

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL DE LOS ANDES  
UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

**EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO Y CALIDAD DE  
VIDA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA  
FISICA Y REHABILITACION IAHULA**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

AUTOR: DRA. CARMEN A. MARQUEZ A.

TUTORA: DRA. DAICY ROJAS

COTUTOR: DR. JOSE IGNACIO SANDIA

COTUTOR: DR. PEDRO SALINAS

Mérida- 2012

**EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION IAHULA**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MEDICO CIRUJANO CARMEN AIDA MARQUEZ ALBORNOZ CI: 10103970, ANTE EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE MERITO PARA OBTENCION DEL GRADO DE ESPECIALISTA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION.**

## **AUTOR**

Dra. Márquez Albornoz Carmen Aida título: Médico Cirujano

## **TUTORA**

Dra. Rojas Daicy Especialista en Medicina Física y Rehabilitación,

Coordinadora del Postgrado Medicina Física y Rehabilitación de Universidad de los Andes

Docente de la Facultad de Medicina

## **COTUTOR:**

Dr. Sandia José Ignacio Especialista en Psiquiatría

Profesor de la Universidad de los Andes en psiquiatría

## **COTUTOR:**

Dr. Salinas Pedro Especialista en área de Metodología y Estadística

Profesor de la Universidad de los Andes en Metodología

**DEDICATORIA:**

A Dios todopoderoso

A mi madre Aida y mi primita Julieth Ángeles de mi vida

A mis pacientes

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## **AGRADECIMIENTOs**

-A Dios Todopoderoso y a la Santísima Virgen, por ser mi fortaleza llenarme con su espíritu de sabiduría y ayudarme a lograr este nuevo logro en vida, gracias señor y ti madre por sus bendiciones

-A la Universidad de los Andes por ser el instrumento en mi vida para ser mejor médico y de esta manera lograr mi Especialidad que era uno de mis grandes sueños, gracias Alma Matter

-A mi padre, por ser mi apoyo en los momentos buenos y malos Dios te bendiga

-A mi madre, quien desde cielo me bendice este logro es gracias a ti, Dios te bendiga

-A mis hermanos, por ser mi gran apoyo por siempre estar en los momentos difíciles al darme fortaleza los quiero mucho

-A mis compañeros de postgrado Luis, Lourdes, David y Morelia por ser amigos en la adversidad siempre tener una palabra de apoyo, para ser mejor medico gracias.

-A Servicio de Medicina Física y Rehabilitación gracias por permitirme lograr esta meta

-A mis profesores por su sabiduría y enseñanza para sí cultivar mis conocimientos, así ser orgullo de ustedes

-Al personal de servicio de Fisiatría especialmente Sr. Aguilar por ser instrumento para nuestra preparación y Lic. Josybel terapeuta ocupacional por ser una de las grandes colaboradoras de mi tesis

-A mis sobrinos por ser la alegría de mi vida los quiero mucho Dios me los bendiga

-A la Lic. Rosalía y al personal de la Biblioteca del Universidad de los Andes por apoyo en todo momento en la realización de esta tesis gracias.

## INDICE

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
INTRODUCCION.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACION.....	4
MARCO TEORICO.....	5
OBJETIVOS.....	13
HIPOTESIS.....	14
VARIABLES.....	15
METODOLOGIA.....	16
PROCEDIMIENTO.....	17
ANALISIS ESTADISTICO.....	20
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS.....	41
ANEXOS.....	45

## INDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1:</b> Distribución de las pacientes según el grupo etario. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación IAHULA Año 2012.....	22
<b>Tabla 2:</b> Distribución de las pacientes según su estado civil. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación IAHULA Año 2012.....	22
<b>Tabla 3:</b> Distribución de las pacientes según la ocupación. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación IAHULA Año 2012.....	23
<b>Tabla 4:</b> Promedio de los criterios mayores. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación IAHULA Año 2012.....	25
<b>Tabla 5:</b> Comparación de los puntos de dolor específicos al inicio y final. Servicio de Medicina Físico y Rehabilitación IAHULA 2012.....	25
<b>Tabla 6:</b> Distribución de las pacientes según criterios clínicos. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación IAHULA Año 2012.....	27
<b>Tabla 7:</b> Comparación de la Escala Analogía Visual (EVA) del dolor. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación IAHULA Año 2012.....	28
<b>Tabla 8:</b> Comparación de la Calidad de Vida según el dominio de EQ-5D. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación IAHULA Año 2012.....	31
<b>Tabla 9:</b> Comparación de la Escala Analogía Visual del estado de salud. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación IAHULA Año 2012.....	31

## INDICE DE GRAFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>Grafico 1:</b> Distribución de los pacientes según estrés. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación IAHULA Año 2012.....	<b>24</b>
<b>Grafico 2:</b> Distribución de las pacientes por predominio del dolor. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación IAHULA Año 2012.....	<b>26</b>
<b>Grafico 3:</b> Evolución Escala Análoga Visual (EVA) del dolor. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación IAHULA Año 2012.....	<b>29</b>
<b>Grafico 4:</b> Evolución análoga Visual del Estado de Salud. Servicio de Medicina física y Rehabilitación IAHULA Año 2012.....	<b>32</b>

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La fibromialgia se caracteriza por un dolor crónico generalizado con puntos dolorosos y otros síntomas; conlleva al paciente a la discapacidad y al deterioro de su calidad de vida.

**OBJETIVO:** Evaluara la efectividad del tratamiento multidisciplinario y calidad de vida en pacientes con fibromialgia en el Servicio de Fisiatría IAHULA.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio prospectivo longitudinal y experimental con 32 pacientes femeninas referidas de Reumatología, Medicina interna y Psiquiatría que cumplieron con los criterios clínicos Colegio Americano de Reumatología (ACR). Se cuantificó el dolor con la Escala de EVA y la calidad de vida y Escala EQ-5D antes, durante y después del tratamiento multidisciplinario basado en educación, terapia de relajación, ejercicios aeróbicos de bajo impacto tres veces por semana supervisados de manera progresiva en intensidad y duración por 12 semanas.

**RESULTADOS:** los criterios de la ACR obtuvieron una media de 12.59 puntos dolorosos, donde predominó la fatiga, rigidez, sueño no reparador, colon irritable. Se obtuvo que la media de edad fue 47.8<sup>a</sup> especialmente casadas, docentes con ansiedad y la depresión. La escala de EVA tuvo una progresión media al inicio de 5,6, durante el proceso 3,8 y 2,69 al final del tratamiento rehabilitador. El test de calidad de vida EQ-5D con prueba de McNemar y t de student p 0.05 con media al inicio 53.39 y al final 79.38.

**CONCLUSION:** el tratamiento de la fibromialgia bajo un enfoque multidisciplinario es útil para reducir la morbilidad y está orientado en disminuir el dolor y así elevar la calidad de vida.

Palabras claves: fibromialgia, calidad de vida, dolor y multidisciplinario

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Fibromyalgia is characterized by chronic widespread pain with tender points and other symptoms. It leads the patient to disability and impaired quality of life.

**OBJECTIVE:** To evaluate the effectiveness of multidisciplinary treatment and quality of life in patients with fibromyalgia in IAHULA Physiatry Service.

**MATERIAL AND METHOD:** Prospective longitudinal and experimental study with 32 female patients referred to rheumatology, internal medicine and psychiatry who met the clinical criteria American College of Rheumatology (ACR). Pain was quantified with EVA Scale and quality of life with EQ-5D scale before, during and after treatment based on multidisciplinary education, relaxation therapy, and low-impact aerobic exercises three times week supervised strength progressively and for 12 weeks duration.

**RESULTS:** The ACR criteria were average 12.59 painful spots, in which predominated fatigue, stiffness, unrefreshing sleep, irritable colon. It was found that the average age was 47.8<sup>a</sup> especially married teachers and emotional component as anxiety and depression. The EVA scale had an early average of 5.6, during the process 3.8 and 2.69 at the end of the rehabilitation treatment. The quality of life test EQ-5D with McNemar test and student t p 0.05 with average at baseline and at the end 79.38 53.39.

**CONCLUSION:** The treatments of fibromyalgia in a multidisciplinary approach are helpful in reducing morbidity aimed at reducing the pain and thus improve their quality of life.

**Keywords:** fibromyalgia, quality of life, pain and multidisciplinary

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## INTRODUCCION

La fibromialgia (FM) es una condición crónica del sistema musculoesquelético, caracterizado por dolor generalizado, rigidez matutina, fatiga, trastornos del sueño, problemas psicológicos y deterioro de la función cognitiva, cuyos mecanismos patológicos subyacentes son desconocidos y puede llevar a la discapacidad y reducción en la calidad de vida. (1)

En la cual se deben tomar en cuenta; los factores socio demográficos ya que afecta a la mayoría de población en edad productiva alterando su entorno, provocando ausentismo laboral y afectando sus actividades de la vida diaria. Y los aspectos psicológicos son relevantes en los pacientes portadores de FM, ya que la cuarta parte, se quejan de problemas emocionales como la ansiedad o la depresión, lo que agrava su sensación de dolor y conlleva a la discapacidad (2-3-4). Se define con los criterios clínicos establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) como dolor generalizado durante un mínimo de 3 meses y la presencia de al menos 11 de los 18 puntos sensibles especificados en el examen físico osteomuscular, se acompaña además de fatiga, trastornos del sueño, rigidez matutina, parestesias y trastornos psicológicos.(5-6).

El consenso interdisciplinario para el tratamiento de la fibromialgia (2010) publicado por De Alegre –Campayo, expresa la mayor evidencia científica que incluye tratamiento farmacológico, educativo, psicológico, emocional y fisiátrico, que permite un abordaje individual de cada paciente según su características clínicas. Por lo descrito anteriormente con esta investigación se aplico un tratamiento multidisciplinario a pacientes portadores de

FM de acuerdo al consenso donde se evaluó el grado de afectación clínica, psicológica, cognitiva y la respuesta al tratamiento.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La fibromialgia es una enfermedad discapacitante debido al que el dolor muscular generalizado se hace crónico y se acompaña frecuentemente de problemas emocionales, como la ansiedad y la depresión, causando limitación de las actividades de la vida diaria y del desempeño laboral y social. (7-8) La depresión se presenta en 31.5% de los pacientes con fibromialgia (9).

Otros autores señalan la importancia del abordaje de los pacientes con fibromialgia, desde el punto de vista su afectación psicológica, emocional, conductual y de calidad de vida. Y la eficacia en cuanto a la combinación entre tratamiento médico, las intervenciones educativas y el plan de ejercicios, los cuales pueden mejorar los parámetros de autoeficacia, de conducta y calidad de vida (10).

