



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS**  
**“DR. IGNACIO CHÁVEZ”**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80**

**PEDRO ALBERTO OLIVARES ROJAS**  
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**“CALIDAD DE VIDA EN LA PACIENTE CON FIBROMIALGIA**  
**EN LA UMF N° 80 DELEGACIÓN MICHOACÁN”**

ASESOR

**LEOBARDO TERAN ESTRADA**  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MEDICO ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA  
MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS

COASESOR

**LETICIA DUARTE PEDRAZA**  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRA EN CIENCIAS MEDICAS

**MORELIA, MICHOACÁN. MÉXICO. DICIEMBRE DEL 2013**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dr. Benigno Figueroa Núñez  
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Luis Estrada Salazar.  
Coordinador Auxiliar de Educación

Dr. Rubén Ricardo García Jiménez  
Director de la Unidad de Medicina Familiar N° 80

Dra. Oliva Mejía Rodríguez  
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud

Dr. José Ramón Sarabia Ramírez  
Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

Dr. Víctor Manuel Farías Rodríguez  
Jefe de la División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Ciencias Medicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez"

Dr. Rafael Villa Barajas  
Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar  
Facultad de Ciencias Medicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez"

Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Avenida Madero Poniente # 1200 Col. Centro Cp. 58000 en la ciudad de Morelia Michoacán México.

#### AESESOR

Leobardo Terán estrada  
Medico Especialista en Medicina Familiar  
Medico Especialista en Reumatología  
Maestro en Ciencias Medicas.

#### COASESORES

Leticia Duarte Pedraza  
Medico Especialista en Medicina Familiar  
Maestra en Ciencias Medicas

Carlos Gómez Alonso  
Matemático Analista  
Coordinador Analista A CIBIMI

#### COLABORADORES

Oswaldo Camacho Mateo  
Medico Especialista en Medicina Familiar

Este Trabajo Se Presento En Foros Especializados:

1. XII Jornadas de Medicina Familiar y Químicos  
Unidad de Medicina Familiar 80 del IMSS. Morelia Michoacán. 30 Noviembre, 01-02 Diciembre del 2011.
2. Sesión General en la Unidad de Medicina Familiar UMF 80. 16 de Febrero del 2012.

## **AGRADECIMIENTOS**

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad. Gracias por enseñarme las bases para realizar la investigación, que como médico de primer nivel de atención, es mi responsabilidad seguir colaborando en lo mas posible.

Agradezco a la Dr. Leobardo Teran, Dra. Leticia Duarte, Dra. Oliva Mejía, Matemático Carlitos por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo.

Gracias también a mis queridos compañeros, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante estos casi tres años de convivir dentro y fuera del salón de clase. Paco, Marysol y Erendira gracias.

**¡Gracias a todos y recuerden que esto es el principio y no tiene final!**

## INDICE

I	Resumen.....	2
II	Abstract.....	4
III	Abreviaturas.....	6
IV	Glosario.....	8
V	Relación Cuadros y Figuras.....	10
VI	Introducción.....	12
VII	Antecedentes.....	15
VIII	Planteamiento del Problema.....	30
IX	Justificación.....	33
X	Objetivos e Hipótesis.....	36
XI	Material y Métodos.....	38
XII	Resultados.....	46
XIII	Discusión.....	56
XIV	Conclusiones.....	59
XV	Sugerencias.....	61
XVI	Bibliografía.....	63
XVII	Relación de Anexos.....	67

Total de Paginas: 75

# I. RESUMEN

## RESUMEN

---

## **CALIDAD DE VIDA EN LA PACIENTE CON FIBROMIALGIA EN LA UMF 80 DELEGACION MICHOACAN**

**INTRODUCCIÓN.** La CV en mujeres con FM, no se ha abordado, la cual presenta un deterioro progresivo en áreas biológicas y psicosociales.

**OBJETIVO.** Evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de FM a través del cuestionario de salud SF-36.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Previa autorización, explicación del estudio a desarrollar y firma del consentimiento informado, se aplicó a 36 pacientes femeninas que cumplieron los criterios de inclusión, se calculó la muestra por muestreo no probabilístico por conveniencia, se aplicó el cuestionario de salud Sf-36 con una fiabilidad de alfa de Cronbach de 0.70.

**RESULTADOS.** Se reunieron 36 pacientes femeninas, edad promedio 41.5 años  $\pm$  6.44, el 44.4% de las pacientes con estudios de licenciatura, 50% casadas, 27.8% divorciadas, 11.1% separadas. 80.55% de las pacientes cuentan con antecedentes traumáticos físicos, se aplicó el cuestionario de salud Sf-36 donde existe significancia en las dimensiones de salud mental con  $p=0.006$ , percepción de la salud  $p=0.027$ . Existen significancia en las correlaciones por dominios del cuestionario de salud Sf-36 con la t de Student, el rol físico con función social con  $p=0.003$ , dolor corporal con rol emocional  $p=0.030$ , salud general con rol emocional  $p=0.009$ , salud general con salud mental  $p=0.001$ , función social con rol emocional  $p=0.004$ , función social con salud mental  $p=0.001$ , rol emocional con salud mental  $p=0.001$ .

**CONCLUSIONES.** La fibromialgia afecta los dominios relacionados con el rol emocional, vitalidad, salud general, funcionamiento social, rol emocional disminuyendo la calidad de vida de quien la padece.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de vida, Fibromialgia, Cuestionario SF-36.

## **II. ABSTRACT**

**ABSTRACT**

## **QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA TO UMF 80**

**INTRODUCTION.** The quality life in women with fibromyalgia, has not been addressed, which features a progressive deterioration in air biological and psychosocial.

**OBJECTIVE.** Evaluate the quality of life in patients with diagnosis of fibromyalgia through the questionnaire SF-36.

**MATERIAL AND TECHNIQUE.** Authorization, explanation of the study to develop and signing of informed consent, apply to 36 female patients who met the criteria for inclusion, is calculating the sample not probabilistic for convenience, is applied to the questionnaire SF-36 with an 0.70 cronbach alpha.

**RESULTS.** Met 36 female patients, mean age 41.5 years, 44.4 with undergraduate degree, married 50, 27.8 divorcees, separated 11.1. 80.55 patients have physical traumatic background, apply the questionnaire of CV sf-36 where there is significance in the dimensions of mental health  $p=0.006$ , perception of health  $p=0.027$ . There is significance in the correlations by domains of the sf-36 with the Student's t, the physical role social function with  $p=0.003$ , emotional role  $p=0.030$  body pain, general health with emotional role  $p=0.009$ , general health with mental health  $p=0.001$ , social function with emotional role  $p=0.004$ , social function with mental health  $p=0.001$ , emotional role with mental health  $p=0.001$ .

