse a otro padecimiento llamado Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), y debido a esto, muchas personas con fibromialgia también cumplen con el criterio para esta condición ⁽⁶⁾. Otros síntomas que coinciden son los de las personas con trastornos somáticos o sensibilidad química múltiple ^(15,28).

Los cambios de estado de ánimo son un síntoma común de la fibromialgia. Con frecuencia, las personas con fibromialgia se sienten tristes o decaídas y algunas también presentan depresión, al igual que ansiedad. Algunos investigadores piensan que hay una conexión entre ciertas clases de depresión y la ansiedad crónica, como Ángeles Triviño ^(28, 29). Sin embargo, cualquier persona con una enfermedad crónica, no únicamente fibromialgia, puede sentirse deprimida en ocasiones, al luchar contra el dolor y el cansancio ^(11,28).

Los individuos con fibromialgia pueden presentar dificultades al concentrarse o al realizar tareas mentales sencillas ⁽¹²⁾. Estos problemas aparecen y desaparecen y a menudo son más marcados en momentos de agotamiento o ansiedad extremos ⁽¹³⁾. Se

han notado problemas similares en personas con cambios en su estado de ánimo, disturbios del sueño u otras condiciones crónicas ⁽³⁰⁾.

Los dolores de cabeza, especialmente aquellos causados por la tensión y las migrañas, son comunes en quienes tienen fibromialgia ⁽²⁵⁾. De igual forma, la fibromialgia se asocia con dolor en los músculos de la mandíbula y de la cara (padecimiento de la articulación denominado temporomaxilar o síndrome TMJ, por sus siglas en inglés) o dolor miofascial (músculo esquelético) en una sola parte del cuerpo. En estos casos, la fibromialgia puede considerarse como regional, localizada o incompleta ^(28, 31).

El dolor de estómago, la hinchazón o distensión abdominal y el estreñimiento alternado con diarrea (llamado síndrome de colon irritable), también son síntomas muy comunes²². La irritabilidad y los espasmos de la vejiga podrían provocar que el afectado orine más frecuentemente o que sienta la urgencia de orinar ⁽³¹⁾.

El paciente también puede experimentar dolor pélvico agudo. Algunos de los problemas que pueden relacionarse con la fibromialgia incluyen mareos, piernas inquietas, endometriosis, cosquilleo y adormecimiento de las manos y de los pies ⁽¹⁵⁾. Con el transcurso del tiempo y a pesar de que los síntomas pueden variar en intensidad, el cuadro general empeora en raras ocasiones ⁽³²⁾.

En un pequeño estudio de investigación, en el que se hizo un seguimiento de cómo se sintieron los pacientes con fibromialgia por un periodo de 10 años después del diagnóstico, los investigadores obtuvieron como resultado que, aunque los síntomas permanecen, muchas personas se sienten mejor con el tratamiento y con el pasar del tiempo ⁽²⁸⁾.

Diagnóstico:

En 1990 el Colegio Americano de Reumatología, propuso para su diagnóstico únicamente la presencia de dolor difuso de más de tres meses de evolución y sensibilidad al dolor aumentada a la palpación digital en al menos 11 de 18 localizaciones anatómicas propuestas ⁽³³⁾.

La fibromialgia no puede diagnosticarse a través de pruebas de laboratorio. Los resultados de las radiografías y los análisis de sangre son normales. Por lo tanto, el

diagnóstico se basa en un minucioso examen físico y en los antecedentes clínicos del paciente ^(24, 34). Para diagnosticar la fibromialgia, le harán varias preguntas sobre su historial médico y le practicará un examen físico. El examen físico puede descartar otras enfermedades que puedan causar dolor y fatiga crónicos ⁽⁸⁾.

Usualmente, una persona es diagnosticada con fibromialgia si tiene un historial clínico de dolor que se irradia en tres partes diferentes del cuerpo y que ha durado, por lo menos, tres meses. El tener estos síntomas, además de fatiga, insomnio, cefaleas, ansiedad o síntomas asociados con otros síndromes, tales como los del colon irritable o el de las piernas inquietas, puede orientar hacia el diagnóstico correcto ^(8,15).

Debido a que los síntomas de la fibromialgia son muy generales ⁽³²⁾, y a menudo pueden sugerir la presencia de otras afecciones, muchas personas se someten a evaluaciones complicadas y muchas veces repetitivas, antes de que se les diagnostique con fibromialgia. Por esta razón, es muy importante consultar a un médico, quien sepa diagnosticar y tratar esta condición. Si a usted no se le diagnostica fibromialgia, el examen será normal, excepto por el hallazgo de sensibilidad difusa (sensibilidad que aparece en varias áreas del cuerpo sin una razón aparente) ⁽³⁵⁾.

No existen pruebas de laboratorio o rayos X que ayuden al doctor a diagnosticar la fibromialgia. No obstante, los exámenes de laboratorio pueden colaborar en el diagnóstico de otros problemas médicos que presentan síntomas similares a este síndrome ^(31,36). Las investigaciones sugieren que las personas con fibromialgia tienen niveles anormales de químicos diversos en la sangre o en el fluido cerebroespinal, mismos que contribuyen a la transmisión y amplificación de las señales de dolor desde y hacia el cerebro. De igual manera, también hay evidencia de que en personas con este síndrome, el sistema nervioso central se encuentra incapacitado para inhibir el dolor.

Además de los informes clínicos de los pacientes, los estudios de imagen cerebral han confirmado que cuando los pacientes con fibromialgia reciben cantidades pequeñas de presión o de calor, experimentan mucho más dolor, como si el “control del volumen” estuviera puesto muy alto en el procesamiento del dolor. Se ignora si estas anomalías son la causa o el resultado de la fibromialgia ⁽⁸⁾.

La fibromialgia se diagnostica sobre la base de los síntomas característicos y la exclusión de otras enfermedades que pueden conducir al mismo patrón de síntomas ⁽⁸⁾. Las investigaciones han demostrado que la interrupción de una de las fases del sueño, denominada “sueño profundo” altera ciertas funciones cruciales del cuerpo humano, como la producción de las hormonas necesarias para restaurar el tejido muscular, y los niveles de sustancias que controlan la manera en la que una persona percibe el dolor ⁽³⁷⁾. Está claro que los problemas del sueño pueden empeorar los síntomas de la fibromialgia y el mejoramiento de éste es una parte integral para controlarla ⁽¹⁵⁾.

La fibromialgia se diagnostica más frecuentemente en individuos que padecen ciertas enfermedades. Estas enfermedades incluyen:

- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso sistémico (comúnmente llamado lupus)
- Espondilitis anquilosante (artritis espinal).

Las mujeres que tienen a un familiar con fibromialgia tienen mayor predisposición a padecer de fibromialgia también ⁽¹³⁾.

Clasificación:

La fibromialgia no está dividida en tipos. Los especialistas han clasificado la patología en tipos para adaptar a cada paciente el tratamiento:

- Tipo I: Pacientes sin ninguna enfermedad concomitante.
- Tipo II: Pacientes con enfermedades reumáticas y autoinmunitarias.
- Tipo III: Pacientes con grave alteración en la esfera psicopatológica.
- Tipo IV: Pacientes simuladores ⁽²¹⁾.