El presente estudio está basado en la aplicación de un tratamiento multidisciplinario para los pacientes con FM y que acuden a la unidad de Medicina Física y Rehabilitación, por lo cual se utilizó el tratamiento propuesto por el consenso interdisciplinario del 2010; el cual plantea clasificarlo según Giessecke evalúa el dolor, estado psicológico y cognitivo; y de esta manera plantear el tratamiento a seguir, para lograr la disminución de morbilidad y de la discapacidad por esta causa.

## IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Los estudios epidemiológicos reportan una prevalencia de la FM entre 2 - 7%, con una relación entre mujeres y hombres de aproximadamente 9:1. Su prevalencia difiere según la población estudiada y oscila entre el 0,7-2,0%, en España situándose entre 2,1 - 5,7% de la población general adulta y ocupando el 10-20% de las consultas de reumatologías y el 5-8% de las de atención primaria, (11-12).

En la consulta especializada el dolor crónico por fibromialgia ocupa el 76% - 85% (12). En Mérida Servicio de Reumatología IAHULA (2009) se encuentra una morbilidad 9.1% datos obtenidos registro estadístico de servicio de historia medicas de dicha Unidad; la cual es superior a la prevalencia reportada en la mayoría de las naciones como España y EEUU.

La fibromialgia es una enfermedad discapacitante ya que el dolor muscular generalizado se hace crónico trayendo como consecuencia: insomnio, fatiga, rigidez matutina y frecuentemente problemas emocionales como ansiedad y depresión causando limitación de actividades de la vida diaria, desempeño laboral y social. Por lo anteriormente expuesto la fibromialgia representa un reto importante para el médico tratante.

Existen estudios previos documentados en la literatura de FM, la presente investigación es el primer estudio que se realiza en el servicio de medicina física y rehabilitación sobre esta enfermedad, el mismo pretende establecer un protocolo de evaluación y tratamiento para el mejor manejo de las pacientes con FM en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Existen diversos estudios relacionados con la FM y tratamiento, sin embargo pocos estudios referidos al manejo multidisciplinario.

## JUSTIFICACION

La fibromialgia constituye un problema sanitario por su elevada prevalencia en el sexo femenino, considerando que la mujer representa el pilar fundamental de la familia y que el deterioro en su salud afectara su entorno y provocara impacto en su calidad de vida. La solución de este problema se justifica debido a que existe una gran cantidad de pacientes con el diagnóstico de fibromialgia que acuden al Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, donde a través de los resultados de esta investigación se obtendrán las herramientas necesarias para iniciar un protocolo que integre un tratamiento multidisciplinario proporcionando de esta manera el alivio de sus síntomas y así obtener efectos positivos en su estado funcional y aptitud ante la vida.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## ANTECEDENTES TEORICOS

De Alegre, García et al 2010. reportaron en el último consenso interdisciplinario para el tratamiento de la fibromialgia pautas comunes para las diferentes especialidades que atienden a pacientes con fibromialgia. Sabiendo que cada paciente es único y que requiere de un tratamiento individualizado para lograr un tratamiento racional y eficiente. El cual se demostró que el Tratamiento farmacológico, ejercicio aeróbico, educación y terapia psicológica representan alta evidencia científica para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Fontaine et al 2009 realizaron un estudio en Ochenta y cuatro adultos activos con FM los cuales fueron asignados al azar a cualquiera de los grupos: grupo 1 actividades físicas diaria y el grupo 2 de control con educación FM (FME) del grupo. Participantes trabajo por 30 minutos de intensidad moderada de cinco a siete días por semana, mientras que los participantes FME recibió información y apoyo; se concluyó que la actividad física diaria por 30 minutos produce cambios clínicamente relevantes en la función física y el dolor en adultos activo con FM.

Kroese et al 2009 Ciento cinco pacientes con diagnóstico de FM comenzaron con una intervención multidisciplinaria y se evaluaron la factibilidad, el estado funcional (Cuestionario de Impacto de Fibromialgia [FIQ]), y la calidad de vida (EuroQol-5D [EQ-5D]). Se llegó a la conclusión que la intervención multidisciplinaria por 12 semanas es efectiva y además realizar seguimiento posterior al tratamiento del programa para así tener los efectos positivo sobre el estado funcional y calidad de vida de esto pacientes

Arnold B, Hauser et al 2008. Los componentes múltiples sesiones de refuerzo tratamiento ofrecido por los servicios de consulta externa o por organizaciones de autoayuda a los grupos FM podría aumentar la motivación para hacer ejercicio aeróbico durante toda la vida psicológica y social.

Rooks et al 2007 Un total de 207 mujeres con fibromialgia fueron reclutados desde el 16 de septiembre de 2002, al 30 de noviembre de 2004, y se asignaron aleatoriamente a 16 semanas (1) ejercicio aeróbico y la flexibilidad (AE), (2) entrenamiento de fuerza, aeróbicos, y la flexibilidad ejercicio (ST), (3) la Fibromialgia de Ayuda de golf (FSHC), o (4) una combinación .Se concluyó que los beneficios del ejercicio aumentan cuando se asocia con la educación específica y auto-ayuda. Nuestros hallazgos sugieren que el ejercicio adecuado y la educación del paciente son adecuados en el tratamiento de la fibromialgia

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## **BASES TEORICAS**

### **Concepto de fibromialgia**

Es una alteración crónica se caracteriza por la existencia en un individuo de un historial de dolor crónico generalizado que se hace presente a la presión en sitios anatómicos definidos.(2). Que se acompañan de rigidez, fatiga intensa, alteraciones del sueño y alteraciones psicológicas.

Breve reseña histórica: En 1976, Hensch, reivindicó para esta dolencia, el nombre de Fibromialgia. En 1990, la Academia Americana de Reumatología organiza una comisión de expertos, cuyas conclusiones publicadas constituyen la definición del síndrome y los criterios que deben cumplir los pacientes para ser diagnosticados de fibromialgia. Y

en 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó a la fibromialgia, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una entidad clínica, bajo el código M 79.0. En 1994, la Asociación internacional para el estudio del dolor (IASP) la reconoce y clasifica con el código X33 X8a.

Epidemiológicamente su prevalencia 7.4-8% a nivel de mundial, en la población estadounidense 3,4% mujeres y del 0,5% en varones, España la FM es 2,4% del 0,42% varones y 4,2% en mujeres, donde las características del paciente con fibromialgia es más frecuente sexo femenino 9:1, cuya edad predominante entre los 25-69 que incrementa su prevalencia con la edad, aunque no es muy común se han observado algunos casos en niños. Igualmente a tenido superposición con otros diagnósticos síndrome de fatiga crónica 21-70%, síndrome del intestino irritable 32-55%, sensibilidad a múltiples agentes químicos 33-55% y diagnósticos psiquiátricos 75%. (10-12)

Los criterios clínicos que propuso en 1990 el American College of Rheumatology, para el diagnóstico la presencia de dolor difuso de más de 3 meses de evolución definido como bilateral por encima y debajo de la cintura escapular, incluyendo dolor del esqueleto axial. La palpación digital de al menos 11 a 18 zonas anatómicas propuestas con disminución del umbral de dolor, todo punto sensible duele en el área al ser presionado pero la materia de discusión es cuánta fuerza se debe aplicar pues una fuerza excesiva desencadena dolor en casi todos los individuos. La experiencia ha determinado que una presión aceptable es aquella en la que la yema del dedo del examinador se quede isquémica, de un tono blanquecino, lo que corresponde a una fuerza próxima a los 4 kilos. Otra forma de cuantificar la fuerza es mediante un algómetro de presión que puede ser especialmente útil para los examinadores que están empezando y no sabe graduar la fuerza con sus dedos (13).

La localización de los Tender point son: Occipucio bilateral en inserción del musculo suboccipital y parte anterior de los espacios intertransversos, Cervical bajo: C5-C7, Trapecio bilateral en origen próximo al borde medial, Supraespinoso, 2da costilla bilateral en la 2da unión condroesternal, Codo bilateral a 2 cm distal epicondilo medial, Glúteo bilateral cuadrante superior externo de la nalga, Trocánter mayor bilateral posterior a la eminencia trocánterea, Rodillas posterior a la almohadilla grasa media próxima a la línea articular(13).

El dolor se acompaña frecuentemente de rigidez articular matutina, parestesias en manos y pies, fatiga-astenia y alteraciones del sueño. Otros síntomas que con frecuencia acompañan a la FM son cefaleas, acufenos, inestabilidad, alteraciones de la concentración o memoria, disfunción temporomandibular, dolor miofascial y clínica compatible con colon irritable. E Se incluye una relación de síntomas en porcentaje que pueden aparecer en los pacientes con FM.: Desordenes del sueño 76.6%, Dolor de un lado 67.0%, Fatiga 81.1%, Rigidez matutina 77.0%, parestesia 62.8% Ansiedad 47.8%, Cefalea 52.8%, Historia de depresión 31.5%, Irritabilidad intestinal 29.6%, Historia de dismenorrea 40.6%, fenómeno de Raynaud 16.7% según (3-13)

Además, es conveniente realizar una anamnesis de los factores psicológicos y psiquiátricos: antecedentes personales y familiares de trastorno mental; sintomatología psicopatológica actual; nivel de apoyo social, incluyendo las relaciones familiares; perfil de personalidad y patrón de conducta (14).

Nuestro entendimiento sobre la etiopatología de la FM ha evolucionado de manera significativa en los últimos años, pero todavía está incompleto. La siguiente sección brevemente resumen la información sobre la alteración de neurotransmisores,

neurohormonas, citocinas y flujo de sangre regional en el sistema nervioso central que han sido documentado en pacientes con Fibromialgia. (16). La Predisposición a la FM los factores genéticos pueden predisponer a algunos individuos con FM. Se ha demostrado un posible vínculo genético de la FM con la región HLA, y análisis recientes sobre polimorfismo genético del catecol-O-metiltransferasa y enzima que neutraliza las catecolaminas, indicaron que los genotipos LL y LH ocurren más a menudo en pacientes con FM. Las aminos biogénicas serotonina 5-HT y norepinefrina (NE) tienen un efecto modulador significativo en el proceso central y periférico del dolor, inhibiendo a la sustancia P y aminoácidos, La serotonina también juega un papel importante en la regulación del ánimo y se ha asociado la desregulación del sistema 5-HT con la depresión y la ansiedad y regulación del sueño. (17) siendo un sueño no reparador, su alteración afecta estadio profundo del sueño y en una atención intensa en el propio dolor que afecta de forma negativa la calidad del sueño. Factores conductuales y psicológicos: las anomalías conductuales y psicológicas pueden también contribuir a la continuidad de la sintomatología en pacientes con FM. Las condiciones psiquiátricas más comunes observadas en pacientes con FM son depresión 22%-30%, distimia y ansiedad 10%. (18).