**CONCLUSIONS.** Fibromyalgia affects the domains related to the emotional role, vita

**KEYWORD:** Quality of life, fibromyalgia, SF-36 questionnaire.

## **III. ABREVIATURAS**

### **ABREVIATURAS**

---

<b>ACR</b>	Colegio Americano de Reumatología
<b>AINES</b>	Analgésicos No Esteroideos
<b>APF</b>	Fundación Americana para el Dolor
<b>AR</b>	Artritis Reumatoide
<b>CIE-10</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CV</b>	Calidad de Vida
<b>CVRS</b>	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
<b>CURP</b>	Clave Única De Registro De Población
<b>DM2</b>	Diabetes Mellitus 2
<b>EUA</b>	Estados Unidos de America
<b>FM</b>	Fibromialgia
<b>HGR1</b>	Hospital General Regional 1
<b>H-H-A</b>	Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal
<b>HLC</b>	Hormona Liberadora de Corticotropina
<b>IQOLA</b>	International Quality of Life Assessment
<b>IASA</b>	Asociacion Internacional del Estudio del Dolor
<b>LCR</b>	Líquido Cefalorraquídeo
<b>LC-NE</b>	Locus Coeruleus Norepinefrina
<b>MF</b>	Medicina Familiar
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>SCI</b>	Síndrome de Colon Irritable
<b>SIMO</b>	Sistema de Información Médica Operativa
<b>SF-36</b>	Cuestionario de Salud SF-36
<b>UMF 80</b>	Unidad de Medicina Familiar N° 80

## **IV. GLOSARIO**

### **GLOSARIO**

---

**Calidad de vida:** De acuerdo a la OMS: La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas.

**Calidad de vida relacionada con la salud:** Percepción que tiene el individuo de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento, en diversos ámbitos de su vida, en especial, de las consecuencias que provoca sobre su bienestar social, mental o emocional.

**Epidemiología:** Estudio de la incidencia y prevalencia de enfermedades en las poblaciones humanas y los factores que influyen en ellas.

**Fibromialgia:** Síndrome clínico que se caracteriza por la presencia del dolor musculoesquelético con 18 puntos dolorosos con una evolución de 3 meses, acompañados de alteraciones en la salud así como trastornos emocionales.

**Sf-36:** Cuestionario individualizado que mide la calidad de vida en sujetos, consta de 36 preguntas con respuesta en escala tipo likert y cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

**Puntos dolorosos:** 18 puntos anatómicos necesarios para realizar el diagnóstico de FM situados en los cuadrantes del cuerpo, dividido por pares, occipucio, cervical bajo, trapecio, supra espinoso, 2ª costilla, codo, glúteos, trocánter mayor y rodillas.

## **V. RELACIÓN DE CUADROS Y FIGURAS**

**RELACIÓN DE CUADROS Y FIGURAS**

- Cuadro I. Características sociodemográficas de la población entrevistada.
- Figura 1 Evaluación de los antecedentes quirúrgicos en las pacientes estudiadas.
- Figura 2 Evaluación de los antecedentes traumáticos en las pacientes estudiadas.
- Cuadro II Análisis de fiabilidad mediante el Alpha de Cronbach y reconfirmación por el método de mitades de Spearman-Brown).
- Cuadro III Diferencias de la población estudiada mediante la t de Student entre las ocho puntuaciones del SF-36.
- Cuadro IV ANOVA de la población estudiada por grupos de edad en sus dominios del Sf-36.
- Cuadro V ANOVA de la población estudiada por escolaridad en sus dominios del Sf-36.
- Cuadro VI ANOVA de la población estudiada por ocupación en sus dominios Sf-36.
- Cuadro VII Comparación  $\chi^2$  por antecedentes quirúrgicos en los dominios del Sf-36.
- Cuadro VIII Comparación  $\chi^2$  por antecedentes traumáticos físicos en los dominios del Sf-36.

## **VI. INTRODUCCIÓN**

### **INTRODUCCIÓN**

Las pacientes que padecen Fibromialgia (FM) se encuentran ubicadas en edades productivas de la vida, las cuales en su mayoría son cabezas de familia, en México en el 2011 la incidencia de FM, la cual afecta a tres millones de personas, con frecuencia a nueve mujeres por cada hombre no respetando estrato social ni étnico. En muchas ocasiones la paciente no encuentra explicación para su dolor, puede realizar suposiciones sobre su padecimiento, acudiendo con uno y otro facultativo en busca de una explicación para su padecimiento.

La FM no es una "enfermedad de moda". Por muchos años la profesión médica la llamó de diferentes maneras, incluyendo "Reumatismo crónico" y "Fibrositis". La FM, como muchas otras condiciones, no es curable en este momento, pero sí tratable, y hay muchas formas de mejorar la salud y la calidad de vida (CV).

Existe una tendencia general y creciente a evaluar las consecuencias de una enfermedad crónica y de sus tratamientos en términos de la influencia de los mismos, ante esta perspectiva es necesario conceptualizar que la CV como variable tan relevante como la mejoría de los síntomas clínicos.

Se decidió emplear el cuestionario de salud SF-36 por ser genérico, multidimensional y accesible. El cual es un instrumento fiable utilizado en múltiples estudios para medir la CV en reumatología y en otras patologías crónicas degenerativas, con lo cual por este estudio pretende demostrar la CV se encuentra afectada en este tipo de pacientes.

En Brasil en el año 2001 Martínez y Cols, evaluaron la CV con el cuestionario de salud SF-36 en un grupo de 32 pacientes con FM y encontraron que las pacientes con FM se encontraban afectada la CV.

El objetivo de este estudio es demostrar en las pacientes de la unidad de medicina familiar N° 80 (UMF 80) que cursan con FM se encuentra afectada su calidad de vida.