Factores de Riesgo:

La historia del paciente puede revelar factores de riesgo para la Fibromialgia, como la predisposición familiar. Los familiares de las personas con Fibromialgia tienen un riesgo más alto de padecerla (parientes de primer grado), antecedente personal de artritis reumatoide (AR).

Los factores ambientales, como traumatismos o lesiones físicas, infecciones (por ejemplo, enfermedad de Lyme y la hepatitis C), y otros factores de estrés (por ejemplo, trabajo, vida familiar e historia de abuso), plantean un riesgo adicional así como el hábito de fumar ^(10, 13,38).

Pronóstico:

La fibromialgia es una enfermedad crónica, por lo tanto, se mantendrá a lo largo de toda la vida del paciente. En el transcurso de la enfermedad, las evoluciones de los síntomas podrán mejorar o empeorar dependiendo de cada caso. Los estudios que se han realizado hasta ahora sobre el pronóstico no son buenos ^(23,39).

Controlando la fibromialgia:

A menudo, las personas con fibromialgia se han sometido a muchas pruebas y han consultado a múltiples especialistas en busca de respuestas. Con frecuencia se les dice que puesto que su apariencia es buena y los resultados de los análisis son normales, no sufren de ningún trastorno verdadero. Es posible que amigos y familiares, además de los médicos, duden de la veracidad de sus síntomas, lo cual puede aumentar su sentimiento de aislamiento, culpabilidad e ira ⁽⁵⁾.

Tanto el paciente como su familia deben comprender que la fibromialgia provoca dolor y agotamiento crónicos. Debe asumir un papel activo en el control de este trastorno, haciendo ejercicio con regularidad, educándose sobre su afección y aprendiendo a implementar técnicas de relajación y estrategias para controlar el estrés ⁽⁵⁾.

Terapias psicológicas:

Este aspecto del tratamiento es fundamental para enseñar al paciente a afrontar de forma correcta la fibromialgia. Tanto el deporte, como las terapias psicológicas suelen mejorar algunos síntomas, la depresión, la autonomía y la calidad de vida del paciente ^(19,36).

Calidad de vida:

La importancia de esta patología radica en que afecta a todos los ámbitos de la vida del paciente y éste puede llegar a desarrollar una discapacidad que incluso interfiera en su

ámbito laboral. Según varios estudios, entre el 15 y el 20 y hasta el 50 por ciento de los pacientes tienen que dejar su trabajo ⁽²³⁾.

Deterioro cognitivo:

La Fibromialgia afecta la cognición de los pacientes en particular su memoria y los procesos de pensamiento como consecuencia no son capaces de operar en los mismos niveles de agudeza mental que los que tenían antes de la aparición de la enfermedad, olvidando tareas importantes y a menudo incapaces de expresar sus pensamientos a los demás por lo que afecta a su capacidad de concentrarse y expresarse con claridad.

Impacto laboral:

La limitada capacidad física, una mayor necesidad de descanso, la incapacidad para realizar tareas repetitivas o la incapacidad para concentrarse relacionado con el deterioro cognitivo influyen en pacientes con Fibromialgia para responder a las demandas físicas, psicosociales y de organización en el trabajo. Las largas jornadas de trabajo, trabajo estático prolongado sobre todo si se tienen que utilizar los brazos, marcha larga y levantar o cargar objetos pesados dan lugar a un empeoramiento de los síntomas como son dolor, agotamiento y fatiga ⁽²³⁾.

También se perciben como altamente exigentes los trabajos en los que se utilicen instrumentos manuales así como los que demanden un poder de concentración mayor o donde haya una baja temperatura al aire libre o un nivel de sonido alto de la maquinaria. Informan de que tienen que cambiar con frecuencia de trabajo o tener una reducción de horas lo que repercute en su situación económica ⁽²³⁾.

Impacto emocional:

A nivel psicológico existe una elevada evidencia científica que relaciona la Fibromialgia con distintos problemas anímicos, siendo de mayor prevalencia la ansiedad y la depresión en un 68 % de los casos; su aparición crónica, empeora el curso y la evolución de la enfermedad. Entre las causas que se barajan destacan: el mecanismo de estrés crónico, el dolor, el retraso diagnóstico, la falta de eficacia de los tratamientos, los problemas laborales y el entorno socio-familiar ⁽²³⁾.

Los estudios identifican sentimientos tales como la frustración, vergüenza, culpa y aislamiento en los pacientes con respecto a su incapacidad para ser entendido por la comunidad médica y por quienes le rodean, así como la frustración con ellos mismos por la pérdida de habilidades cognitivas o pérdida de la identidad sexual ⁽²³⁾.

Técnicas para sobrellevar el dolor:

El involucrarse en actividades como el compartir momentos con la familia o amigos le ayudarán a no concentrarse en el dolor. Es muy importante que se mantenga tan físicamente activo como le sea posible pero evitando abusar del ejercicio. Las técnicas para el control del estrés, como los ejercicios de respiración y aprender a sobrellevar la fatiga al alternar períodos de actividad con períodos de descanso, pueden también ayudar a controlar los sentimientos de ira, tristeza y pánico que acosan a las personas con fibromialgia ⁽⁴⁰⁾.

Es importante que identifique y reduzca las fuentes que le producen estrés en la vida cotidiana. La práctica de buenos hábitos del sueño, tales como reducir la cantidad de cafeína en su dieta, el uso de audios de relajación antes de dormir y mantener un horario regular para acostarse y para levantarse, van a mejorar enormemente el tiempo de descanso, lo que a su vez le ayudará a aliviar el agotamiento y el cansancio del día ⁽⁴⁰⁾.

Tratamiento:

Medidas Generales:

Dentro de las medidas generales tienen protagonismo las intervenciones no farmacológicas, los estudios mencionan terapias alternativas que incluyen: la acupuntura, el biofeedback, modificaciones de la dieta/ejercicio, el calor, hidroterapia, masaje, taichí y la meditación o yoga ⁽¹⁰⁾.

Los pasos a seguir para el correcto tratamiento de la fibromialgia son: la explicación de la naturaleza de la enfermedad, la educación para evitar los factores agravantes, el tratamiento de las alteraciones psicológicas asociadas, el cambio de comportamiento, el ejercicio físico, eliminar el hábito de fumar y el sedentarismo. Por este motivo habrá que cuidar los asientos en el trabajo o en la casa. Hay que evitar levantar o sostener

pesos para los que la musculatura de la persona en cuestión no está preparada. Hay que adecuar el comportamiento al padecimiento de esta enfermedad ^(7, 10).

Por este motivo hay que procurar un cambio de mentalidad tanto en quien la padece como en los que le rodean, buscando un ambiente familiar relajado y libre de exigencias constantes. Es mejor hacer una sola cosa a un tiempo. Cuide su autoestima. El mantenimiento o promoción de hobbies o medios de entretenimiento (música, pintura, humor, etc.) pueden ser importantes. A veces evitar el estrés significa aprender a decir “no” sin sentimiento de culpabilidad ^(7,10).

Es importante procurar establecer las mejores condiciones para un sueño reparador. Tener una cama no excesivamente blanda ni excesivamente dura, así como una almohada baja. Hay que evitar el hábito de fumar, la ingesta de sustancias, y bebidas estimulantes (café, té, alcohol, etc.), así como las temperaturas extremas (sobre todo un calor excesivo en el dormitorio) y los ruidos y luces (relojes despertadores).