El diagnóstico diferencial que más problemas suele plantear es la enfermedad psiquiátrica, particularmente los trastornos de somatización y depresión mayor, aproximadamente un 30% tenga depresión o ansiedad complica la valoración. (6). Otras de las entidades con las que hay que hacer diagnóstico diferencial son las polimialgia reumáticas, enfermedades metabólicas óseas poliartritis, oligoartritis, Miopatías por fármacos, inflamatoria y metabólicas, síndromes paraneoplásicos, vasculitis, hipotiroidismo y artrosis poliarticular. También puede asociarse lupus erimatoso sistémico, trastornos de estrés posttraumático,

dolor de la articulación temporomandibular y síndrome de sjogren Cualquier proceso doloroso puede combinarse con la FM podría agravar la sensibilización central convirtiéndose así en un “generador periférico del dolor”. (20).

Para el diagnostico la anamnesis debe dirigirse a los síntomas principales y analizar en mayor intensidad los que influyen en las decisiones terapéuticas .habitualmente es el dolor, el problema del sueño, alteraciones del estado de ánimo y la fatiga. Los aspectos clave de la anamnesis son conocer que es lo que más preocupa al enfermo, las características del dolor y recoger de forma completa los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que han recibido y como ha respondido a ello, exploración física y estudios de laboratorio (20)

El tratamiento de la FM requiere un abordaje basado en intervenciones para reducir el dolor y mejorara el sueño, el cansancio y la condición física; además hay tomar en cuenta la comorbilidad. Se hace a través de:

La educación los pacientes con fibromialgia deben recibir información sobre la naturaleza de su enfermedad y las estrategias más adecuadas para reducir los síntomas y mejorar su función. Existe fuerte evidencia de la eficacia de los programas educativos, que se realizan con materiales escritos, grupo de discusión o demostración. Donde se ha demostrado mejoría en el sueño, la fatiga y calidad de vida. Cuyos resultados se mantenían después de los 3 y 12 meses de tratamiento. (22).

El tratamiento farmacológico antes de prescribir la medicación hay que ordenar los síntomas según su importancia relativa y su repercusión sobre las actividades cotidianas y la calidad de vida. Los síntomas mejor abordables con terapia farmacológica son el dolor, los problemas del sueño y las alteraciones del ánimo. Los fármacos más útiles son los

siguientes: Antidepresivos tricíclicos (ATC): Son los que han demostrado una gran evidencia y eficacia en la reducción del dolor, la fatiga, la depresión y las alteraciones del sueño según otros meta análisis publicados en el 2008, la amitriptilina a dosis de 25-50mg. La pregabalina: ha sido la primera medicación aprobada por la FDA para el tratamiento de la fibromialgia revisión de Cochrane, afirma que es eficaz en esta enfermedad Dosis recomendada 150mg diarios durante 6 meses. Duloxetina: Otro es inhibidor dual de la recaptación de la noradrenalina y serotonina Es un antidepresivo no tricíclico que cuenta mayor evidencia científica. Dosis habituales (60-120 mgr/día).mejora el dolor y funcionamiento general del paciente con o sin depresión. (20-21-22).

Las terapias psicológicas y conductuales son utilizadas con mayor frecuencia en el tratamiento de la fibromialgia. La razón para incluir las terapias psicológicas es mejorar el manejo de los factores sociales y psicológicos puede influir en la percepción y mantenimiento del dolor crónico. Mejora su función física y un mayor control sobre sus síntomas y aumentando así su cumplimiento terapéutico. (23-24).

El ejercicio aeróbico: son los que tienen mayor evidencia científica de eficacia, mejorando la función física y la percepción subjetiva de control de los síntomas. Hay una serie de recomendaciones que pueden mejorar la prescripción del ejercicio en la FM. Es necesario evaluar su condición física previamente preguntándole sobre sus actividades cotidianas incluyendo trabajo y ocio. Su experiencia con ejercicio y temor a expresarse abiertamente sobre ello. El ejercicio es el más eficaz especialmente en el control del dolor como tratamiento hay que individualizar el ejercicio y adaptarlo a la forma física inicial. La idea es que los ejercicios sean supervisados hasta que el paciente adquiera los conocimientos suficientes para seguir un programa que se adapte a sus limitaciones. Desde esta

perspectiva el tratamiento tiene un valor pedagógico porque enseña al paciente a afrontar sus síntomas. Se debe comenzar un programa de baja intensidad e ir incrementando de forma gradual, debe planificarse por lo menos en doce semanas. Para conseguir un nivel adecuado de cumplimiento y motivación, la actividad tiene ser agradable y fácil de realizar. (25-26-27). En presencia de post-ejercicio, hay que disminuir la intensidad y duración pero mantener la frecuencia del ejercicio. En los días malos disminuir el tiempo y la intensidad del ejercicio, pero debe ser continuado con un ejercicio más ligero. Si el programa se tolera mal, se puede dividir en periodos más cortos sin pérdida de eficacia, la combinación de ejercicio y educación mejora los resultados. Son recomendados los de bajo impacto: En carga (como caminar), y en descarga (bicicleta estática, cinta rodante o ejercicio en piscina).

www.bdigital.ula.ve  
Caminar tiene la ventaja de que es fácil de realizar, no necesita de equipamiento adicional y constituye la actividad aeróbica con más probabilidad de mantenerse en el tiempo. Lo ideal es que paciente haga durante 30min una actividad tres veces por semana o todos los días. Otros ejercicios como los de fortalecimiento muscular pretenden mejorar la fuerza y potencia muscular realizándose contracciones musculares contra determinada resistencia como bandas elásticas, pesas o el propio peso del paciente. Los ejercicios de estiramiento y flexibilidad: su objetivo es mejorar la flexibilidad muscular y de los tejidos blandos. (28-30-31-32).

Calidad de vida: Según la organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991 propuso la siguiente definición: como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. El grupo de trabajo de la OMS ha identificado los diez

factores que influyen en el nivel global de la calidad de vida de un individuo los cuales son: sentimientos positivos: actividades de la vida diaria, energía y fatiga. Sentimientos negativos: capacidad de trabajo, autoestima, actividades de ocio, relaciones personales, dolor y disconfort, sueño y descanso (34).

Fibromialgia y la Calidad de vida: los pacientes con fibromialgia tienen una percepción de la enfermedad mayor que otros enfermos con síndrome de dolor crónico. Centran su atención en la calidad o valor del tiempo de vida y no solo en la cantidad de vida. Los índices de calidad de vida de estos pacientes están más alterados que con otras patologías, tanto osteomusculares como de otra índole y mucho más que los de la población en general (36). Para valorar la calidad de vida en los pacientes con FM existen diferentes escalas de evaluación donde específicas son FIQ, SF36 y otras como EQ-5D. Los cuestionarios genéricos pueden ser aplicados tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes, ya que cubren un amplio espectro de dimensiones, facilitando información sobre las tres dimensiones básicas de salud: la física, la psicológica y la social. Estos cuestionarios se dividen en dos grandes grupos; por un lado están los perfiles de salud, y por otro las medidas de utilidad. (37- 38-39-40)

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la efectividad del tratamiento multidisciplinario y calidad de vida en pacientes con fibromialgia en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de IAHULA.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Describir las características socio demográficas de los pacientes con Fibromialgia que acuden a la consulta de Medicina Física y Rehabilitación según (edad, sexo, procedencia, ocupación u oficio).
2. -Identificar las características clínicas de la enfermedad; tiempo del dolor, puntos dolorosos, lado más afectado y los síntomas más frecuentes que presenta los pacientes con fibromialgia
3. Conocer las causas etiológica que afecta más a los pacientes con fibromialgia.
4. Determinar el nivel de dolor de los pacientes con fibromialgia mediante la Escala de EVA (Escala Análoga del dolor).
5. Evaluar la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia según la escala EQ-5D autoadministrada.
6. Comparar la escala de EVA del dolor, y de calidad de vida EQ-5D antes, durante y posterior al tratamiento multidisciplinario.

## **HIPOTESIS GENERAL**

Las pacientes con fibromialgia presentan mejoría principalmente a la Esfera emocional, estado de ánimo, el umbral del dolor y calidad de vida después un tratamiento multidisciplinario.

## **SISTEMAS DE VARIABLES:**

### **VARIABLES DEPENDIENTES:**

- Dolor
- Calidad de vida

**VARIABLES INDEPENDIENTES:** Ejercicio físico aeróbicos, educación, terapia psicológica y tratamiento farmacológico.

### **VARIABLES INTERVINIENTES:**

- Sexo
- Estado civil
- Edad
- Ocupación

### **PARÁMETROS:**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

- Escala de EVA: Fue desarrollada por Hiskisson en 1974 es autoadministrada constituye una línea horizontal de 10cm. Su extremo izquierdo que es sin dolor y su extremo derecho que representa por el peor dolor imaginable.
- Escala EQ-5D (autoadministrada de calidad de vida) fue descrita 1990, es un instrumento sencillo multidimensional de la calidad de vida y salud.
- Criterios americanos de reumatología para la fibromialgia ya descritos.

## METODOLOGIA

**Tipo de estudio:** Prospectivo, longitudinal. Experimental.

**Universo:** Estuvo conformado por 45 pacientes femeninos referidas por el servicio de reumatología, medicina interna y psiquiatría a quienes se evaluaron los criterios clínicos según colegio Americano de Reumatología (ACR) para la fibromialgia; que acudieron a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del IAHULA desde Enero hasta Agosto del 2012. 11 pacientes no cumplieron los criterios de inclusión y 4 pacientes desertaron del estudio.

**Muestra:** 32 pacientes femeninos referidas por diferentes servicios reumatología, medicina interna y psiquiatría con los criterios clínicos según colegio Americano de Reumatología (ACR) para la FM que acudieron a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del IAHULA. La muestra representa 71.1% del universo

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Dolor muscular generalizado por más de 3 meses de evolución bilateral por encima y debajo de la cintura escapular, incluyendo dolor del esqueleto axial.
- 11-18 puntos dolorosos definidos para fibromialgia
- Criterios clínicos asociados: sueño no reparador, cefalea, rigidez y fatiga matutina etc.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Enfermedades Metabólicas: Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo controlado (relativas)
- Espondiloartropatías (relativas)
- Síndromes miofaciales (relativa)
- Enfermedades Reumatológicas: LES, Artritis Reumatoide, Esclerosis Múltiple, Artropatías(absolutas)
- Miopatías : polimialgia y polimiositis reumáticas(absolutas)
- Depresión Mayor (absoluta)

**MATERIALES:** medicamentos, historias clínicas libros, revista de investigación, papelería, CD, lápices, bolígrafos marcadores, cartucho para impresora y pendrive.