## **VII. ANTECEDENTES**

## ANTECEDENTES

### Historia

Clasificamos como FM a los estados de dolor musculo esquelético generalizado y crónico de 3 meses de evolución, demostrable en la exploración física acompañado en la mayoría de los casos de cansancio y trastornos del sueño, sin hallazgos de laboratorio o de imagen que lo justifiquen. <sup>1</sup>

La FM es, un trastorno relativamente reciente, a finales de los años treinta aparecieron dos conceptos relacionados con ella: el síndrome doloroso miofascial y el reumatismo psicógeno, el primer término fue acuñado por Travell y Simons, el cual se caracteriza por la presencia de dolor en uno o más grupos musculares en los que se podía constatar la presencia de puntos gatillo (que es una zona del músculo cuya presión desencadena dolor en el mismo sitio). Boland describió el segundo término descrito por lo que se atribuyó a una psiconeurosis. <sup>2</sup>

Hasta 1976 estuvo incluido dentro de un gran capítulo de límites no definidos denominado reumatismos musculares, e incluso muchos autores lo denominaban reumatismo psicógeno, miastenia fue la denominación de Beard a finales del XIX, a principio de los años 50 la profundización en el conocimiento de las enfermedades reumáticas permitieron separar la “fibrositis sine materia” de otros cuadros reumáticos con base inmunológica u orgánica, paulatinamente en la década de los 70, se va separando la FM del "síndrome miofascial" o la “tendomiopatía generalizada” de otros cuadros reumáticos sustentados en análisis o radiografías. <sup>3</sup>

El término de FM fue adoptado, finalmente, en 1990 por el colegio americano de reumatología (ACR), en un intento de definir este proceso, integrar su diagnóstico y determinar los criterios clínicos que deben cumplir los pacientes para ser diagnosticados con FM, en el cual realizo un estudio controlado de 558 pacientes (265 de ellos controles) en 16 centros estadounidenses y canadienses, concluyendo que la enfermedad

podría ser diagnosticada con una historia clínica de dolor generalizado en 11 o más de 18 puntos específicos en el tejido muscular, distribuidos en 9 pares desde el occipital a las rodillas, acompañándose de fatiga persistente y sueño no reparador. Desde 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la FM como un diagnóstico diferenciado y la clasifica entre los reumatismos de partes blandas; la FM es la causa más común de dolor osteoarticular generalizado. En la X Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10, 1992) se asigna el código diagnóstico M79.0 (en la CIE-9-MC era el 729.0). También ha sido reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) con el código X33.X8a (1994).<sup>4</sup>

Yunus sugirió en 1996 que la FM, junto con otras entidades, se podía englobar dentro del llamado síndrome disfuncional (colon irritable, fatiga crónica, síndrome de las piernas inquietas y cefalea tensional). Se basó en el hallazgo de algunos datos comunes en todos ellos existía fatiga, sueño no reparador, predominio en mujeres. En este sentido, sugirió la hipótesis de que en estos procesos había una disfunción neuroendocrina-inmune que es un factor de puente entre todas estas afecciones.<sup>5</sup>

Varios autores han encontrado que los pacientes con FM presentan una baja CV así como discapacidad, al compararlos con pacientes con artritis reumatoide (AR) y/o osteoartritis los cuales presentan limitaciones semejantes o mayores para sus actividades de la vida diaria.<sup>6</sup>

La FM esta asociada con incapacidad funcional. Los síntomas crónicos que más afectan a los pacientes con FM pueden llevar a pérdida del funcionamiento, lo cual afecta negativamente a las actividades laborales, hasta el 50% de los pacientes solo pueden trabajar una cantidad limitada de días debido a la FM, un 55% recibe incapacidades, las actividades familiares pueden disminuir debido a la fatiga, el dolor y cambios en el estado de ánimo, el inadecuado sueño reparador incrementa la fatiga

global, eventualmente algunas pacientes con FM se encuentran constantemente incapacitadas.<sup>7</sup>

### **Definición**

El síndrome de FM conocido como fibrositis en el pasado, es una forma común de reumatismo no articular asociada a dolor músculo esquelético crónico y fatiga, que puede acompañarse de muchas otras manifestaciones asociadas como depresión, ansiedad, alteraciones en la esfera del sueño y síndrome de colon irritable (SCI), por lo cual es un síndrome caracterizado por dolor a la palpación en 18 puntos anatómicos.<sup>8</sup>

### **Epidemiología**

A nivel mundial la epidemiología de la FM es del 3 a 6% de la población general, que cumplen con los criterios diagnósticos de FM, en los Estados Unidos de América (E.U.A) es la incidencia del 3% al 6% de la población en general, por lo tanto la FM es dos veces más frecuente que la AR. En México se estima que en la población en general varía de 4%, y se presenta en mujeres de la 3ª y 4ª década de la vida; se ha reportado que la FM afecta a todos los grupos étnicos, no tiene predilección por raza. Los síntomas se originan generalmente entre los 20 y 25 años, pero la condición se puede diagnosticar en la infancia.<sup>9</sup>

Los factores de riesgo con evidencia identificados para FM son: sexo femenino y edad entre la cuarta y quinta década de la vida, la FM se considera primaria cuando no existe ninguna enfermedad subyacente reumática u otra sistémica orgánica, secundaria cuando existe alguna enfermedad de base.<sup>10</sup>

### **Fisiopatología**

La secuencia de eventos que causan la FM son desconocidos, los avances y descubrimientos hechos en los últimos años pueden ayudar a develar los misterios de esta enfermedad, investigaciones recientes muestran factores genéticos, anormalidades bioquímicas, metabólicas, inmunoreguladoras que se asocian con FM.

### **Factores genéticos**

Existe evidencia creciente que sugiere una predisposición genética para desarrollar FM, el patrón de herencia sería autosómico-dominante, algunos investigadores afirman que estas condiciones requieren que la paciente alcance una edad crítica o que soporte una lesión externa como un trauma para desarrollar la enfermedad.

11

### **Anormalidades bioquímicas**

Dentro de ellas una de las más importantes son las concentraciones séricas bajas de serotonina, existen estudios que demuestran que las alteraciones del neurotransmisor se correlacionan con síntomas dolorosos. En el sistema nervioso central (SNC) también existen bajos niveles de serotonina y se cree que es debido a niveles séricos bajos de triptófano y de ácido 5-Hidroxitriptofano en el líquido cefalorraquídeo (LCR).<sup>11</sup>

### **Anormalidades metabólicas**

En los pacientes con FM se presenta disfunción en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (H-H-A) y en el locus Coeruleus Norepinefrina (LC-NE), ambos ejes son componentes críticos en la respuesta a la adaptación al estrés y son estimulados por la hormona liberadora de Corticotropina (HLC), secretada por el hipotálamo, la amígdala y otras estructuras cerebrales, el eje LC-NE media la reacción inmediata al estrés y provoca un estado de alerta que prepara al organismo para la lucha o huida, el eje H-H-A entra en función con los mecanismos de perseverancia y adaptación a largo plazo.<sup>12</sup>

Además las pacientes que sufren FM tienen alteración en la etapa 4 del sueño delta, el 80% del cortisol se libera en forma pulsátil durante el sueño profundo, por lo tanto su liberación se ve interrumpida en los pacientes con FM.<sup>13</sup>