No dude en usar tapones para los oídos o antifaces si cree que los precisa. De todas las medidas que se han empleado en el tratamiento de la fibromialgia, el ejercicio físico y una adecuada fortaleza muscular son sin duda las más eficaces ^(7, 41).

Paseos, caminar en un tapiz rodante, montar en bicicleta o natación en piscina climatizada pueden servir para iniciar el acondicionamiento físico. El objetivo final es hacer ejercicio al menos 20-30 minutos cuatro veces a la semana. Después, es mejor el ejercicio en grupos formados en gimnasios o centros de rehabilitación, pero cualquiera vale siempre que no dañe las articulaciones ^(7,41).

Deporte:

Los expertos recomiendan realizar ejercicio físico aeróbico de forma progresiva, gradual y constante. Enrique Hornilla, reumatólogo de Clínica Universidad de Navarra, destaca la eficacia de los ejercicios en piscina y la hidroterapia ^(7, 42,43).

¿Qué pronóstico tiene?

La intensidad de su sintomatología, varía en el transcurso del tiempo, e incluso en el 30-40% de los casos disminuye, a veces llegando a ser casi imperceptible. Sin embargo, sobreesfuerzos físicos, cambios climáticos o estados de ansiedad pueden suponer una reagudización sintomática ^(39,44).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional analítico de casos y control pareado (1:2) con el objetivo de determinar el comportamiento epidemiológico de un grupo de factores de riesgo y su asociación con la fibromialgia en la población del municipio Baraguá. Provincia Ciego de Ávila en el periodo comprendido de septiembre 2016 a enero 2017.

Universo y Muestra:

El universo estuvo conformado por 30 pacientes que constituyen la totalidad de los pacientes que padecen fibromialgia entre 20 y 60 años registrados dispensarialmente en las historias clínicas individuales en la sala de Fisioterapia municipio Baraguá hasta Enero 2017 y que conformaron el grupo de casos, el que se comparó con otro grupo de pacientes de la misma área que no están afectados por esta enfermedad. Se escogieron dos por cada caso (relación 1:2), pareados por las variables sexo y edad. La muestra coincide con el universo por ser finito y medible.

Definición de casos:

Aquellos pacientes entre 20 y 60 años con diagnóstico de Fibromialgia en las historias clínicas individuales y que sean atendidos en la sala de Fisiatría del municipio Baraguá desde septiembre 2016 hasta enero 2017.

Definición de control:

El grupo de estudio (controles) estuvo conformado por 60 pacientes entre 20 y 60 años teniendo en cuenta que no presenten la enfermedad. Se seleccionó dos pacientes por cada caso con características similares al grupo de casos en cuanto al grupo etario,

Consultorio Médico de Familia y que cumplieron con los criterios de inclusión: Para el grupo casos.

Criterios de inclusión:

- Voluntariedad a participar en la investigación, expresada a través de la firma del consentimiento informado (anexo 1)
- Pacientes entre 20 y 60 años con diagnóstico de fibromialgia, pertenecientes al municipio Baraguá.

Criterios de exclusión:

- Personas con retraso mental, o con grave incapacidad para responder solos.
- Pacientes con diagnóstico presuntivo de fibromialgia.

Para la recolección de la información. A cada paciente del grupo casos y del grupo control se le aplicó una encuesta (anexo 2) elaborada por los autores de la investigación y avalada por el consejo científico municipal en la que se recogieron las diferentes variables de interés para el estudio.

Se realizó una revisión de la historia clínica individual donde se tuvo en cuenta el criterio de expertos (psicóloga).

Los datos obtenidos fueron organizados, clasificados y resumidos adecuadamente, para un mejor análisis de la información y se transcribió a un modelo de datos con las variables y categorías definidas.

Formas para controlar sesgos de diseño: se realizó un análisis bivariado para identificar la asociación de las variables independientes con la fibromialgia.

Variables de estudio

Variable Dependiente: Fibromialgia.

Variables Independientes: Se enmarcan en dos categorías del modelo "Campo de Salud":

Biología Humana: Color de la piel, edad, sexo, antecedentes patológicos familiares de fibromialgia, antecedentes patológicos personales de artritis reumatoide.

Estilo de Vida: stress crónico, sedentarismo, ocupación laboral y hábito de fumar.

Definición de las variables independientes:

➤ Sexo: Características físicas y biológicas que definen el sexo de la especie

- **Edad:** Tiempo de vida del ser humano transcurrido desde su nacimiento.
- **Color de la piel:** Color de la piel de la persona que la distingue de las demás.
- **Antecedentes patológicos familiares de fibromialgia:** Persona que tuviera uno o más familiares con fibromialgia dentro del grado de parentesco de madre, padre, hermanos, abuelos y tíos.
- **Antecedentes patológicos personales de artritis reumatoide:** Persona que estuviese diagnosticado por expertos y que el médico de la familia sea quien nos confirme sobre el caso o que este antecedente se encuentre reflejado en su historia clínica individual.
- **Sedentarismo:** Se definió según el régimen de actividad física diaria referida en el cuestionario, incluyéndose a aquellas personas que refirieron no realizar práctica alguna de ejercicio físico o permanece en posiciones de reposo la mayor parte del tiempo o realiza actividad física ligera que incluya: Permanecer de pie largos períodos de tiempo, Conducir automóvil o Camión, Trabajo de laboratorio, Escribir a máquina, Tocar instrumentos musicales, Coser, planchar, Trabajos de sastrería, Reparaciones caseras, Tareas eléctricas. Trabajo de Cocina, Carpintería., Lavar ropa a mano, Ir de compras y traer poca mercancía.
- **Stress crónico:** Persona que estuviese diagnosticada por especialista en psicología y que esté reflejado en su historia clínica individual.
- **Ocupación laboral:** Labor que realiza una persona en su centro de trabajo.
- **Hábito de fumar:** Se consideró a toda persona que refiera haber estado fumando como mínimo un cigarrillo o un puro al día hasta hace un año o menos antes del momento en que se aplica el cuestionario. Se clasificó en las siguientes escalas:
No Fumador: Es la persona que no ha fumado nunca o lo hizo hasta hace más de un año del momento de aplicado el cuestionario.

Fumador ligero: Es la persona que fuma menos de 5 cigarrillos o un tabaco por día o lo hizo hasta hace un año o menos del momento de aplicado el cuestionario.

Fumador moderado: Es la persona que fuma de 5-20 cigarrillos o 2-5 tabacos por día.

Fumador severo: Es la persona que fuma más de 20 cigarrillos o más de 5 tabacos por día.

Operacionalización de las variables:

VARIABLES	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenina	Según sexo biológico de pertenencia.
Color de la piel	Cualitativa nominal Politómica	Blanco Mestizo Negro	Según color de la piel
Edad	Cuantitativo Continua	20 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años	Según último año cumplido
Antecedentes patológicos familiares de fibromialgia	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según historia clínica individual y cuestionario
Antecedentes patológicos personales de Artritis Reumatoide	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según historia clínica individual y cuestionario
Sedentarismo	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según historia clínica individual y cuestionario por actividad física

Hábito de fumar	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Según historia clínica individual y cuestionario
Gradiente del hábito de fumar	Cualitativa ordinal	Fumador ligero Fumador moderado Fumador severo	Según historia clínica individual y cuestionario.
Stress crónico	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Según criterio de experto (psicóloga).
Ocupación laboral	Cualitativa Nominal dicotómica	Con riesgo Sin riesgo	Según cuestionario.