**Equipos:** bicicletas, caminadoras, colchonetas, elásticas y pesas de diferentes resistencias y pelotas.

**Instrumento:** Encuesta, historia clínica, escala de EVA, escala de calidad de vida QD -5D

**PROCEDIMIENTO:** Es un estudio prospectivo, longitudinal, experimental realizado durante el periodo enero- agosto 2012 en una muestra de 45 pacientes femeninos de las cuales 32 pacientes referidos por el servicio de reumatología, medicina interna y psiquiatría cumplieron con los criterios de inclusión con los criterios clínicos según (ACR) para la fibromialgia que acudieron a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del IAHULA. La muestra represento 71.1%. A las cuales se le realizó historia clínica donde se identificaron: variables socio-demográficas (edad, ocupación, procedencia,).Se describió inició de la enfermedad, síntomas, examen físico detallado para detectar los puntos dolorosos que son al menos de 11 a 18 ambos lado del cuerpo, aplicando digito presión de

aproximadamente 4Kg hasta que el pulpejo del dedo palidezca .Se cuantificó el dolor con escala de EVA y de esta manera nos permite comparar el dolor en el mismo sujeto en diferentes momento y así evaluar la respuesta a diferentes tratamientos (Anexo 2);la calidad de vida a través de la escala EQ-5D auto-administrada consta de 5 ítems: movilidad, cuidado personal, actividades cotidiana, dolor/molestia y estado ánimo y escala análoga visual milimetrada que indica su estado de salud hoy que va de 0 el peor estado de salud y 100 el mejor estado de salud. Que forma óptima de presentar los resultados dependerá de la parte de instrumento que se use como el sistema descriptivo y EVA (Anexo 3).Se aplico antes, durante y posteriormente al tratamiento con un enfoque multidisciplinario.

### **Enfoque multidisciplinario**

**Educación sanitaria:** Una vez por semana basados en charlas relacionadas a la fibromialgia y cómo manejarla a través de tics de autoayuda y grupos de discusión. Dinámica de grupo, y club de fibromialgia para compartir experiencia.

**Terapia psicológica:** Se fortaleció con la ayuda de servicio de psiquiatría, aprendiendo a conocer su enfermedad, cómo afrontar, como manejar el dolor y mantener su estado de ánimo a través de secciones terapéuticas según el criterio del servicio.

**Ejercicio aeróbico:** Supervisados tres veces por semana donde se incluyó calentamiento con caminatas y bicicleta luego ejercicio de estiramiento y fortalecimiento los cuales se hicieron de manera progresiva en intensidad y duración según la condición de cada paciente y evolución durante doce semanas.

- Caminatas: por 10 min – 15 min ( 3) veces por semana
- Bicicleta estática: por 15-30 min de ( 2 a 3) veces por semana

- Ejercicio aeróbicos de bajo impacto: de 30 min de (2 a 3) veces por semana; que incluyeron ejercicio de estiramiento y fortalecimiento

**Tratamiento farmacológico:** fue a base de Pregabalina 150 mgr diarios por 6 meses para ver mejores resultados aunque el periodo de rehabilitación sea por 12 semanas; y Amitriptilina 25 mgr vía oral orden diaria por 3 meses consecutivos cual fue prescrito por la especialidades que refirieron.

- Analgésicos Paracetamol 1gr vía oral para el dolor y ocasiones relajantes musculares

**Terapia de relajación:** 1 vez por semana donde se realizó con la ayuda de la terapeuta ocupacional del turno de la tarde por el método Jacobson aprendiendo a diferenciar la tensión muscular de la relajación y de esta manera ser una alternativa de autoayuda para ser empleada cuando sea necesario por las paciente. (Anexo 4)

Se evaluaron posteriormente antes, durante y después del tratamiento en el servicio de medicina física y rehabilitación por el investigador principal utilizando la escala de EVA para el dolor, y escala de calidad de vida QD-5D las cuales son escalas auto administrada donde el paciente va responder a serie de preguntas sencillas determinando su dolor y como afectaba su calidad de vida y evidenciando con el tiempo si se logró cumplir los diferentes objetivos con tratamiento multidisciplinario explicado.

**Análisis Estadístico:** El programa estadístico empleado fue SPSS para Windows versión 15.0.1, se utilizó estadística descriptiva e inferencial, la prueba T para muestras pareadas o relacionadas, gráficos y cuadros. Las variables sociodemográficas son descritas en tablas de frecuencia. Se extrajeron parámetros de media, desviación estándar y porcentaje y para ver cambios significativos T-student de muestra dependiente o pareada, escala de EVA y para

comprobar los dominios de EQ-5D la prueba de MC-Nemar ya que los dominios son con categoría binarias con problemas y sin problemas y junto con T-student para verificar su significación al inicio y al final del tratamiento.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la investigación relacionada con la eficacia del tratamiento en la fibromialgia basado en el tratamiento establecido por consenso interdisciplinario de expertos en las áreas de reumatología, neurología, psiquiatría, rehabilitación y medicina de familia (2010) publicado por De Alegre –Campayo, la cual incluye tratamiento farmacológico, educativo, psicológico, emocional y fisiátrico. Para cumplir con los objetivos establecidos en la presente investigación, la muestra quedó conformada por 32 pacientes del género femenino referidos por el servicio de reumatología, medicina interna y psiquiatría.

### 1. Características sociodemográficas

#### Por grupo de edad.

De las 32 mujeres bajo estudio, el 37,50% comprenden edades entre los 44 y 50 años, el 31,25% con edades que oscilan entre 37 y 43 años, el 18,75% entre 51 y 57 años y el 12,50% con edades que fluctúan entre 58 y 64 años. (Ver cuadro N° 1)

**Tabla 1: Distribución de las pacientes con FM según grupo etario. Servicio de medicina física y rehabilitación IHULA. Año 2012**

Grupo de edad	Total	%
37- 43	10	31,25%
44 - 50	12	37,50%
51 - 57	6	18,75%
58 - 64	4	12,50%
Total	32	100,00%

Fuente: Historia clínica pacientes con fibromialgia

### **Por estado civil.**

En relación a la distribución de las pacientes por estado civil se tiene que el 56,25% son casadas, el 25% soltera, el 15,63% divorciada y 3,13% viuda. (Ver cuadro N° 2)

**Tabla 2: Distribución de las pacientes con FM según estado civil. Servicio de medicina física y rehabilitación IAHULA. Año 2012**

Estado civil	Total	%
Casada	18	56,25%
soltera	8	25.00%
Divorciada	5	15,63%
Viuda	1	3,13%
Total	32	100,00%

Fuente: Historia clínica pacientes con fibromialgia

### **Por ocupación.**

Entre las principales ocupaciones de los pacientes se tiene que el 25% son docentes, el 18,75% amas de casa e igual porcentaje para comerciantes, el 12,50% enfermeras, 6,25% abogadas e igual al porcentaje de las obreras. (Ver cuadro N° 3)

**Tabla 3: Distribución de las pacientes con FM según ocupación en pacientes con FM.**

**Servicio de medicina física y rehabilitación IAHULA. Año 2012**

<b>Ocupación</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Docente	8	25,00%
Ama de casa	6	18,75%
Comerciante	6	18,75%
Enfermera	4	12,50%
Obrera	2	6,25%
Abogada	2	6,25%
Peluquera	1	3,13%
Trabajadora social	1	3,13%
Auxiliar de laboratorio	1	3,13%
Operadora de maquina	1	3,13%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,00%</b>

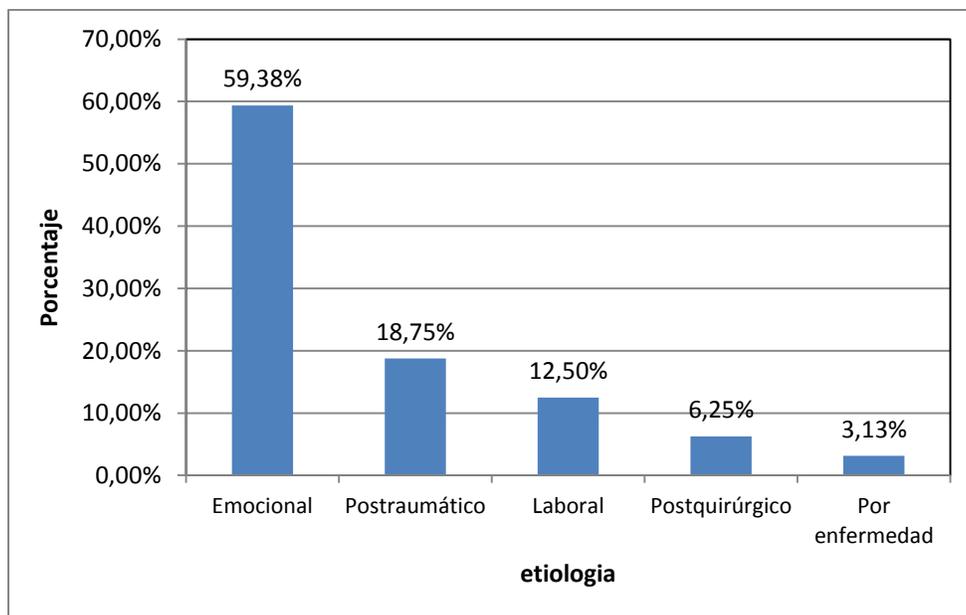
Fuente: Historia clínica pacientes con fibromialgia

www.bdigital.ula.ve

## **2. Características clínicas**

### **Etiología clínica.**

En relación a la etiología que presento las pacientes bajo estudio, el 59,38% corresponde a evento emocional, 18,75% postraumático, 12,50% laboral, 6,25% postquirúrgico y 3,13% por enfermedad. (Ver gráfico N° 1) desencadenante



Fuente: Historia clínica pacientes con fibromialgia

**Gráfico 1: Distribución de las pacientes con FM según causa etiológica. Servicio de medicina física y rehabilitación IAHULA. Año 2012**

www.bdigital.ula.ve

### Criterios clínicos

Los criterios mayores presentados por los pacientes con fibromialgia, mostró un promedio de 4,6 años con dolor generalizado y de 12,59 puntos de dolor. (Ver cuadro N° 4)

**Tabla 4: Promedio de los criterios mayores en pacientes con FM. Servicio de medicina física y rehabilitación IAHULA. Año 2012**

Criterios mayores	Media
Tiempo con el dolor (años)	4,66
Puntos de dolor al inicio	12,59

Fuente: Historia clínica pacientes con fibromialgia

## 2. Comparación de los puntos del dolor en pacientes con fibromialgia antes y después del tratamiento.

Se empleó la prueba T para muestras pareadas para determinar si existen diferencias significativas en el promedio de puntos del dolor antes y después del tratamiento, el nivel de significación establecido fue de 0,05.