Melzack formuló una teoría del dolor, la cual la hormona liberadora de cortisol, el cortisol, las catecolaminas, en conjunto con el sistema inmune y los opiodes endógenos juegan un papel fundamental, se sabe que el estrés agudo produce analgesia

y el estrés crónico puede tener el efecto opuesto y ambos efectos están mediados por HLC. <sup>14</sup>

### **Alteraciones neuroinmunológicas**

En la FM se han descrito cambios a nivel de SNC, el dolor en este tipo de pacientes depende de estímulos nociceptivos periféricos y de un procesamiento central anormal del dolor, la sensibilización de las neuronas en el asta dorsal de la médula espinal es la responsable de un procesamiento aumentado del dolor con las señales nociceptivas provenientes de la periferia, las cuales juegan un papel importante en el comienzo y la perpetuación de este estado de sensibilidad. <sup>15</sup>

### **Cuadro clínico**

Las pacientes con FM son mujeres que se observan fatigadas, agitadas, su queja es un dolor generalizado, constante, pueden referir como si hubieran recibido una paliza, pero no tienen signos visibles. La localización del dolor puede ser migratoria y variar en intensidad, los síntomas principales son: artralgias 99%, fatiga 90%, cefalea 87%, rigidez matutina 87%, la depresión es la comorbilidad mas frecuente con 68%, seguida de dislipidemia 27%, hipertensión arterial 20%, hipotiroidismo 17% diabetes mellitus 4%. <sup>16</sup>

Debido a que muchas pacientes no entienden que los síntomas están relacionados, dan una historia fragmentada, además presentan alteraciones en el sueño, fatiga matinal, sueño no reparador, dificultad para adormecerse, rigidez al despertar, algunos no admiten que se sienten deprimidos o ansiosos, pueden tener sensación de adormecimiento, hormigueo en las extremidades, más común en las superiores; cefalea, dolor torácico, palpitaciones; diarrea alternada con estreñimiento; dolor pélvico y dismenorrea, todos estos síntomas se mencionan en las condiciones médicas que se asocian con la FM. <sup>16</sup>

- Síndrome de dolor miofascial.
- Síndrome de colon irritable.

- Cefalea tensional o migrañas.
- Cistitis intersticial.
- Alergias.
- Desordenes de ansiedad.
- Fenómeno de Raynaud.
- Síndrome del túnel del carpo.

### **Criterios diagnósticos**

La exploración física que el médico del primer nivel de atención debe realizar, implica una evaluación del sistema musculoesquelético, cardiovascular, neurológico y psicológico, se debe de evaluar la función física del paciente desde la primera consulta y en forma subsecuente, midiendo el impacto que la enfermedad produce en el ámbito funcional, emocional y CV, se debe diagnosticar a la FM por sus propias características clínicas, el diagnóstico diferencial es sutil, puede ser difícil distinguir la FM de síntomas similares que pueden o no estar presentes como comorbilidades. La familiaridad del médico con la enfermedad ha mejorado en los últimos años, pero el estado actual del reconocimiento de la FM entre los médicos de primer nivel de atención es bajo y corresponde al nivel de hace unos 10 a 15 años, el diagnóstico de la FM implica la valoración del dolor y de los otros síntomas.<sup>17</sup>

Antes de 1990 no existían guías para diagnosticar y evaluar la FM, a fin de reducir la confusión, el ACR llevó a cabo un estudio multicéntrico para desarrollar criterios diagnósticos, en el II congreso mundial de síndrome de dolor miofascial y FM en 1992, se dieron a conocer y se refinaron los 2 requerimientos básicos para hacer el diagnóstico de FM.<sup>18</sup>

1.- Presencia de dolor musculo esquelético en los cuadrantes del cuerpo, así como en el esqueleto axial, de manera más o menos continua, por un mínimo de 3 meses.

2.- Presencia de por lo menos 11 de los 18 puntos sensibles anatómicamente específicos, los puntos sensibles pueden estar en cualquier musculo palpable, existen 18 sitios que son presentes con mucha consistencia en individuos con FM y que se usan para el diagnóstico, los 18 puntos sensibles se encuentran agrupados en 9 pares distribuidos en los cuatro cuadrantes del cuerpo (Anexo 1). A continuación se describen la localización de los 18 puntos dolorosos compatibles con fibromialgia: Occipucio localizado en la inserción del musculo suboccipital, cervical bajo localizado en C5-C7 en su parte anterior, trapecio: localizado en el borde superior, supraespinoso localizado en el borde medial. 2ª costilla, localizado en la unión de condrocostal 2ª, codo, localizado a 2 cms distal del epicondilo, glúteo, localizado en el cuadrante superior externo del glúteo, trocánter mayor proximal a la eminencia trocanterea, rodilla situado en la cara posterior a nivel de la grasa media próxima a la línea anterior.

Un punto sensible duele solo en el área donde se hace presión y no hay dolor referido. ¿cuánta fuerza se debe ejercer al palpar el área? es materia de discusión, por que si se aplica con algo de exceso se puede desencadenar dolor en casi todos los individuos, cuando se posee un algometro de presión se puede estandarizar la cantidad aplicada; pero la gran mayoría de los médicos carecen de este instrumento, por tanto se hace indispensable determinar una forma simple de hacerlo, la experiencia ha llevado a concluir que una presión aceptable hace que el lecho ungueal del dedo del examinador quede isquémico, es decir se torne blanco lo que correspondería aproximadamente a 4 Kgs. La Fundación Americana para el Dolor (APF) refiere que las enfermedades con dolor crónico incluyendo FM necesitan de 2 a 3 años y 8 a 13 profesionales de la salud para ser diagnosticados correctamente, el resultado puede ser debido al escepticismo del médico a pesar de la evidencia objetiva y del reconocimiento de la FM por organizaciones clave como la ACR y la OMS.<sup>19</sup>

### **Diagnóstico diferencial**

Son muchas las enfermedades que pueden causar dolor muscular generalizado y al mismo tiempo dolor en las inserciones musculotendinosas con sensibilidad de los puntos dolorosos asociados a la FM, probablemente muchas de las patologías que se han denominado morbilidad diferencial, Algunas enfermedades que producen dolor muscular generalizado y dolor en inserciones musculotendinosas y que pueden producir FM son las siguientes: <sup>19</sup>

- Artritis reumatoide 3%
- Lupus eritematoso sistémico (LES) 1/1000
- Síndrome de Sjögren 1/1000
- Miopatía hipotiroidea o hipertiroidea 20%
- Deficiencia de vitamina D con hiperparatiroidismo secundario 38%
- Artrosis por malas condiciones ergonómicas de trabajo y vida 30%
- Contractura musculo esquelética por estrés mental (no se conoce la prevalencia)
- Osteopenia por anovulación o déficit de la fase luteínica 30%
- Miopatías derivadas de enfermedades virales o SFC (no se conoce la prevalencia)
- Síndrome miopatía mitocondrial, fatiga por anemia 73%
- Osteoporosis 30%
- Polimialgia reumática 5%
- Arteritis temporal 5%
- Diabetes mellitus e intolerancia a la glucosa 12%