Métodos de procesamiento de la información y técnicas que se utilizaron:

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes. Para el análisis de las variables demográficas se utilizó la estadística descriptiva de mediana y desviación estándar.

Para describir la relación factores de riesgos y fibromialgia se confeccionó una tabla de contingencia de todos los factores de riesgos que incidieron o no en la morbilidad de la patología estudiada. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 19.0, para determinar si es significativa cada variable con un nivel de significación de $\leq 0,05$, para esto se utilizó la técnica de independencia basada en la distribución de Chi cuadrado para determinar la presencia de asociación estadística entre variables cualitativas y se realizó el cálculo de estimación puntual de Odd ration y sus intervalos de confianza para la cuantificación de riesgo.

Procesamiento:

El programa realiza este análisis con la utilización de las tablas de contingencias de 2x2 para el cálculo del Odds ratio como se muestra a continuación.

		Controles		
		Factor presente	Factor ausente	
Casos	Factor presente	A	B	a+b
	Factor ausente	C	D	c+d
		a+c	b+d	N

$$OR = \frac{b}{c}$$

Donde:

OR: Odds ratio (estimación del Riesgo Relativo RR).

b: Pares discordantes de casos expuestos y controles no expuestos.

c: Pares discordantes de casos no expuestos y controles expuestos.

Para valorar la existencia de asociación se considera:

Si el OR = 1, la exposición no se asocia con la enfermedad

Si el OR ≠ 1 la exposición se asocia con la enfermedad

Las estimaciones del OR se deben realizar con un intervalo de confianza del 95% para poder confirmar o rechazar la asociación entre las variables y la enfermedad.

Para establecer la existencia de asociación estadísticamente significativa entre el factor de riesgo y la fibromialgia se plantean las hipótesis siguientes:

Ho: No existe asociación estadísticamente significativa entre un grupo de factores de

riesgo seleccionados con la fibromialgia en la población del municipio Baraguá.

H_1 : Existe asociación estadísticamente significativa entre un grupo de factores de riesgo seleccionados con la fibromialgia en la población del municipio Baraguá.

Para determinar si la asociación encontrada es estadísticamente significativa, se utiliza el p valor y el estadígrafo χ^2 calculado, teniendo en cuenta que:

Región crítica: $\chi^2_{(0.95)}^{(1)} = 3.841$

Si χ^2 calculado es mayor que Chi cuadrado tabulado y el p valor ≤ 0.05 se considera que la asociación es estadísticamente significativa; por lo tanto se rechaza H_0 y se acepta H_1 .

Si χ^2 calculado es menor que Chi cuadrado tabulado y el p valor > 0.05 se considera que la asociación no es estadísticamente significativa; por lo tanto, se acepta H_0 .

Métodos:

Se utilizaron los métodos generales de los niveles teóricos y empíricos

Métodos del nivel teórico:

- Análisis histórico-lógico: Se seleccionó este método con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, para indagar sobre la fibromialgia.
- Análisis-síntesis: Permite penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- Inducción-deducción: En la investigación se establecerán generalizaciones que permitirán confirmar o rechazar empíricamente la hipótesis.
- Hipotético-deductivo: Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la misma.

Métodos empíricos:

El cuestionario (anexo 2): se utilizó como técnica para la obtención de la información dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se

aplicará tanto a los casos como a los controles que constituyen la población objeto de estudio.

Método estadístico–matemático: Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado. Como medida de resumen de la información se utilizó la frecuencia absoluta y relativa dada en números absolutos y por cientos (%), se tuvo en cuenta el *Odds ratio* (OR) como medida de asociación y como medida de significación estadística el Chi Cuadrado Ponderado de Mantel y Haenszel y el P valor.

Presentación de los Resultados:

Los resultados se expresaron en forma de tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencias las que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos y permitieron emitir conclusiones.

Consideraciones éticas:

Se les informó a los participantes que serán incluidos en una investigación que permite conocer la asociación de algunos factores de riesgo con la fibromialgia en la sala de Fisiatría y determinar en qué medida se puede reducir el riesgo de la enfermedad si se elimina la causa. Se solicitó su consentimiento (anexo No.1), así como se respetó su decisión de participar o no en la investigación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

FACTORES DE RIESGO DE FIBROMIALGIA EN POBLACIÓN DEL MUNICIPIO BARAGUÁ.2016

Tabla 1: Distribución de los casos según variables sexo y edad. En población del Municipio Baraguá. Ciego de Ávila. Año 2016.

EDAD (años)	CASOS			
	Femeninos		Total	
	No.	%	No.	%
20-30	3	10	3	10
31-40	8	26.6	8	26.6
41-50	12	40	12	40
51-60	7	23.3	7	23.3
Total	30	100	30	100

Fuente: Historia clínica individual.

Cuestionario para la investigación.

En la tabla 1 se ilustra la distribución de los casos según edad y sexo donde se observa que esta enfermedad tiene mayor prevalencia en los grupos de edades de 41 a 50 años con un 40 %. Relacionado con el sexo se aprecia que los pacientes todos son de sexo femenino con un 100 %, no existen pacientes del sexo masculino por eso no se

expresa en la tabla. Varios autores coinciden con los resultados encontrados como es el caso de Angeles Triviño, M y, Ma del Carmen Solano, al igual que Haworth Press, quienes describen que existe un predominio de las mujeres y mayor ubicación en el grupo de los 40 ^(28,39).

No se puede realizar comparación con estudios nacionales ya que no se encontraron estudios similares al realizado en la bibliografía consultada.

Tabla 2: Distribución de casos y controles según el color de la piel.

COLOR DE LA PIEL	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Blanco	20	22.2	46	51.1	66	73.3
Mestizo	6	6.6	8	8.8	14	15.5
Negro	4	4.4	6	6.6	10	11.1
Total	30	33.3	60	66.6	90	100

En la tabla 2 se expresa la comparación entre los grupos de casos y controles, según la exposición al factor de riesgo que representa el color de la piel. En la misma se pudo apreciar en el grupo de casos que las diferencias entre ellos fueron muy amplias prevaleciendo la raza blanca, para 22.2 %. En la bibliografía revisada se encontraron estudios que muestran resultados similares, como es el caso de Ubago Linares en su estudio sobre factores de riesgo de fibromialgia donde se expresa mayor frecuencia de esta entidad en blancos que en negros, para 42% y 29.2 % respectivamente ⁽²¹⁾.

Tabla 2.1: Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según el color de la piel.

COLOR DE PIEL		Controles		OR	IC 95 %	Chi ²
		Si	No			Valor P
Blanco	Si	15	18		0.30< OR <1.03	3.38

	No	32	32	0.32		0.065
Mestizo	Si	17	13	1.44	0.57 < OR < 3.83	0.41
	No	9	58			0.522
Negro	Si	10	24	1.71	0.85 < OR < 3.58	2.13
	No	14	49			0.144

En la tabla 2.1 se observa la disparidad de exposición entre casos y controles según el color de piel y su comportamiento como factor de riesgo en la aparición de la enfermedad, evidenciándose que en todos los casos se muestra asociación al determinarse los OR en la prueba de Mantel-Haenszel (0.32, 1.44, 1.71) pero cuando se determina el valor calculado de Chi cuadrado en la prueba de Mantel Haenszel se obtienen valores de 3.38, 0.41 y 2.13 los cuales resultaron en todos los casos ser menores que el Chi cuadrado tabulado en la tabla para un grado de libertad y un 95 % de confiabilidad (3.841) y los p valor mayores que 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0) de que no existe asociación estadísticamente significativa entre la fibromialgia y la variable color de piel en esta población.