Los resultados obtenidos muestran con P (0,000) diferencias significativas en el promedio de puntos de dolor presentes en los pacientes con fibromialgia antes y después del tratamiento, donde antes del tratamiento los puntos de dolor se ubicaron en 12,59 y posterior al tratamiento estos disminuyeron a 4. (Ver cuadro N° 5)

**Tabla 5: Comparación de los puntos de dolor específicos al inicio y al final de los pacientes con FM. Servicio de medicina física y rehabilitaciónIAHULA. Año 2012**

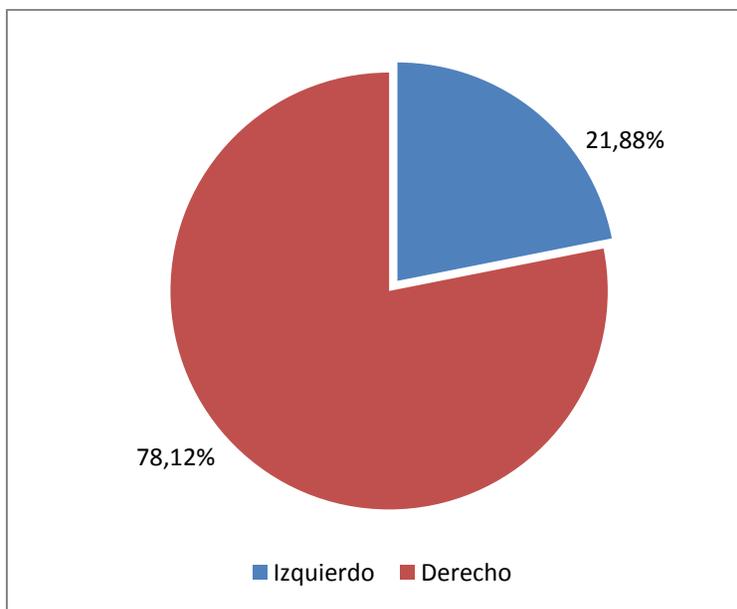
Puntos de dolor		P
inicio	60 días	
Media (Ds)	Media (Ds)	
12,59 (4,68)	4 (2,05)	0,000

Fuente: Cálculos propios

Nota: Ds= Desviación estándar

### **Predominio de dolor**

Del total de pacientes el 78,12% presentó mayor dolor del lado derecho, mientras que el 21,88% del lado izquierdo. (Ver gráfico N° 2)



Fuente: Historia clínica pacientes con Fibromialgia

**Gráfico 2. Distribución de las pacientes con FM por predominio de dolor. Servicio de medicina física y rehabilitación IAHULA. Año 2012**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Con respecto a otros criterios clínicos, todos los pacientes presentó fatiga, sueño no reparador, rigidez y colon irritable, por otra parte, el 87,50% presentó cefalea, 84,50% ansiedad, 71% depresión, 68,75% dismenorrea y 46,90% síndrome de cotsen. (Ver cuadro N° 6)

**Tabla 6: Distribución de los pacientes con FM según criterios clínicos. Servicio de medicina física y rehabilitación IAHULA. Año 2012**

<b>Criterios clínicos</b>	<b>Presente</b>	<b>Ausente</b>
Fatiga	100,00%	0,00%
Sueño no reparador	100,00%	0,00%
Rigidez	100,00%	0,00%
Colon irritable	100,00%	0,00%
Cefalea	87,50%	12,50%
Ansiedad	84,40%	15,60%
Depresión	71,00%	29,00%
Dismenorrea	68,75%	31,25%
Síndrome de costen	46,90%	53,10%

Fuente: Historia clínica pacientes con Fibromialgia

### 3. Comparación de la Escala Visual Análoga (EVA) del dolor, en pacientes con fibromialgia antes y después del tratamiento.

A los pacientes con fibromialgia se les determinó el nivel de dolor al inicio de la investigación, para luego aplicar el tratamiento establecido por consenso el cual incluye tratamiento farmacológico, educativo, psicológico, emocional y fisiátrico, evaluando el nivel de dolor mediante la escala EVA a los 30 y 60 días. Por tanto, para medir la efectividad del tratamiento, se procedió a realizar una prueba T de muestras dependientes o pareadas para determinar si existen diferencias significativas en el valor promedio de la escala EVA antes y después del tratamiento con nivel de significación de 0,05.

El resultado obtenido mostró con  $P(0,000)$  diferencias significativas en el valor promedio de la escala EVA antes y después del tratamiento, donde el promedio de la escala EVA disminuyó a 2,69 puntos lo cual es una mejora significativa del dolor en comparación al inicio del tratamiento donde la escala se ubicó en 5,66 puntos. (Ver cuadro N° 7)

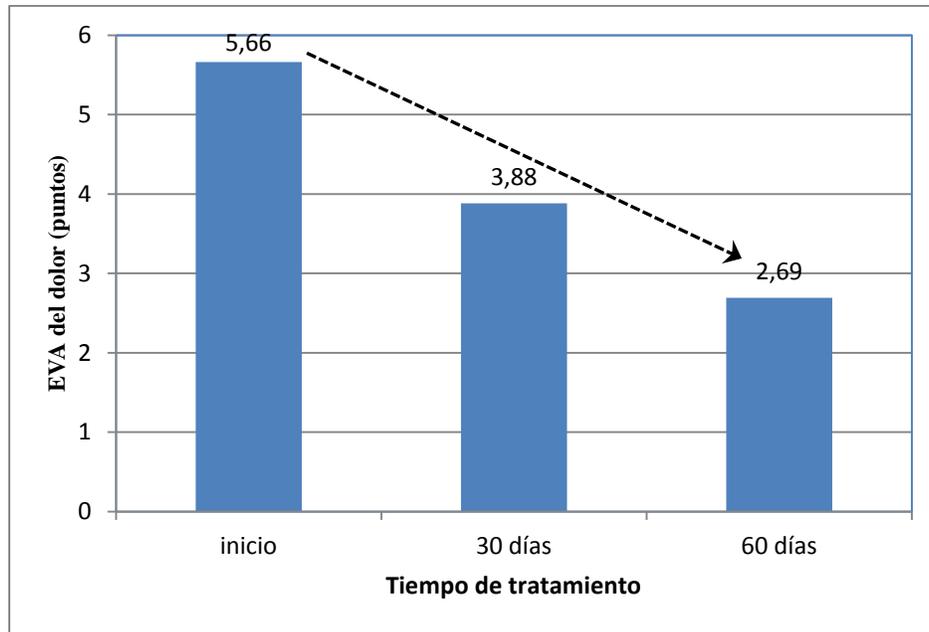
**Tabla 7 Comparación de la Escala Análoga Visual (EVA) del Dolor en pacientes con FM. Servicio de medicina física y rehabilitación IAHULA. Año 2012**

EVA del dolor		
inicio	60 días	P
Media (DE)	Media (DE)	
5,66 (1,69)	2,69 (1,53)	0,000

Fuente: Cálculos propios

Nota: DE= Desviación estándar

Como se evidenció anteriormente el tratamiento multidisciplinario por consenso mostró mejorías en el dolor de los pacientes con fibromialgia, en el gráfico N° 3 se observa la evolución de la escala EVA del dolor en los distintos tiempos del tratamiento, donde a los 30 días la escala EVA se ubicó en 3,88 puntos lo que representa una disminución del 31,45% en relación al inicio del tratamiento, por otra parte al final del tratamiento, es decir, a los 60 días la escala disminuyó 52,47% en relación al inicio, esto refleja una clara mejoría del dolor durante la aplicación del tratamiento.(Ver gráfico N° 3)



**Gráfico 3: Evolución Escala Análoga Visual (EVA) del Dolor en pacientes con FM. Servicio de medicina física y rehabilitación IAHULA. Año 2012**

www.bdigital.ula.ve

**4. Comparación de la Calidad de Vida en pacientes con fibromialgia antes y después del tratamiento.**

Para medir la calidad de vida se empleó el instrumento EQ-5D, el cual comprende en primer lugar la evaluación de cinco (5) dominios que miden la movilidad, el cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, las respuestas para cada dominio son categorizadas en pacientes con y sin problemas, el segundo aspecto a evaluar corresponde a una Escala Visual Análoga del Estado de Salud, la cual comprende un rango de 0 a 100, donde valores cercanos a 100 indican un mejor estado de salud.

Para comparar los dominios del EQ-5D se utilizó la prueba de McNemar, ya que los dominios son variables categóricas binarias (con y sin problemas), además que las respuestas de los pacientes se obtienen dos veces, antes y después del tratamiento, de manera de comparar si las respuestas difieren; para la escala EVA de estado de salud se empleó la prueba T para muestras dependientes o pareadas, de manera de comparar el promedio de la escala antes y después del tratamiento. Para ambas pruebas el nivel de significación establecido fue de 0,05.