### **Abordaje de la paciente con FM**

Es fundamental tener en cuenta 3 objetivos en el tratamiento del paciente adulto con FM:

- 1.-Mejorar el sueño
- 2.-Disminuir la fatiga
- 3.-Disminuir o quitar el dolor. <sup>20</sup>

## **Tratamiento no farmacológico**

### **Ejercicio**

Algunos investigadores recomiendan el ejercicio aeróbico y de flexibilidad, se debe empezar con un calentamiento suave por 5 a 10 minutos, seguido de estiramientos por grupos musculares, la paciente debe de iniciar siempre en bajos niveles de ejercicio y el progreso debe de ser lento, la meta es un régimen de 4 a 5 veces por semana, al menos 30-45 minutos por día, la psicoterapia esta comprobado que desempeña un papel positivo en el manejo de la depresión en la FM y que produce una mejoría secundaria en el estado funcional y en la CV.<sup>21</sup>

### **Tratamiento farmacológico**

El objetivo del tratamiento farmacológico es el alivio del dolor, no la cura de la enfermedad, el dolor que presenta la paciente con FM pose componente sensitivo como afectivo y la terapia exitosa debe de abordar ambos aspectos.<sup>21</sup>

### **Analgésicos simples**

El paracetamol es uno de los medicamentos más utilizados por las pacientes con FM, aunque su eficacia es moderada como monoterapia; los analgésicos no esteroideos (AINES) son superiores para mejorar el dolor de estos pacientes, la eficacia con los AINES es del 63.7%, mientras que con el paracetamol es del 15.9%.<sup>22</sup>

### **Analgésicos de acción central**

El tramadol, un agonista opioide débil, posee acciones serotoninérgicas y noradrenérgicas, con un resultado eficaz en pacientes con FM, un ensayo clínico realizado por Benet reporta mejoría del dolor en pacientes tratados de paracetamol que a diferencia del placebo, los medicamentos que favorecen el sueño (antihistamínicos, benzodiacepinas, relajantes musculares e hipnóticos), suelen ser prescritos por los médicos para aliviar la sintomatología asociada a FM, la utilización de antidepresivos a dosis pequeñas puede mejorar la sintomatología, pues no sólo incrementan el umbral del

dolor, sino que mejorarán el cuadro depresivo que casi siempre tienen asociado los pacientes.<sup>22</sup>

### **Antidepresivos**

Se usan solo para tratar la depresión, la dosis recomendada en el caso de la amitriptilina es de 25 mg y en el caso de la fluoxetina de 40 a 80 mg/dl, la función de los antidepresivos es aumentar los niveles de serotonina al nivel de SNC y por ende disminuir el dolor, debido a que los pacientes que sufren de FM son muy sensibles a los medicamentos y a sus efectos colaterales, se recomienda iniciar a dosis bajas ya sea con la mitad o una cuarta parte de la dosis con fines analgésicos.<sup>23</sup>

Enseguida se resumen los efectos de de los diferentes grupos de medicamentos mas frecuente utilizados en la sintomatología de la fibromialgia: Los analgésicos simples como el paracetamol solo tienen efecto ligero sobre el dolor, los Aines cubren con efecto moderado sobre el dolor, los analgésicos tipo opiode demuestran moderado efecto para el dolor y con un leve efecto para los trastornos del sueño. Los antidepresivos triciclicos son los mejores medicamentos utilizados para tratar la FM debido a que cuentan con moderados efectos como analgésicos, trastornos del sueño, fatiga y mejorando el estado de animo.<sup>23</sup>

### **Calidad de vida**

La determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos o empleando el uso de indicadores epidemiológicos para caracterizar una población, sin embargo estas medidas no valoran la CV o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la OMS: “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad”<sup>24</sup>

La CV para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional el cual incluye el estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica, es por ello que la CV se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la CV consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien." En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. (Health-Related Quality of Life), este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.<sup>25</sup>

El desarrollo del estudio de CV correspondió a la necesidad de más y mejores indicadores clínicos, variables susceptibles de medición que evalúan el nivel de salud y sus cambios, en un individuo o en una población determinada, esta necesidad se ha asociado al aumento de la esperanza de vida, y al aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, por lo cual la CV evalúa diferentes áreas de la vida del individuo, que pueden ser afectadas por la presencia de una enfermedad y usualmente no cuantificadas por los indicadores clásicos, lo que ayuda a un mayor conocimiento de la historia natural de las enfermedades.<sup>26</sup>

La OMS define a la calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”, este concepto multidimensional engloba la salud física, la capacidad funcional, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las creencias personales desde una evaluación subjetiva.<sup>27</sup>

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) incorpora la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, como vive la gente sus problemas de salud y cómo se pueden intentar corregir estos, en los servicios

de salud la CVRS es una variable de interés que tiene una asociación clara y consistente con la mortalidad, la hospitalización, utilización de los servicios de atención primaria y consumo de recursos sanitarios, es también la comprobación empírica de que su asociación con los indicadores fisiopatológicos de una enfermedad utilizados con más frecuencia en la clínica es débil o en el mejor de los casos moderada, además se convierte en un objetivo terapéutico especialmente en pacientes con una esperanza de vida limitada, o cuando la terapia no busca tanto la mejoría biológica sino un incremento del afrontamiento o del adaptación del paciente a la enfermedad.<sup>28</sup>

Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son el funcionamiento social, físico, cognitivo, la movilidad y el cuidado personal, así como el bienestar emocional, algunos de estos componentes no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas, cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio.<sup>29</sup>

El cuestionario de salud Sf-36 consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, el contenido de las ocho escalas que a continuación se detalla:<sup>30</sup>

**1. Función física:** Mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.

**2. Rol físico:** Valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

**3. Dolor corporal:** Valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.

**4. Salud general:** Proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

**5. Vitalidad:** Cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.

**6. Función social:** Mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

**7. Rol emocional:** Valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.

**8. Salud mental:** Mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

Adicionalmente, el cuestionario de salud Sf-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior, este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones principales, las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud, para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, física y mental, mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales.<sup>31</sup>

En cada dimensión los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta el 100 (el mejor estado de salud para esa dimensión), en caso de que falte información,

si se han contestado al menos 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems contestados, el cuestionario de salud Sf-36, el cual está dirigido a personas de 14 o más años de edad y preferentemente debe ser auto administrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal, telefónica y correspondencia.<sup>32</sup>

## **VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia de la FM en la población general es del 4%, se presenta en mujeres de la 3ª y 4ª década de la vida en plena etapa productiva afectando directamente la calidad de vida de la paciente y su entorno.