Tabla 3: Distribución de casos y controles según antecedentes patológicos familiares de fibromialgia.

APF DE FIBROMIALGIA	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	19	21.1	10	11.1	29	32.2
No	11	12.2	50	55.5	61	67.7
TOTAL	30	33.3	60	66.6	90	100

En la tabla 3 se compara la exposición de los grupos de casos y controles al factor de riesgo que representan los antecedentes patológicos familiares de Fibromialgia, se observa que en el grupo de casos presentaban este antecedente 21.1% mientras que en el grupo control solo se aprecia incidencia en el 11.1 %. Cuando se analiza el total de personas a las que se les aplicó el cuestionario muestra que este antecedente estaba presente en el 32.2 %.

Resultados similares obtienen Angeles Triviño, M y Ma del Carmen Solano donde el 65.3 % de los enfermos presentaban antecedente familiar de fibromialgia ⁽²⁸⁾.

Tabla 3.1: Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según antecedentes patológicos familiares de fibromialgia.

APF DE FIBROMIALGIA		CONTROLES		OR	IC 95 %	Chi ²
		SI	NO			Valor P
CASOS	SI	10	0	10.75	3.91< OR<41.23	30.72
	NO	50	90			0.000

La tabla 3.1 muestra la disparidad de exposición entre casos y controles según el antecedente patológico familiar de Fibromialgia y su comportamiento como factor de riesgo en la aparición de la enfermedad, evidenciándose que el OR apareado en la prueba de Mantel-Haenszel es 10.75 mostrando que existe asociación entre las variables cuando se determinó el valor calculado de Chi cuadrado en la prueba de Mantel Haenszel se obtiene un valor de 30.72 el cual resulta ser mayor que el Chi cuadrado tabulado en la tabla para un grado de libertad y un 95 % de confiabilidad (3.841) con un valor p (0.000) menor que 0.05 por tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis de alternativa (H_1) de que existe asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes patológicos familiares de fibromialgia y la enfermedad.

Tabla 4: Distribución de casos y controles según antecedentes patológicos personales de artritis reumatoide.

APP ARTRITIS REUMATOIDE	DE	Casos		Controles		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Si		11	12.2	2	2.2	16	17.7
No		19	21.1	58	64.4	74	82.2
Total		30	33.3	60	66.6	90	100

En la tabla 4 se compara la exposición de los grupos de casos y controles al factor de riesgo que representan los antecedentes patológicos personales de artritis reumatoide observándose que en el grupo de casos presentaban este antecedente el 12.2% mientras que en el grupo control solo se aprecia en el 2.2% .

Resultados similares obtienen Yelin EH y Felts WR.A donde el 72 % de los enfermos presentaban antecedentes personales de Artritis Reumatoide, al igual que el estudio realizado por Watson N, F y Buchwald donde el 82 % de los pacientes padecían de artritis reumatoide ^(33,37).

Tabla 4.1: Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según antecedentes patológicos personales de artritis reumatoide.

APP ARTRITIS REUMATOIDE		Controles		RD	IC 95 %	Chi ²
		Si	No			Valor p
Casos	Si	3	22	2.75	1.18< OR <7.14	5.63
	No	8	52			0.017

Al analizar la tabla 4.1 sobre la disparidad de exposición entre casos y controles según antecedentes patológicos personales de artritis reumatoide y su comportamiento como factor de riesgo en la aparición de la enfermedad, muestra que en los pacientes que

presentan este antecedente el riesgo de desarrollar la fibromialgia es 2.75 veces mayor que en los que no lo presentan evidenciándose que existe asociación entre las variables. El Chi cuadrado calculado en la prueba de Mantel Haenszel corregida para esta variable es de 5.63 siendo mayor que el Chi cuadrado tabulado con un grado de libertad y 95% de confiabilidad (3,841) mientras que el p valor es menor que 0.05 por lo que la asociación es estadísticamente significativa por tanto rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis alternativa (H_1) donde se plantea que la fibromialgia está relacionada estadísticamente de forma significativa con el antecedente de fibromialgia.

Tabla 5: Distribución de casos y controles según sedentarismo.

SEDENTARISMO	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	23	25.5	35	38.8	58	64.4
No	7	7.7	55	61.1	62	68.8
Total	30	33.3	60	66.6	90	100

La tabla 5. Ilustra la distribución de casos y controles según sedentarismo pudiéndose observar que este factor de riesgo estuvo presente en el 64.4 % de las personas. En los casos el 25.5% era sedentario mientras que en los controles se presentó en 38.8 %. Los resultados obtenidos son mayores que los encontrados por otros autores como es el caso de Dunegan J. en su estudio de fibromialgia que encontró un 52% de sedentarios. Otros estudios describen que las personas con una vida sedentaria incrementan el riesgo de padecer de fibromialgia entre un 20% a un 50% como son los realizados por Heredia y Arnold L, ^(18,23).

La actividad física es un indicador de vida saludable ha existido desde los comienzos de las civilizaciones más antiguas. El ejercicio incrementa la capacidad para captar, transportar y usar el oxígeno por parte de los tejidos, para una mayor producción energética y mejor eliminación de desechos metabólicos. Se han acumulado evidencias científicas del efecto protector del ejercicio tanto en individuos aparentemente sanos como en aquellos portadores de enfermedad reumáticas ⁽³⁰⁾.

Tabla 5.1: Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según sedentarismo.

SEDENTARISMO		Controles		OR	IC 95 %	Chi ²
		Si	No			Valor p
Casos	Si	30	54	10.8	4.35 <OR<34.60	39.05
	No	5	8			0.000

Se visualiza en la tabla 5.1 la disparidad de exposición entre casos y controles según el sedentarismo y su comportamiento como factor de riesgo en la aparición de la fibromialgia, evidenciándose que existe asociación entre estas variables en la población estudiada con un valor del OR apareada en la prueba de Mantel-Haenszel de 10.8. El Chi cuadrado calculado en la prueba de Mantel Haenszel corregida para esta variable es de 39.05 siendo mayor que el Chi cuadrado tabulado con un grado de libertad y 95% de confiabilidad (3,841) y el p valor es inferior a 0.05 demostrando que la asociación es estadísticamente significativa, por tanto se rechaza la hipótesis nula o H_0 y se acepta hipótesis alternativa (H_1) donde la fibromialgia está relacionada estadísticamente con el sedentarismo.

Tabla 6: Distribución de casos y controles según el hábito de fumar.

HÁBITO DE FUMAR	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	17	18.8	11	12.2	24	26.6
No	13	14.4	49	54.4	66	73.3
Total	30	33.3	60	66.6	90	100

En la tabla 6 se establece una comparación de la exposición en los grupos de casos y controles al factor de riesgo dado por el hábito de fumar, observándose que el hábito de fumar prevalece en los casos (18.8 %) mientras que en los controles se presentó en

el (12.2%) y del total de los pacientes encuestados tenían este antecedente el 26.6 %. Estos resultados no se corresponden con otros estudios realizados como es el caso de M.A.Fitzcharles en su investigación de prevalencia refiere que solo el 10% de los casos presentan este hábito en su historia clínica individual ⁽¹⁵⁾.