Los resultados obtenidos para los distintos dominios, muestran diferencias significativas en las respuestas para la movilidad con  $P(0,031)$ , las actividades cotidianas con  $P(0,016)$ , dolor/malestar con  $P(0,000)$  y para la ansiedad/depresión con  $P(0,000)$ , es decir, las respuestas de estos dominios muestran una clara mejoría de la calidad de vida de los pacientes, ya que se incrementó el porcentaje de pacientes sin problema, para la movilidad y las actividades cotidianas el 100% de los pacientes manifestó no presentar problemas luego de aplicar el tratamiento, por otra parte cabe destacar que el dominio dolor/malestar paso de 9,38% a 84,40% de pacientes sin problemas, mientras que el dominio ansiedad/depresión cambio del 28,13% al 100% de pacientes sin problemas. (ver cuadro N° 8)

**Tabla 8: Comparación de la calidad de vida según dominios del EQ-5D en pacientes con FM. Servicio de medicina física y rehabilitación IAHULA. Año 2012**

<b>Dominios EQ-5D</b>	<b>Sin problemas</b>	<b>Con problemas</b>	<b>P</b>
Movilidad (inicio)	81,25%	18,75%	0,031
Movilidad (60 días)	100,00%	0,00%	
Cuidado personal (inicio)	96,88%	3,12%	0,001
Cuidado personal ( 60 días)	100,00%	0,00%	
Actividades cotidianas (inicio)	78,13%	21,87%	0,016
Actividades cotidianas (60 días)	100,00%	0,00%	
Dolor/Malestar (inicio)	9,38%	90,62%	0,000
Dolor/Malestar (60 días)	84,40%	15,60%	
Ansiedad/depresión (inicio)	28,13%	71,87%	0,000
Ansiedad/depresión (60 días)	100,00%	0,00%	

Fuente: Cálculos propios

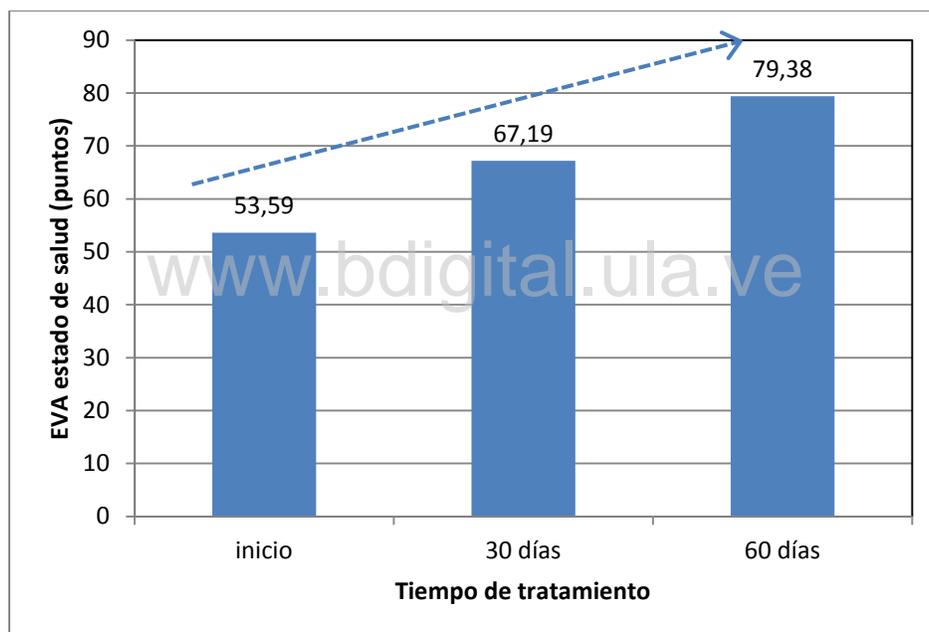
Con relación a la escala EVA del estado de salud, se observó diferencias significativas con P (0,000) en el promedio de la escala, donde a los 60 días del tratamiento basado en consenso, el promedio de la escala fue de 79,38 puntos, es decir, los pacientes manifestaron tener un mejor estado de salud al compararlo con el inicio del estudio donde esta escala se ubicó en 53,59 puntos. (Ver cuadro N° 9)

**Tabla 9: Comparación de la Escala Análoga Visual del Estado de Salud de los pacientes con FM. Servicio de medicina física y rehabilitación IAHULA. Año 2012**

<b>EVA estado de salud EQ-5D</b>		<b>P</b>
<b>inicio</b>	<b>60 días</b>	
<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>	
53,59 (15,15)	79,38 (11,27)	0,000

Fuente: Cálculos propios  
Nota: DE= Desviación estándar

En el gráfico N° 4 se observa la evolución de la escala EVA del estado de salud, donde a los 30 días del tratamiento la escala fue de 67,19 puntos lo que representa un incremento del 25,38% en relación al inicio, mientras que a los 60 días el incremento fue de 48,12% alcanzando la escala un valor de 79,38 puntos . Por tanto se observó que el tratamiento multidisciplinario mostró una mejoría significativa en el estado de salud de los pacientes con fibromialgia.



**Gráfico 4: Evolución Escala Análoga Visual del Estado de Salud de las pacientes con FM. Servicio de medicina física y rehabilitación HULA. Año 2012**

## DISCUSION

La fibromialgia es una enfermedad discapactante que afecta especialmente a la mujer. En la presente investigación el total de la población estuvo conformada por el sexo femenino datos que coinciden con lo expresado (Harris y col 2006, Carmona y col 2001, Martínez y col. 2003). Justificado por el estilo de vida la carga laboral, hogareña y el stress del diario vivir repercute en su calidad de vida.

En relación con la edad en el estudio se obtuvo una prevalencia entre los 44-50<sup>a</sup> con una media de 47.8años, estos datos coinciden con expresado por (Lena y col 2002) que encontró que entre los 40-59 años la media de 47,9años.

En lo que se refiere al estado civil se observaron con mayor frecuencia pacientes casadas. Siendo similar a expresado por (Villarraga y col 2005).

En cuanto a la ocupación los pacientes más afectados fueron los docentes seguida de las ama de casa no consiguiendo trabajos de investigación donde haga referencia a esta variable, siendo contrario los obtenidos por (Buiza y col 2010, Lopez-Rodriguez y col 2012) donde los más frecuente es en las ama de casa.

Más de la mitad de las pacientes estudiadas están sometidas tensión emocional y postraumático hechos que van desde maltrato físico hasta el divorcio como se expresa (Harris y col 2006).

Según los criterios mayores del Colegio Americano de Reumatología (ACR) para fibromialgia se caracteriza por dolor generalizado mayor a (3) meses, los resultados en la duración de la enfermedad fue 4.66 años en el total de la población en estudio, no

encontrando trabajos coincide con esta variable; con respecto al promedio de puntos dolorosos fue 12.59, coincide con lo expresado por las diferentes literaturas; refiriéndose a que la palpación digital es de al menos 11 a 18 puntos según (Sánchez y col 2008, Hauser y col 2009); posterior al tratamiento hubo una tendencia a la mejoría disminuyendo a 4 los puntos de doloroso.

Sin olvidar que el dolor es bilateral por encima y por debajo de la cintura escapular, incluyendo el esqueleto axial, donde se hace mención de que hay un lado que duele más según (Arnold y col 2006). Predominando el dolor del lado derecho en la investigación representando 78.12%

Frecuentemente el cuadro del dolor se acompaña de otros síntomas, rigidez articular, alteraciones del sueño, fatiga, cefalea, parestesias, alteración de concentración y memoria, colon irritable disfunción temporomandibular y síntomas de ansiedad y depresión según lo expresado por (Sánchez y col 2008). En ésta investigación predominó la fatiga, el sueño no reparador y la rigidez en la totalidad de la población evaluada. Éstos resultados son similares a estudios previos reportados de mayor recurrencia por Wolf y col (1995) y Belenguer y col (2009).

Un síntoma habitual de los pacientes con fibromialgia es la cefalea, que representó un síntoma cardinal en el presente estudio. Otros autores la clasifican como síntoma coexistente según Munguía y col (2006)

La totalidad de éstos pacientes manifiestan trastornos digestivos, específicamente el colon irritable, estos datos no coinciden con Arnold y col (2006) que obtuvo un poco más de la cuarta parte mientras que Kurland (2006) encontró más del 80% de estos síntomas.

Otras de las manifestaciones que se hicieron evidentes en la investigación fueron los problemas emocionales ansiedad 80% y depresión 70%; coincidiendo con lo expresado por (Arnold y col 2006); pero en línea generales los valores de está variables superaron a las obtenidas por el mencionado autor. Siendo evidente que la mayoría de estas pacientes comienza con cuadros de ansiedad debido al hecho no conseguir mejoría de su síntomas, y que con el tiempo lleva a la depresión, no descartando que muchos de estos pacientes tiene antecedentes psiquiátricos por lo que es importante el manejo psiquiátrico; como parte integral de tratamiento de esta paciente, a través de terapia cognitiva – conductual la cual paciente aprende manejar su dolor y su estado de ánimo y de esta manera restablecer el equilibrio emocional , no olvidando que se debe evaluar para de esta manera obtener mejores resultados en tiempo como lo refiere Alegre y Campayo (2010).

En la comparación del dolor según la Escala de EVA se observó que al inicio el promedio del dolor fue 5.66 puntos y a los 30 días se evidenciaron cambios expresados 3.88; y posterior al tratamiento fue 2.69 puntos quedando en evidencia que con un tratamiento multidisciplinario se puede lograr un tratamiento racional y eficiente; así mejorar el dolor de estas pacientes coincidiendo con lo expresado por Alegre y col (2010), Fontaine y col (2010), Rooks y col (2007).

En relación a la calidad de vida según la Escala EQ-5D se evidenció el cambio en los pacientes a través de los tres meses de tratamiento multidisciplinario. Demostrándose una mejoría en su calidad de vida donde los porcentajes de los diferentes dominios descriptivos en sus respuestas de sin problemas la movilidad y actividades cotidianas fue total., igualmente el dominio de ansiedad /depresión y dolor/malestar 80%. Similar a lo registrado por Carus (2005) y Cuesta- Vargas (2009).

Sin olvidar la escala visual análoga de la salud donde se hizo evidente en el tiempo como mejoraba su salud; comparando el inicio el promedio 53.39 y al final se observa el cambio en su actitud ante la vida a un promedio de 79.38 siendo bueno; y de esta manera se demuestra de manera significativa  $p = (0,000)$ . En el que el trabajo integral puede tener efectos positivos sobre su estado funcional y la calidad de vida de estos pacientes Kroese (2007).

Así, parece ser que los efectos positivos del ejercicio sobre el estado de ánimo, capacidad física dependen de la intensidad, la duración, y la frecuencia del entrenamiento. En el presente estudio, el programa de ejercicio se realizó en grupo durante tres meses de manera supervisada. Por tanto, las mejoras en la dimensión de ansiedad/depresión y de la calidad de vida fueron altamente satisfactoria, por la interacción con el entrenador y las experiencias de manejo de la enfermedad compartidas con los pacientes con FM (Mannerkorpi 2005 y Gard, 2003). Donde lo importante es lograr que esto se mantenga en tiempo sabiendo que a través de ello se logra control del dolor y entender; de que esto forma parte de su vida diaria y así mejorar sin duda alguna su calidad de vida; coincidiendo con (Rooks 2007, Arnold 2008 y Fontaine 2010). Concluyendo que la FM es una condición crónica no degenerativa ni homogénea que requiere de un tratamiento multidisciplinario permitiendo elevar la calidad de vida de las pacientes que la padecen.