La FM es un síndrome que se caracteriza por la presencia de dolor crónico generalizado que se manifiesta con múltiples síntomas asociados como mala calidad de sueño, fatiga crónica, ansiedad y depresión, puede estar agravada por estrés físico, traumatismos, exposición excesiva a humedad y frío. Según estudios longitudinales, el proceso tiende a la cronicidad, y provoca un grado muy importante de discapacidad y alteración en la CV. Es un padecimiento con baja incidencia en su diagnóstico según reportes del SIMO (Sistema de Información Médica Operática) la FM cuenta con una incidencia de consultas en el periodo del 2009 de 300 casos.

La CVRS es un concepto que representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad y su tratamiento producen en la vida cotidiana de los pacientes. Mediante su evaluación nos permite identificar problemas funcionales y emocionales no detectados en la evaluación clínica convencional. Las medidas de CVRS son de utilidad, tanto en la evaluación diagnóstica, como en la valoración de las necesidades de recursos de atención y tratamiento de los pacientes.

La evaluación de la CV en los pacientes con FM proporciona información del impacto global de la enfermedad y permite reconocer la auto percepción de la mejora o deterioro de su estado funcional para cuantificar en forma efectiva sus problemas de salud.

A pesar de la alta prevalencia, morbilidad y los costos que genera esta enfermedad, se desconoce su impacto sobre el funcionamiento físico y emocional de los pacientes con FM en nuestra población usuaria, en el primer nivel de atención.

**Por lo anterior se planteo la siguiente pregunta:**

¿Existe relación entre Fibromialgia y la afección de la calidad de vida en las pacientes de la U.M.F. No. 80?

## **IX. JUSTIFICACIÓN**

## JUSTIFICACIÓN

La FM es un trastorno de demanda en las consultas de las unidades de Medicina Familiar (MF) y de las unidades de segundo nivel de atención. El escaso conocimiento de su etiología producen malestar en este tipo de pacientes, como se observa en la práctica clínica, parecen reiterativos en sus consultas y sus quejas; siempre se encuentran molestas. Aunada a la alta incidencia y costos en incidencias laborales y a una disfunción familiar muy marcada que sufren este tipo de pacientes.

El médico familiar es el primer contacto de atención de pacientes con FM, por ello es importante conocer las características epidemiológicas de la enfermedad y sus implicaciones sobre el individuo, además de que nos ayudará a iniciar el tratamiento oportuno para mejorar la CV de nuestras pacientes.

Al identificar las características de la población afectada por la FM servirá como herramienta para mejorar la calidad de vida al identificar los factores de riesgo y con ello establecer estrategias del cuidado, rescate y preservar la salud de la paciente.

La evolución del cuadro clínico depende en gran medida del grado de afección de la paciente, ya que se ha comprobado que las pacientes con manifestaciones más severas atendidas en servicios hospitalarios tienen un pronóstico menos favorable, mientras los casos leves atendidos en primer nivel de atención tienen una evolución mejor.

El presente estudio se enfoca a conocer la CV de las pacientes portadoras con FM en la UMF 80 de Morelia Michoacán..

La evaluación de la CV en la paciente portadora de FM es un proceso controvertido debido a la incredulidad diagnóstica de los médicos, la concurrencia de anomalías psicológicas y la deficiencia en los instrumentos de evaluación.

Con el objetivo de medir la CV de estas pacientes, surgió la idea de diseñar un protocolo de asistencia integral para medir la CV desde la unidad de UMF 80 en conjunto con el servicio de Reumatología del HGR1 de la ciudad de Morelia Michoacán.

## **X.OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

## OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### Objetivo general:

1. Evaluar la calidad de vida en pacientes femeninas de la UMF 80. con fibromialgia a través del cuestionario de salud SF-36.

### Objetivos específicos:

1. Identificar la afectación de las ocho dimensiones de la CV. (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental).

## HIPÓTESIS

Las pacientes femeninas adscritas a la UMF 80 portadoras de FM se encuentran afectada su calidad de vida..

## **XI. MATERIAL Y MÉTODOS**

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Características del lugar:

Unidad de Medicina Familiar No. 80 y HGR 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Morelia, Michoacán.

### Diseño del estudio

Estudio transversal, observacional, tipo encuesta.

### Población de estudio

Participaron pacientes femeninas con diagnóstico de FM primaria que acudieron a atención médica en la consulta externa del servicio de la U.M.F. N° 80 del IMSS, Delegación Michoacán.

### Técnica de muestreo

El tamaño de la muestra se calculo considerando que en el universo de la UMF No 80 en el año 2009 se registraron alrededor de 300 consultas tanto de primera vez como subsecuentes por lo que hicimos la siguiente pregunta ¿Cuántas pacientes con FM se requieren para identificar alteraciones en la calidad de vida? Por lo cual se utilizo el muestreo no probabilístico por conveniencia por lo cual se estimo una muestra de 36 pacientes.

$$n = \frac{N}{1 + \frac{Ne}{2}}$$

Donde:

$n$  Es el tamaño de la muestra a obtener.

$N$  Población finita ó número de casos.

$e$  Error de estimación que está en condiciones de aceptar.

Para nuestro estudio el total de casos nuevos de FM en la UMF 80 durante el año 2009 es de 300 casos, en el grupo de edad de mujeres de 18-59 años de acuerdo al sistema de información de atención integral a la salud (SIMO) del IMSS Michoacán.

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 8 % (0.08)

Por lo tanto se requieren de 36 pacientes.

**Criterios de selección:**

**Criterios de inclusión:**

- 1.- Mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social
- 2.- Mujeres usuarias de la UMF 80.
- 3.- Edad igual o mayor a 18 años y menor de 59 años.
- 4.- Cumplir con los criterios diagnósticos de FM primaria como lo define la ACR.
- 5.- Que sepan leer y escribir.
- 6.- Aceptar participar en el estudio.
- 7.- Firma de consentimiento informado.

**Criterios de no inclusión:**

- 1.- Pacientes que no cumplieron con los criterios diagnósticos para FM
- 2.- Pacientes que no desearon participar en el estudio.

**Criterios de exclusión:**

- 1.- Menor de 18 años de edad
- 2.- Mayores de 59 años de edad
- 3.- Pacientes con sospecha y/o con confirmación de patología agregada que sea la causante de dolor, como el cáncer, artritis reumatoide, entre otros.