Tabla 6.1: Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según el hábito de fumar.

HÁBITO FUMAR	DE	Controles		OR	IC 95 %	Chi ² Valor p
		Si	No			
Casos	Si	15	28	3.11	1.43 < OR < 7.49	8.76 0.003
	No	9	45			

La tabla 6.1 muestra la disparidad de exposición entre casos y controles según la exposición al hábito de fumar y su comportamiento como factor de riesgo en la aparición de la fibromialgia, evidenciándose que el OR es 3.11 existiendo asociación entre la enfermedad y la exposición al factor de riesgo, siendo 3.11 veces más probable la enfermedad en los expuestos que tienen el antecedente que en los que no lo presentan. Se determinó el valor calculado de Chi cuadrado en la prueba de Mantel Haenszel obteniéndose un valor de 8.76 el cual resultó ser mayor que el Chi cuadrado tabulado en la tabla para un grado de libertad y un 95 % de confiabilidad (3.841) con un valor p (0.003) menor que 0.05 por tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1), existiendo asociación estadísticamente significativa entre el hábito de fumar y la fibromialgia.

Tabla 6.2: Disparidad de exposición entre pares de casos y controles según intensidad del hábito de fumar.

HÁBITO FUMAR	DE	Controles		OR	IC 95 %	Chi ² Valor p
		Si	No			

Fumador Ligero	Si	1	1	0.25	0.01 < OR < 2.53	0.80
	No	4	45			0.371
Fumador Moderado	Si	1	9	4.50	0.93 < OR < 42.80	3.27
	No	2	45			0.070
Fumador intenso	Si	4	18	6.00	1.75 < OR < 31.80	9.33
	No	3	45			0.002

La tabla 6.2. ilustra la disparidad de exposición entre casos y controles según los diferentes grados de exposición del hábito de fumar y su comportamiento como factor de riesgo en la aparición de la fibromialgia, evidenciándose que los valores de OR en todos los casos muestran asociación con la enfermedad (0.25, 4.50, 6.0) pero en el caso del fumador ligero y moderado al determinar el Chi cuadrado en la prueba de Mantel Haenszel (0.80 y 3.27) fueron inferiores que el Chi cuadrado tabulado y el p valor en ambos casos resulto mayor que 0.05 lo que demuestra que la asociación no es estadísticamente significativa por tanto se acepta la hipótesis nula de que no existe asociación estadísticamente significativa entre el fumador ligero y moderado con la fibromialgia.

En el caso del fumador intenso donde el OR alcanzo un valor de 6 el Chi cuadrado calculado en la prueba de Mantel Haenszel (9.33) mayor que el tabulado en la tabla para un grado de libertad y un 95 % de confiabilidad (3.841) con un valor p (0.002) menor que 0.05 mostrando una asociación estadísticamente significativa por tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1) de que existe asociación estadísticamente significativamente entre el fumador intenso y la fibromialgia

Tabla 7: Distribución de casos y controles según stress crónico.

STRESS CRÓNICO	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	26	28.8	5	5.5	24	26.6

No	4	4.4	55	61.1	66	73.3
Total	30	33.3	60	66.6	90	100

Al comparar en la tabla 7 los casos y controles según el stress crónico se puede observar que este factor de riesgo estuvo presente en el 26.6 % de las personas a las que se les aplicó el cuestionario. En los casos el 28.8% padecía stress crónico mientras que en los controles se presentó en un 5.5 %.

Estos resultados se corresponden con otros estudios realizados como es el caso de V. de Felipe García-Bardona y B. Castel en su investigación de evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia refieren que el 86% de los casos padecían esta afección ⁽¹⁰⁾.

Resultados similares obtuvo la doctora Ailín en su trabajo de tesis demostrando que el stress crónico es frecuente en el 97% de los casos estudiados en su investigación ⁽⁴⁵⁾.

Tabla 7.1: Disparidad de casos y controles según stress crónico.

STRESS CRÓNICO		Controles		OR	IC 95 %	Chi ²
		Si	No			Valor p
Casos	Si	27	48	8.00	3.42<OR<22.88	31.13
	No	6	16			0.000

Múltiples son los estudios que relacionan el stress crónico con la aparición de fibromialgia, como se puede apreciar en la tabla 7.1 donde se muestra la disparidad de exposición entre casos y controles según la exposición al stress crónico y su comportamiento como factor de riesgo en la aparición de la enfermedad, encontrándose que el OR apareado en la prueba de Mantel-Haenszel es 8 lo que muestra la existencia de asociación entre las variables, al determinarse el valor calculado de Chi cuadrado en la prueba de Mantel Haenszel se obtiene un valor de

31.13 el cual resulta ser mayor que el Chi cuadrado tabulado en la tabla para un grado de libertad y un 95 % de confiabilidad (3.841) con un valor p (0.000) menor que 0.05 por tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1) probándose de que existe asociación estadísticamente significativa entre el stress crónico y la fibromialgia.

Tabla 8: Distribución de casos y controles según ocupación laboral.

Ocupación laboral	Casos		Controles		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con riesgo	23	25.5	24	26.6	47	52.2
Sin riesgo	7	7.7	36	40	43	47.7
Total	30	33.3	60	66.6	90	100

En la tabla 8 se compara la exposición de los grupos de casos y controles al factor de riesgo que representa la ocupación laboral se observa que en el grupo de casos presentaban este antecedente 25.5% mientras que en el grupo control solo se aprecia en el 26.6% de ellos. Cuando se analiza el total se puede apreciar que los riesgos laborales son frecuente en la población estudiada pues está presente en el 52.2 %.

Estos resultados no se corresponden con los obtenidos por Malin, K. y Littlejohn, G. en su estudio donde comentan que solamente el 2% de la población que padece fibromialgia se encontraban expuestos a cambios de temperatura y a cargas pesadas durante el horario laboral ⁽²⁵⁾.

Resultados similares obtuvo la doctora Ailín en su trabajo de tesis demostrando que el 60% de los casos estudiados en su investigación realizan trabajos expuestos a

cambios de temperatura, permanecen de pie por largos periodos de tiempo, así como la exposición a altos sonidos ⁽⁴⁵⁾

Tabla 8: Disparidad de casos y controles según ocupación laboral.

Ocupación laboral		Controles		OR	IC 95 %	Chi ²
		Si	No			Valor p
Casos	Si	23	24	3.60	1.75< OR <8.13	13.59
	No	7	36			0.000

Al analizar la tabla 8.1 sobre la disparidad de exposición entre casos y controles según ocupación laboral y su comportamiento como factor de riesgo en la aparición de la enfermedad, muestra que en los pacientes que presentan este antecedente el riesgo de desarrollar fibromialgia es 3.6 veces mayor que en los que no lo presentan evidenciándose que existe una asociación entre esta variable de riesgo y la fibromialgia en la población estudiada . El Chi cuadrado calculado en la prueba de Mantel Haenszel corregida para esta variable es de 13.59 siendo mayor que el Chi cuadrado tabulado con un grado de libertad y 95% de confiabilidad (3,841) y el p valor 0.000 menor que 0.05, por tanto se rechaza la hipótesis nula o H_0 y se acepta la hipótesis alternativa (H_1) donde se plantea que la fibromialgia está relacionada estadísticamente de forma significativa con la ocupación laboral.