## CONCLUSIONES

1. La fibromialgia es más predominante en el sexo femenino con una media de 47.8 años que son predominantemente casadas y docentes.
2. Las pacientes habían consultado por diferentes especialidades no realizándose el diagnóstico oportuno, el cual se hizo a los 4,66 años se encontró mas 12.59 puntos doloroso al inicio disminuyendo al final del tratamiento a 4 puntos;
3. Siendo su lado más afectado fue el derecho y los criterios menores característicos fueron la fatiga, sueño no reparador y rigidez matutina, colon irritable; seguido de cefalea, ansiedad y depresión.
4. La causa etiológica que más relevante fue emocional
5. La disminución del dolor evaluada con escala de EVA fue 2 puntos al final con el tratamiento multidisciplinario aplicado.
6. Se pudo lograr la mejoría en su calidad de vida medida con EQ-5D 100% prácticamente en los diferentes ítems al final del tratamiento multidisciplinario y de su estado de salud en un 79.38 %
7. La educación fue punto clave en el conocimiento de su enfermedad porque las integra como grupo, como ser humano y el hecho de saber de qué no están solas con su enfermedad.
8. La terapia de relajación con el método Jakobson fue de gran ayuda porque las pacientes aprenden a conocer cuando están relajadas o tensas así realizarlo cuando este su casa, en el trabajo y como autoayuda.
9. El ejercicio aeróbico supervisado y en grupo fue fundamental recordando que debe ser de manera progresiva de intensidad y duración variable esto va depender de cada

paciente no olvidando; que por el grupo etario predominante la mayoría pueden tener enfermedades asociadas.

10. Este tratamiento a corto plazo dio resultados que debería mantenerse en tiempo para sí lograr una mejor calidad de vida y que ellas entiendan que el cambio es en su estilo de vida.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## RECOMENDACIONES

1. La fibromialgia es una enfermedad crónica no degenerativa, donde el paciente debe recibir un tratamiento individualizado teniendo en cuenta el grado de afectación física y emocional, que lo ayude comprender, entender su enfermedad.
2. Entender que la enfermedad no es un trastorno homogéneo, sino que se suma diferentes características sintomáticas específicas con necesidad terapia multidisciplinaria, las cuales deben ser tratadas.
3. Realizar una buena historia clínica basada en los criterios clínicos (ACR) para sí poder realizar el diagnóstico certero a las pacientes.
4. Dar a conocer los resultados del presente estudio, donde se demostró que la aplicación de un tratamiento multidisciplinario basado en educación (que aprenden a conocer su enfermedad), la relajación (la ayuda a manejar el stress), el ejercicio aeróbico, estiramiento y fortalecimiento al igual que la terapia cognitiva y farmacológica; se logró mejorar la calidad de vida de estas pacientes
5. Protocolizar el tratamiento multidisciplinario en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación para el manejo adecuado de las pacientes.
6. Crear la escuela de fibromialgia donde se integre un equipo multidisciplinario.

## REFERENCIAS

1. Kroese Marielle Schulp G, et al The feasibility and efficacy of a multidisciplinary intervention with aftercare meetings for fibromyalgia. *Clinica Rheumatology* (2009) 28:923–929.
2. De Alegre M, Campayo J et al Documento de consenso interdisciplinario para el tratamiento de la fibromialgia *Actas españolas de psiquiatría* 2010; 38(2):108-120.
3. Arnold, L. M., Hudson, J. I., Keck, P. E., et al. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J. Clin. Psychiatry EU* 2006; 67, 1219-1225.
4. Lempp H, Hacth S, et al Patients' experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: a qualitative study. *London BMC musculoskeletalDisorders*2009, 10:1-11.
5. Sánchez L, Ferrero J.J, et al Manual Sermef de Rehabilitación y Medicina Física España editorial panamericana 2008 cap.28:359-369.
6. Harris E, Budd R ,et al Kelly tratado de reumatología España Elseiver 2006 7ma edición cap.36:530-544.
7. Castro Carboni Nino Fibromialgia y comorbilidad *Medicina Legal de Costa Rica*, vol. 25 (1), marzo 2008; 25(1):67-72.
8. Buiza M.J, Muñoz I et al Impacto de un trabajo en educación sanitaria en pacientes con fibromialgia *Madrid Rev. del Soc. Esp. del Dolor*; 2010(17):227-232
9. Vallejo M., Comecho M, et al Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Rev. Escritos de Psicología*. 2009; Vol. 2(2): 28-34.
10. Carmona L, Ballina J et al Study group the burden of musculoskeletal disease in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann rheum Dis*. 2001; 60: 1040-1045.
11. La fibromialgia no es el final de la vida. *Historia*. Fecha de acceso 25/03/2009 <http://www.historia-de-la-fibromialgia.html>
12. Martínez E, Gonzales O, Crespo J.M. Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos *Madrid Rev. De salud global* 2003;(4)
13. Lena R, Friol J Fibromialgia y Magnetoterapia *Cuba Rev. Cubana de Reumatología* 2002;(4)

14. Hauser W, Bernaid K, et al Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: A meta-analysis. *JAMA*. 2009; 301(2):198-209.
15. Balza A, Batlle E, et al Que es la fibromialgia. Sociedad española de reumatología 1997 fecha de acceso 21/06/2010 <http://www.google.com/Que es la Fibromialgia HTML>
16. Belenguer R, Ramos-Casals, Siso A, Rivera J Clasificación de la Fibromialgia .Revisión sistemática de la literatura Rev. Reum Clin Elsevier 2009;5(2):55-62
17. Mañez L., Fenollosa A., et al Calidad del sueño, dolor y depresión en la fibromialgia España Rev. De la sociedad española del dolor 2005; 12:451-500.
18. Espinoza W, Herrera L, et al Pregabalina y rehabilitación integral en el tratamiento de la fibromialgia México revista mexicana de medicina física y rehabilitación 2009; 21:84-89
19. Giesecke T, Williams DA, et al Sub grouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain threshold and psychological factors. *Arthritis Rheum* 2004; 50:2716-7.
20. Mease Philip Fibromyalgia Syndrome: Review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. Seattle The journal the rheumatology 2005;32 (75):6-20
21. Offenbaecher M., Bond B, De Jonge S. et al. Possible association of fibromyalgia with polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Arthritis Rheum*.1999; 42: 2482-2488.
22. Rooks D, Gautam S, et al Group exercise, education and combination self – management in woman with fibromyalgia a randomized trial USA *Arch InternMed*. 2007; 167(20):2192-2200.
23. Ulceylar N, Hauser W, et al A Systematic Review on the Effectiveness of Treatment With Antidepressants in Fibromyalgia Syndrome Germany *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* 2008;59(9):1279-1298
24. Lauren K, Lipton S, et al Pregabalin for fibromyalgia: some relief but no cure. *Cleveland Clinic journal the medicine* 2009; 76 (4):255-261.
25. Blasco L, et al los perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia que acude a un centro de salud mental .Obtiene un índice predictivo de gravedad psicológica Madrid. *Actas españolas de psiquiatría* 2006; 34(2)
26. Bradley L, Bennett R, et al. Effect of duloxetine in patients with fibromyalgia: tiredness subgroups *Arthritis Research & Therapy USA* 2010, 12:R141.

27. Koulil S, Effting M, et al Cognitive-behavioral therapies and exercise programmers for patients with fibromyalgia: state of the art and future directions *Ann. Rheum. Dis.* 2007; 66:571-581.
28. Del Castillo C, Díaz L, et al Medición del dolor: escalas de medida Madrid 2008 <http://www.Jano.es> fecha de acceso 24-30/10/08.
29. Ramos Francisco Manual clínico de reumatología México 2da edición manual moderno 2004; cap.24
30. Álvarez BA. Ejercicio físico en la fibromialgia. *Rehabilitación* Madrid 2003; 37(6):363-374
31. Ortega Eduardo ¿Por qué el ejercicio físico puede mejorar los síntomas de la fibromialgia? Why exercise can improve the symptoms of fibromyalgia? Editorial *Barcelona Medicine Clin.* 2011; 137(9):405-407
32. Lopez- Rodríguez M, Castro- Sánchez A et al Comparación entre biodanza en medio acuático y *stretching* en la mejora de la calidad de vida y dolor en los pacientes con fibromialgia. España 2012 *Rev. Atención Primaria* [www.elsaiver.es/ap](http://www.elsaiver.es/ap) Recibido: 5/12/11; Aceptado: 15/03/12.
33. Herdman M, Badia X, Berra S. El EUROQOL-5D: una alternativa sencilla paramedición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria *Revista de Atención Primaria* 2001; 28(6):425-429
34. Cuesta-Vargas A, García Romero J, et al. Efectividad clínica de un programa de fisioterapia multimodal complementado con carrera acuática de alta intensidad sobre la lumbalgia. Un estudio con evaluación previa en el postest. España. *Revista de Rehabilitación* 2009; 32(1):17-24
35. Wolfe F, Ross K et al the prevalence and characteristics of fibromyalgia in population, *Arth Reum* 1995; 38(1):19-28
36. Villarraga Rojas A, Castellano Zapata A, et al. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia Colombia *Rev. Colombiana de Reumatología* 2005; 12(4):295-300
37. Picavet, H.S., y Hoeymans, N. (2004). Health related quality of life in multiple Musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Ann Rheum Dis*, 63,723-9.

38. Carus Pablo Tomas "Entrenamiento posterior desentrenamiento tras un programa de ejercicio en medio acuático en pacientes con Fibromialgia" tesis doctoral Universidad de Extremadura España 2008
39. Mannerkorpi, K., y Gard, G. (2003b). Physiotherapy group treatment for patients with fibromyalgia-an embodied learning process. *Disabil Rehabil*; 25,1372-80.
40. Ayan Pérez C. Fibromialgia Diagnósticos y estrategias para su rehabilitación Madrid Editorial panamericana 2011 cap.6:79-91.
41. Amaro T, Martin MJ, Soler A y Granados J. Fibromialgia: Estudio de calidad de vida antes y después de un tratamiento psicológico. *C. Med. Psicosom* 2006; 79:47-52.
42. Rojas A, Ligia A, Anaya JM, Pineda R. Predictores de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Rev. Colombia Reumatol* 2005; 12(4):295-300.
43. Izquierdo Valenzuela Eficacia de un programa de rehabilitación multidisciplinario en el manejo de la discapacidad y la calidad de vida en pacientes con fibromialgia atendidos en el Departamento de Medicina de Rehabilitación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el período de octubre del 2008 a marzo del 2009 Tesis de Especialidad Universidad de San Marcos Lima 2010.
44. Mannerkorpi K. Exercise in fibromyalgia. *Curr Opin Rheumatol*.2005; 17:190-4.
45. Diaz-Osto Propuesta de implementación del proceso de fibromialgia. Distrito Sevilla. La fibromialgia desde Atención Primaria. Sevilla Rev. SERMEGEN 2011:37(1):30-35-

# ANEXOS

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## Anexo 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ Acepto y estoy de acuerdo en colaborar y participar en el trabajo de investigación “Efectividad de un tratamiento interdisciplinario en paciente con fibromialgia con o sin depresión”, en el servicio de medicina física y rehabilitación del IAHULA en la ciudad de Mérida Venezuela, una vez que se me a explicado los objetivos de las misma y los beneficios que aportaran a los pacientes ; se me asegura que toda la información que voy aportar tendrá carácter confidencial solo se utilizara con fines investigativos ; tengo la oportunidad de retirarme de la investigación si lo consideró oportuno, sin que esto constituya medida represiva contra mi persona.