- 4.- Pacientes portadores de diabetes mellitus.
- 5.- Pacientes con enfermedades psiquiátricas.
- 6.- Pacientes con enfermedades reumatológicas.
- 7.- Pacientes que deseen abandonar el estudio.
- 8.- Cualquiera otra patología dolorosa que confunda el diagnóstico.

#### **Criterios de eliminación**

- 1.- Pacientes con deterioro cognitivo.
- 2.- Pacientes considerados como poco proclives a cooperar plenamente en el estudio.

#### **VARIABLES DEL ESTUDIO.**

##### **Dependiente:**

Calidad de vida.

##### **Independiente:**

Fibromialgia

Otras variables sociodemográficas:

Edad, estado civil, ocupación, antecedentes quirúrgicos, antecedentes traumáticos, escolaridad.

**CUADRO I. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES**

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DESCRIPCION	MEDICION
Fibromialgia	Cualitativa	Presencia de dolor	Criterios del ACR
Edad	Cuantitativa	Desde el nacimiento hasta el momento actual	Numérica ordinaria
Estado civil	Cualitativa	Estado civil en que se encuentra la paciente al momento del estudio	Casada, soltera, separada, divorciada, viuda (Hoja de recolección de datos)
Ocupación	Cualitativa	Ocupación al momento del estudio	Sea dentro o fuera de la casa (hoja de recolección de datos).
Escolaridad	Cualitativa	Grado de escolaridad al momento del estudio	Primaria, Secundaria, Preparatoria, Universidad (hoja de recolección de datos).
Antecedentes quirúrgicos, traumáticos físicos	Cualitativa	Positivos o negados	Hoja de recolección de datos
Antecedentes quirúrgicos, traumáticos físicos	Cualitativa	Positivos o negados	Hoja de recolección de datos
Calidad de vida	Cualitativa	Valora la percepción del estado de salud de una persona en su entorno.	Mediante el SF-36
Función física	Cuantitativa	Limitación en movimientos físicos cotidianas	Peor puntuación= 0 Mejor puntuación = 100
	Cuantitativa	Afectación en	Peor puntuación= 0

Rol físico		actividades físicas cotidianas	Mejor puntuación = 100
Dolor corporal	Cuantitativa	Dolor percibido por la paciente	Peor puntuación= 0 Mejor puntuación = 100
Salud general	Cuantitativa	Estado de salud percibida por la paciente	Peor puntuación= 0 Mejor puntuación = 100
Vitalidad	Cuantitativa	Sensación de plenitud física mental y emocional	Peor puntuación= 0 Mejor puntuación = 100
Función emocional	Cuantitativa	Afectación en su desempeño cotidiano repercutiendo en el estado emocional	Peor puntuación= 0 Mejor puntuación = 100
Rol emocional	Cuantitativa	Afectación de actividades cotidianas por su estado emocional	Peor puntuación= 0 Mejor puntuación = 100
Salud mental	Cuantitativa	Sensación de plenitud mental	Peor puntuación= 0 Mejor puntuación = 100
Ítem de transición de salud	Cuantitativa	Comparación en el último mes del estado de salud	Peor puntuación= 0 Mejor puntuación = 100

### **Descripción operativa del estudio**

Se identificaron e invitaron a las pacientes que cumplieran con los requisitos en la consulta de medicina familiar de la UMF 80 a participar en el estudio. Las pacientes que reunieron los criterios de inclusión establecidos se citaron en el consultorio de especialidades de Reumatología del Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Morelia Michoacán, con cita previa a las 08:00 Hrs donde se explicó en que consistía el estudio, previa autorización, explicación detallada del estudio a realizar y firma de consentimiento informado se les realizó:

Evaluación detallada por los investigadores para confirmar el diagnóstico de FM a través de la historia clínica y exploración física, a fin de determinar que contaran con los criterios de inclusión.

Se diseñó un formato de recolección de datos específico para este estudio, de los factores asociados de la FM, el cual incluyó: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, aunada a la encuesta SF-36 para medir la calidad de vida.

### **Análisis estadístico**

Para el análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio, se utilizó media, frecuencia y porcentaje. Se realizó el análisis de fiabilidad mediante alfa de Cronbach y reconfirmación por el método de mitades de Spermán.Brownes, estableciendo las diferencias mediante las correlaciones de ANOVA entre las puntuaciones de los ocho dominios del cuestionario de salud SF- 36, utilizando la chi cuadrada de Pearson para asociar las categorías, donde las cifras estadísticamente significativas son que las que asocian a un p valor menor a 0.05. El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS para Windows versión 19.0.

## CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio fue autorizado por el comité local de investigación 1602 con número de registro R-2010-1602-430. Su planeación y realización fue de acuerdo a lo normado internacionalmente en la Declaración de Helsinki: A los pacientes se les explicó el protocolo y se solicitó consentimiento informado por escrito (Anexo 4). Y con lo normado en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de México, de acuerdo a esta se clasifica como un estudio sin riesgo por tratarse de una encuesta.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento.

## **XII. RESULTADOS**

## RESULTADOS

Se realizaron 36 encuestas a derechohabientes adscritas a la U.M.F. N° 80, el grupo de edad de las entrevistadas correspondió de 23 a 58 años y en los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

**El cuadro I.** Muestra las características sociodemográficas de la población entrevistada, la edad promedio fué de  $41.5 \pm 6.44$  años, la mediana de 49 años. Respecto a la ocupación 15 (41.7%) se dedican al hogar, 17 (47.3%) Empleadas, 4 (11.1%) comerciantes. El estado civil 1 (2.8%) soltera, 2 (5.6%) viven en unión libre, 18 (50%) casadas, 4 (11.1%) separadas, 10 (27.8%) divorciadas y 1 (2.8%) viuda. La escolaridad de las entrevistadas fué; secundaria 6 (16.7%), preparatoria/bachillerato 14 (38.9%) y licenciatura 16 (44.4%).

**CUADRO I. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>OCUPACION</b>		
Hogar	15	41.7%
Empleada	17	47.3%
Comerciante	4	11.1%
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Licenciatura	16	44.4%
Preparatoria/Bachillerato	14	38.9%
Secundaria	6	16.7%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casada	18	50%
Divorciada	10	27.8%
Separada	4	11.1%
Unión libre	2	5.6%
Soltera	1	2.8%
Viuda	1	2.8%
<b>RELIGION</b>		
Católica	31	86.1%
Cristiana	2	5.6%
Testigo de Jehová	2	5.6%
Atea	1	2.8%

La figura No 1. Muestra que el 55.5% de las pacientes entrevistadas cuenta con eventos quirúrgicos y 44.4% no cuenta con eventos quirúrgicos.