CONCLUSIONES

En la población estudiada de 20 a 60 años del municipio Baraguá la fibromialgia es más frecuente entre los 41 y 50 años predominando exclusivamente el sexo femenino. Demostró la asociación entre factores de riesgo y fibromialgia un riesgo significativo de padecer de fibromialgia las personas que presentan antecedentes familiares de fibromialgia, antecedente personal de artritis reumatoide, antecedentes patológicos de stress crónico, sedentarios, fumadores y los que presentan ocupación laboral con presencia de riesgos. La incidencia de fibromialgia en la población control estudiada se reduce si se logra eliminar o controlar la exposición a factores de riesgo modificables.

RECOMENDACIONES

Debatir en los grupos básico de trabajo de los policlínicos del Municipio de Baraguá esta investigación para tener conocimiento sobre los resultados de este estudio y así poder trazar estrategias de trabajo a nivel de los consultorios para brindar en las consultas actividades con la finalidad de prevenir y controlar la fibromialgia promoviendo estilos de vida saludables para así elevar la calidad de vida y de esta forma eliminar los factores de riesgo.

BIBLIOGRAFIA

- 1-Castro Peraza, M. Elisa. La fibromialgia, en el mejor momento de la vida. Índex de Enfermeria; [serie en internet].2007. [Consultado el 23 de enero del 2016].56 [Aprox 20p] <http://www.index-f.com/index-enfermeria/56/6434.php>.
- 2-Carricondo Martínez, M^a Isabel. Un pulso a la fibromialgia. Índex de Enfermeria; [serie en internet].2009. [Consultado el 1 de junio de 2016].18 (2) [Aprox5p] <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n2/6941.php>.
- 3-Martínez-Lavín, Manuel. Fibromialgia. Cuando el dolor se convierte en enfermedad. Madrid: Santillana, 2006.
- 4-Mercado- Martínez, Francisco. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. Cad. Saúde Pública 1999; 15(1): 179-186.
- 5-Clauw J., Lesley M, Arnold M.D., Bill, H. & McCarberg, M. D,et al. The Science of Fibromyalgia. Mayo Clin Proc 2013. 86(9): 907-911.
- 6-Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. Reumatol Clin. 2006; 2(Supl1): 55-66.
- 7-Calatayud MF. Psicología de la salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
- 8-Arnold, L., Clauw, D. & McCarberg, B. Improving the Recognition and Diagnosis of Fibromyalgia. Mayo Clin Proc.2015. 86(5): 457-464.
- 9-Leon Montoya J, Suarez F. Fibromialgia en el distrito de Lambayeque: un estudio preliminary. Rev Soc Perú Med Interna. 2012; 25(3): 112-116.

10-V. de Felipe García-Bardóna, B. Castel, Bernala y J. Vidal-Fuentes. Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. Reumatología Clínica. España.2006.

11-Kengen Traska T, Rutledge DN, Mouttapa M, Weiss J, Aquino J. Strategies used for managing symptoms by women with fibromyalgia. J Clin Nurs [revista en internet]. 2012 Mar [consultado el 23 de enero del 2017]; 21(5-6):626-35. [Aprox 23p] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21323780>.

12-Wang, Ch., Christopher, M., Schmid, H., Ramel, B.S., Kalish, R., Vinh, J., Goldenberg, L., et al. TA Randomized Trial of Tai Chi for Fibromyalgia. N engl j med, (2015, August 19). 8, 363.

13-Amezcu M, Hueso Montoro C. Como elaborar un relato biográfico. Arch de la Memoria 2014; (Consultado el 15/10/2016).vol 1.[Aprox 12p] Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>.

14-Martínez Larrarte JP. Blog de reumatología clínica. [Internet]. Blogs de salud. La Habana. 2014 [consultado 18 noviembre 2016]. [Aprox 2p] Disponible en: <http://blogs.sld.reumatologia.cu.com>

15-Wolfe, F, D. J. Clauw, M.A.Fitzcharles, D.L The American College of preliminary diagnostic criteria for fibromialgia and measurement of symptom severity 2015; 62 (5):600-10.

16-Santos A, Matsutani L, Pereira C, Lage L, Marques A. Rev Bras Fisioter.2006; 10: 317-24.

17-Cardona J, León V, Cardona A. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia. Rev Colomb Reumatol. 2013; 20: 19-29.

18-Arnold L, Clauw D, Dunegan J, Turk D. A Framework for Fibromyalgia Management for Primary Care Providers. Mayo Clin Proc. 2010.87:488-96.

19-Arnold, L., Clauw, D. & McCarberg, B. (2011). Improving the Recognition and Diagnosis of Fibromyalgia. Mayo Clin Proc. 86(5), 457-464.

20-Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL, et al. Health status and disease severity in fibromyalgia: results of a six-center longitudinal study. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1571–9.

21-Ubago Linares MC, Ruiz Pérez I, Bermejo Pérez MJ. Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública* [revista en internet]. 2012 [consultado el 12 de mayo de 2016]; 76(6)[Aprox 8p]Disponible en: [//scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n6/original5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n6/original5.pdf)

22-Silverman, S., Sadosky, A., Evans, C., Yeh, Y., Alvir, J. M. & Zlateva, G. Toward, et al. characterization and definition of fibromyalgia severity. *Musculoskeletal Disorders*,2012.10(5) :11-66.

23-Heredia, Med. leg. Costa Rica vol.30 n. Mar. 2013.

24-Jahan, F., Kashmira, N., Waris, Q., Rizwan, Q. Fibromyalgia Syndrome: An Overview of Pathophysiology, Diagnosis and Management. *Oman Medical Journal*; 2012. 27, 3, 192-195.

25- Marlin, K. y Littlejohn, G. Personality and Fibromyalgia Syndrome. *The Open Rheumatology Journal*; 2012, 6, 273-285.

26-Siles González J. Antropología Narrativa de los Cuidados. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, 2014.

27- Fitzcharles M, Ste-Marie P, Goldenberg D, Pereira J, Abbey S. Canadian Guidelines for the diagnosis for the diagnosis and treatment of fibromyalgia (artículo en línea). Sociedad Canadiense del Dolor. 2012 (citado el 17 de enero del 2017).[Aprox 6p]Disponible en : http://www.canadianpainsociety.ca/pdf/Fibromyalgia_Guidelines_2012.pdf.

28- Angeles Triviño, M, M del Carmen Solano. La compleja vivencia de la fibromialgia. *Index,Enferm.jun.2014vol.23(1-2)*[Aprox9p]
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-1296>.