Por todo lo anteriormente expuesto firmo la presente.

Día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
firma del medico

## Anexo. 2

### Historia clínica pacientes con Fibromialgia

#### Ficha de Identificación:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Edo. Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
fecha de ingreso: \_\_\_\_\_  
M.C.: \_\_\_\_\_  
Enfermedad actual: \_\_\_\_\_

Concomitante: \_\_\_\_\_  
Tratamiento que recibe: \_\_\_\_\_  
Antecedentes personales: \_\_\_\_\_  
Familiares: \_\_\_\_\_

#### Examen físico: puntos fibromialgicos: PRESENTES

Occipicio \_\_\_\_\_ 2da costillas: \_\_\_\_\_ Cervicales C5-C7: \_\_\_\_\_  
Glúteos: \_\_\_\_\_ Trapecio superior parte media \_\_\_\_\_ trocánter mayor \_\_\_\_\_  
Supraespinoso \_\_\_\_\_ Epicondilo lateral de codo \_\_\_\_\_ Rodillas \_\_\_\_\_  
**TOTAL:** \_\_\_\_\_

#### Paraclínica:

Hemograma completo: normal \_\_\_\_\_ patológico \_\_\_\_\_  
Análisis de orina: normal \_\_\_\_\_ patológico \_\_\_\_\_  
Proteína C reactiva/Velocidad de segmentación globular: normal: \_\_\_\_\_ patológico \_\_\_\_\_

Pruebas de funcionalismo hepático: normal: \_\_\_\_\_ patológico \_\_\_\_\_  
Creatinina: normal \_\_\_\_\_ patológico \_\_\_\_\_  
Prueba de función tiroidea normal \_\_\_\_\_ Patológico \_\_\_\_\_  
Serología reumatológica: normal \_\_\_\_\_ Patológico \_\_\_\_\_

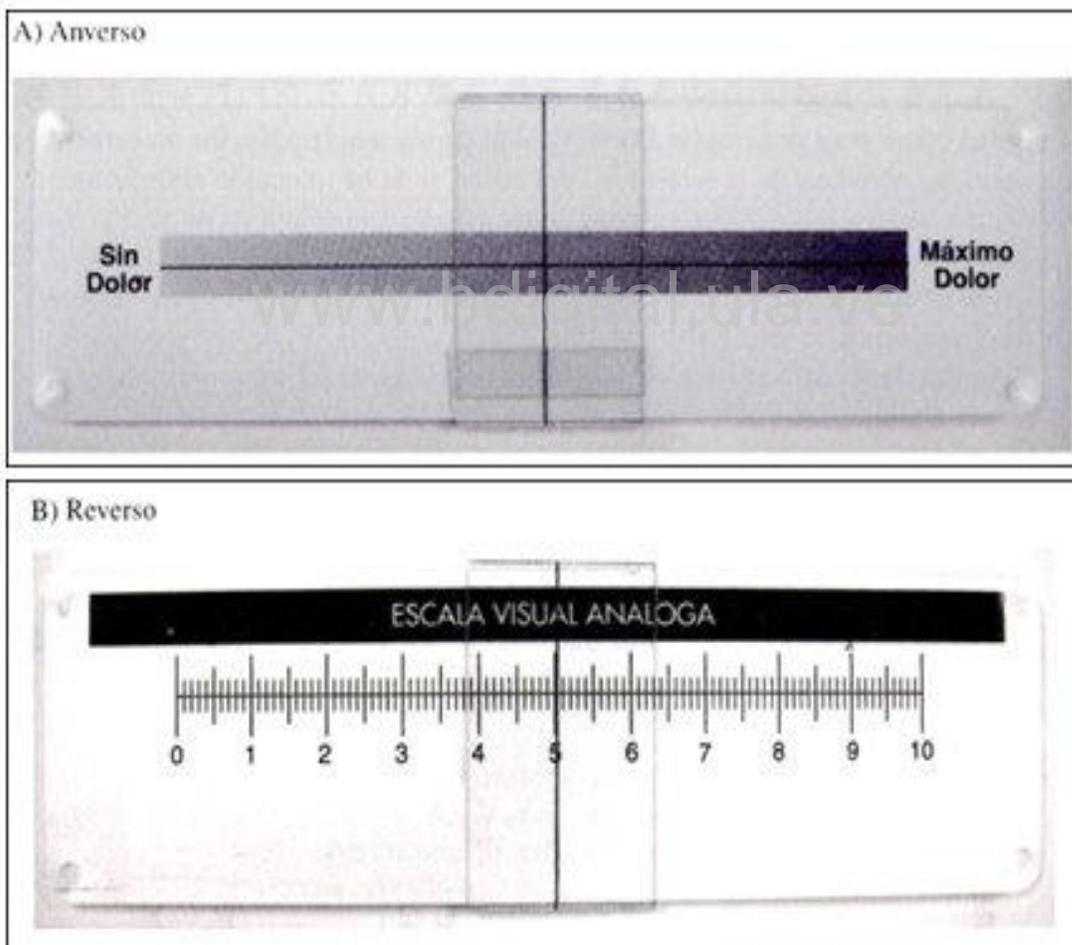
Referencias:  
Referida de: \_\_\_\_\_  
Referida a: \_\_\_\_\_

#### DIAGNOSTICOS

PLAN TERAPEUTICO: \_\_\_\_\_

### Anexo 3

#### ESCALA ANALOGA VISUAL DEL DOLOR



## Anexo.4

### ESCALA DE AUTOEVALUACION DE CALIDAD DE VIDA

EQ - 5D	
N° E del paciente: _____ Iniciales del paciente: _____ Fecha: ____/____/____	
Código del protocolo: NIS-NEU-DUM-2009/I WAVE	
Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de HOY.	
<b>Movilidad</b>	
No tengo problemas para caminar	<input type="checkbox"/>
Tengo algunos problemas para caminar	<input type="checkbox"/>
Tengo que estar en la cama	<input type="checkbox"/>
<b>Cuidado Personal</b>	
No tengo problemas con el cuidado personal	<input type="checkbox"/>
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
Soy incapaz de lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
<b>Actividades Cotidianas</b> (ej, trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)	
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
<b>Dolor/Malestar</b>	
No tengo dolor ni malestar	<input type="checkbox"/>
Tengo moderado dolor o malestar	<input type="checkbox"/>
Tengo mucho dolor o malestar	<input type="checkbox"/>
<b>Ansiedad/Depresión</b>	
No estoy ansioso ni deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy muy ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
© EuroQoL Group 1990	

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

**Su estado de salud hoy**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

El mejor estado de salud imaginable



El peor estado de salud imaginable

Versión date 10th February 2010

## Anexo.5

### EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO MULTIDICCIPLINARIO DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA

#### RESPUESTA CLINICA DE LOS PACIENTES

1-Antes del tratamiento

Escala de EVA\_\_\_\_\_

Escala de EQ-5D\_\_\_\_\_

2-A los 30 días

Escala de EVA\_\_\_\_\_

Escala de EQ-5D\_\_\_\_\_

www.bdigital.ula.ve

3-A los 60 días

Escala de EVA\_\_\_\_\_

Escala de EQ-5D\_\_\_\_\_

## **Anexo.6**

# **PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION IAHULA. (ESCUELA DE FIBROMIALGIA)**

### **Fase I**

La historia clínica del paciente con criterios de inclusión y exclusión y enfermedades asociadas

La evaluación por escalas del dolor, su estado emocional y la calidad de vida. Al inicio y final del protocolo [www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Conocer del tratamiento que recibe el paciente.

Posterior a evaluación el paciente se integra al tratamiento multidisciplinario, descrito en la fase II, III y IV según el consenso interdisciplinario para la Fibromialgia 2010.

### **Fase II**

EDUCACION: se basara en el conocimiento de su enfermedad de manera sencilla, tips de autoayuda (reforzar su yo positivo y autoestima), igualmente higiene postural hasta su alimentación en una sesión educativa de 30 min una vez por semana el primer mes, y luego cada 15 días.

TRABAJO EN GRUPO: para que los pacientes interactúen, aprendiendo de las experiencias de su vida cotidiana.

Dinámicas de grupo de 15 minutos al terminar la sesión educativa.

### **Fase III**

EJERCICIO GRUPAL: debe hacerse de manera progresiva, en intensidad y duración variable, dependiendo de la condición de cada paciente.

AEROBICO CON CARGA: (caminata) de 10-15 minutos las primeras cuatro semanas y luego aumentar en frecuencia; de 2 a 3 veces por semana. Sin carga (bicicleta estática) de 10 a 15 minutos durante el primer mes y luego se aumentara en tiempo y resistencia, recomendando la realización de natación de 2 a 3 veces por semana.

EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO: se realizaran por 30 min con esquema corporal completo 3 veces por semana y los de fortalecimiento de 10 a 15 min sin resistencia, ya que este tipo de pacientes no toleraran las sobrecargas pues agudiza el dolor y se corre el riesgo que el paciente no vuelva. Por lo que se recomienda comenzar de manera progresiva para evitar la ausencia en las actividades.

TERAPIA DE RELAJACION: se realizara 1 vez por semana, en sitio tranquilo recomendando métodos como el de Jakobson, el cual se basa en conocer desde la cabeza hasta los pies el momento en que se está contraído y relajado, con la ayuda de terapia ocupacional con una duración aproximadamente de 45 minutos y así educando para que puedan poner en práctica esta actividad en su vida cotidiana.

Las fases anteriores se realizaron durante 12 semanas.

#### **Fase IV**

FASE DE MANTENIMIENTO: donde se recomienda realizar seguimiento a los 6 meses, para así evaluar que todo lo aprendido se ha integrado a su estilo de vida, siguiendo su evolución en el tiempo.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