- 29- Arnold L, Clauw D, Dunegan J, Turk D.A Framework for Fibromyalgia Management for Primary Care Providers. Mayo Clin Proc. 2012; 87: 488-96.
- 30- Shaver JL. Fibromyalgia Syndrome in women. Nurs Clin North Am 2012;39:195-204.
- 31- Dinerman H, Goldenberg DL, and Felson DT. A prospective evaluation of 118 patients with the fibromyalgia syndrome: Prevalence of Raynaud phenomenon, sicca symptoms, ANA, low complement and IG deposition at the dermalepidermal junction. J. Rheumatol 1986; 13: 368-373.
- 32- Malin K, Littlejohn G. Personality and fibromyalgia syndrome. The Open Rheumatology Journal.2012; 6: 237-285.
- 33- Yelin EH,Felts WR.A Summary of the impact of musculoskeletal conditions in the united states.Arthritis Rheum.1990;33:750-5.
- 34- Villanueva, V.L., J.C. Valía, G. Cerdá, V.Monsalve, M.J. Bayona y otros (2004):Fibromialgia Diagnóstico y Tratamiento. El estado en cuestión. Rev. Soc. Esp. Dolor. 11,(7): 430-443.
- 35- Tosal Herrero, Beatriz. El cuerpo como excusa. El diagnóstico de la fibromialgia en una consulta de reumatología. Rev. Paraninfo Digital, 2007; [Consultado el 23 de septiembre de 2016].1. [Aprox 12p] Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n1/o017.php>.
- 36- Hassett, L., Psy, D. Richard, N. & Gevirtz, D,et al. Nonpharmacologic Treatment for Fibromyalgia: Patient Education, Cognitive-Behavioral Therapy, Relaxation Techniques, and Complementary and Alternative Medicine. Rheum Dis Clin North Am. May 2009. 35(2): 393–407.
- 37- Watson, N. F., Buchwald, D., Goldberg, J., Noonan, C. and & Ellenbogen, R. Neurological Signs and Symptoms in Fibromyalgia. Arthritis Rheum. (2012, September). 60(9): 2839–2844.

- 38- Watson, N. F., Buchwald, D., Goldberg, J., Noonan, C. and & Ellenbogen, R. Neurological Signs and Symptoms in Fibromyalgia. *Arthritis Rheum*; 2009, 60(9), 2839–2844.
- 39- Consensus Document on Fibromyalgia: The Copenhagen Declaration. *Journal of Musculoskeletal Pain*. New York: The Haworth Press, Inc., 1993.1.
- 40- Menéndez González A, Fernández García P, Torres Viejo I. Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: Adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española. *Psicothema* [revista en internet]. 2010 [consultado el 30 de mayo de 2016]; 22 (4): 997-1003.[Aprox 5p] Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3832.pdf>.
- 41- Sumpton, J., Phm, E., Dwight, E. y Moulin, M. D. Fibromyalgia: Presentation and management with a focus on pharmacological treatment. *Pain Res Manage*. November/December 2008. 13(6): 345-360.
- 42- Staud,Roland Antidepressants in the treatment of fibromialgia.Mayo 2013 pp.537-548
- 43- Carrette S, McCain GA, Bell DA, Fam AG. Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 655.
- 44- Jahan, F., Kashmira, N., Waris, Q., Rizwan, Q. Fibromyalgia Syndrome: An Overview of Pathophysiology, Diagnosis and Management. *Oman Medical Journal*; 2012, 27, 3, 192-195.
- 45- Ailín Gámez Martínez .Repercusión psicológica de la fibromialgia en féminas del municipio de Ciego de Ávila.Ciego de Ávila.Universidad de Ciencias Médicas José Assef Yara.2015.

ANEXOS

Anexo 1

Estimados compañeros

Se está realizando un estudio sobre los factores de riesgo de la Fibromialgia en pacientes del municipio de Baraguá que ha sido previamente autorizado, dado el interés y beneficios que reportara para todos.

Usted ha sido seleccionado para formar parte del mismo. No es necesario que nos diga su nombre. Aclaramos que su participación es totalmente voluntaria, nos interesaría contar con su cooperación, respondiendo con sinceridad a las preguntas que le haremos.

Reiteramos que la información que obtengamos, será absolutamente confidencial y se utilizará sólo con fines de la investigación.

Si accede a colaborar en nuestra investigación, le pedimos, por favor, que firme este documento.

Gracias.

Fecha:

Nombre y apellidos: _____

Firma del entrevistado: _____

Anexo 2

CUESTIONARIO

Estudio de factores de riesgo en La Fibromialgia en el municipio Baraguá. Año 2016.

Caso: _____

Control: _____

1. Datos generales

- ❖ Nombre: _____
- ❖ Sexo: M____F____
- ❖ Edad: _____
- ❖ Color de la Piel: Blanco_____ Mestizo_____ Negro_____

2. Factores de Riesgo relacionados con el componente Biología Humana del Campo de Salud.

2.1 Antecedentes patológicos familiares

- ❖ Tiene usted algún familiar que padece de fibromialgia marque con x Si o No:

SI _____

NO _____

2.2 Antecedentes patológicos personales

- ❖ Usted padece de artritis reumatoide marque con x Si o No:

SI _____

NO _____

3. Factores de Riesgo relacionados con el componente Estilos de Vida del Campo de Salud.

3.1 Sedentarismo.

- ❖ Usted realiza algún ejercicio físico.

Si _____

No _____

- ❖ En caso afirmativo responda marque con una X la intensidad de la actividad física teniendo en cuenta los siguientes acápites:

Actividad física ligera

—————Permanecer de pie largos periodos de tiempo, escribir a máquina, conducir automóvil o camión, trabajo de laboratorio, tocar instrumentos musicales, coser, planchar, reparaciones caseras, trabajos de sastrería, tareas eléctricas, trabajos de cocina, Carpintería, Lavar ropa a mano, Ir de compras y traer poca mercancía.

Actividad física moderada

—————Que incluya realizar ejercicios físicos durante 30 minutos y más de 5 días a la semana como: Caminar en terreno plano 4 a 5 Km. en una hora, Jugar Tenis de mesa, Pasear en bicicleta, Jugar voleibol, Jugar tenis de campo, bailar; desarrollar más de 3 veces por semana una de las siguientes ocupaciones: (Trabajos de argamasa y yeso, fregar pisos, Desyerbar, Comprar y cargar muchas cosas, Cargar y apilar fardos en almacén.

Actividad física intensa

—————Que incluya realizar ejercicios físicos durante 20 minutos o más al menos 3 días a la semana como: Práctica de deportes intensos: fútbol, baloncesto, natación, andar en bicicleta en cerros, Caminar más de 5 Km, Trotar o correr más de 5 KM en ese tiempo, trabajar con pala y pico.

3.2 Hábito de fumar

- ❖ Practica usted el Hábito de fumar o realizó esta actividad hasta hace un año aproximadamente

SI —————

NO —————

- ❖ Si la respuesta es afirmativa precisar cantidad de cigarrillos

————— Ligero: menos de 5 cigarrillos o un tabaco por día o lo hizo hasta hace un años o menos.

————— Moderado: 5 – 20 cigarrillos o 2 – 5 tabacos por día.

————— Severo: más de 20 cigarrillos o más de 5 tabacos por día.

3.3 Según criterio psicológico

❖ Stress crónico

SI _____

NO _____

3.4 Ocupación laboral

❖ Usted es trabajador

SI _____

NO _____

❖ En caso afirmativo responda marque con una X si usted se expone a las siguientes situaciones:

_____ Sonidos altos de maquinaria u otros equipos

_____ Exposición a cambios de temperatura ya sea calor o frío

_____ Levantar o cargar objetos pesados como métodos de trabajo

_____ Cumplimiento de largas jornadas de trabajo

_____ Encontrarse de pie por largos periodos de tiempo