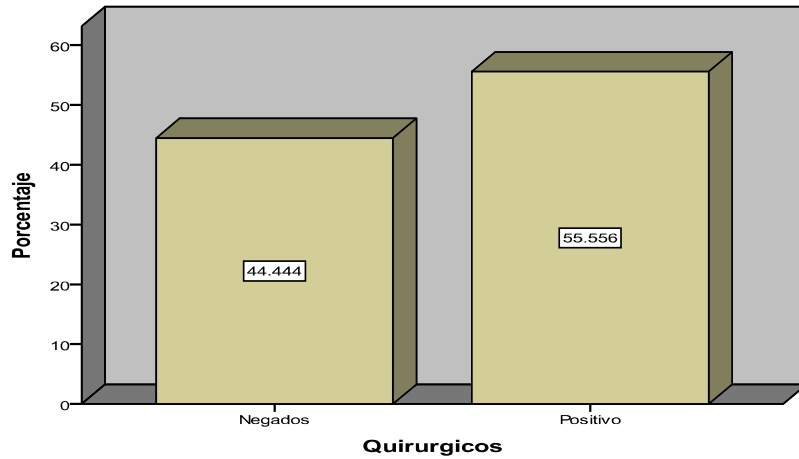


Fig 1. Antecedentes de eventos quirúrgicos en las pacientes entrevistadas

La figura No 2. Muestra que el 80.5% de las pacientes entrevistadas no cuenta con antecedentes traumáticos físicos y el 19.5% de las pacientes entrevistadas cuenta con algún antecedente traumático físicos.

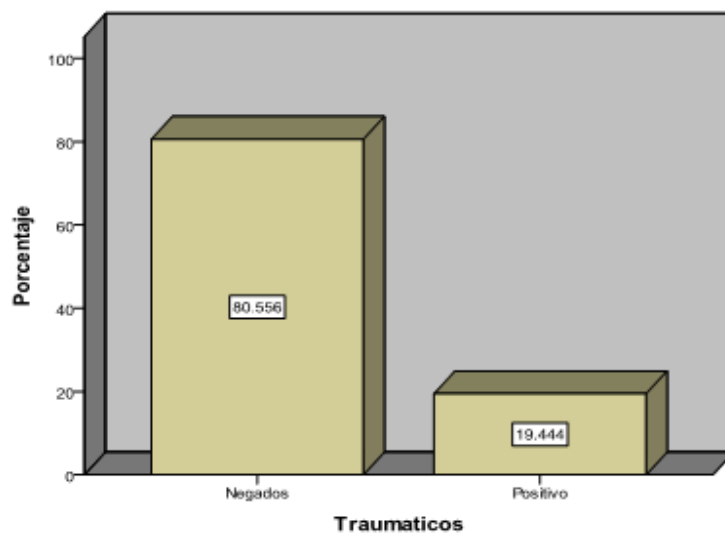


Fig 2. Antecedentes de eventos traumáticos en las pacientes entrevistadas

En el cuadro II. Muestra el análisis de fiabilidad mediante el alpha de Cronbach y reconfirmación por el método de mitades (Spearman-Brown), el cual tiene fiabilidad total del instrumento aplicado de 0.777 por lo cual cuenta con significancia de fiabilidad nuestro instrumento de evaluación,

**Cuadro II.** Análisis de fiabilidad mediante alpha de Cronbach y reconfirmación de mitades (Spearman-Brown).

Escala	N	alpha de Cronbach	Spearman-Brown
Funcionamiento físico	10	.677	.784
Rol físico	4	.584	.883
Dolor corporal	2	.522	-
Salud general	5	.793	.829
Vitalidad	4	.730	.671
Funcionamiento social	2	.604	-
Rol emocional	3	.872	.944
Salud mental	5	.650	.623
<b>T O T A L</b>	36	.777	.681

**Cuadro III.** Muestra la correlación por dominios del SF-36 mediante diferencias de la t de Student donde encontramos una correlación significativamente estadística en rol físico con función social con  $p=0.003$ , dolor corporal con rol emocional con  $p=0.030$ , salud general con rol emocional con  $p=0.009$ , salud general con salud mental con  $p=0.001$ , salud general con vitalidad con  $p=0.0001$ , funcionamiento social con rol emocional con  $p=0.004$ , funcionamiento social con salud mental con  $p=0.001$ , rol emocional con salud mental con  $p=0.001$ .

**Cuadro III.** Diferencias mediante la t de Student entre las ocho puntuaciones del SF-36.

Correlaciones por Dominios del SF-36 de Calidad de Vida

		Funcionamiento físico	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Funcionamiento social	Rol emocional	Salud mental
Funcionamiento físico	Correlación de Pearson	1	.157	-.044	.328	.335*	.203	.315	.278
	Sig. (bilateral)		.359	.800	.051	.046	.235	.061	.100
	N	36	36	36	36	36	36	36	36
Rol físico	Correlación de Pearson		1	.029	-.081	.118	.488**	.018	.281
	Sig. (bilateral)			.869	.640	.494	.003	.916	.096
	N		36	36	36	36	36	36	36
Dolor corporal	Correlación de Pearson			1	.165	.086	.397*	.363*	.338*
	Sig. (bilateral)				.338	.619	.017	.030	.044
	N			36	36	36	36	36	36
Salud general	Correlación de Pearson				1	.585**	.243	.431**	.525**
	Sig. (bilateral)					.000	.153	.009	.001
	N				36	36	36	36	36
Vitalidad	Correlación de Pearson					1	.462**	.332*	.710**
	Sig. (bilateral)						.005	.048	.000
	N					36	36	36	36
Funcionamiento social	Correlación de Pearson						1	.463**	.524**
	Sig. (bilateral)							.004	.001
	N						36	36	36
Rol emocional	Correlación de Pearson							1	.518**
	Sig. (bilateral)								.001
	N							36	36
Salud mental	Correlación de Pearson								1
	Sig. (bilateral)								
	N								36

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\*.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Calidad de vida y edad**

De manera general se aprecia que las mejores puntuaciones obtenidas en las encuestas aplicadas fueron para el grupo de 23 a 33 años y con media mas baja se encuentra el grupo de 45 y mas, no demostrando significancia estadística entre los tres grupos de edades en los 8 dominios del Sf-36. Cuadro IV.

**Cuadro IV. ANOVA por grupos de edad en sus dominios (Sf-36)**

<b>DOMINIO</b>	<b>23 a 33 años</b> N=5 $\bar{X} \pm E.E$	<b>34 a 44 años</b> N=9 $\bar{X} \pm E.E$	<b>45 y más</b> N=22 $\bar{X} \pm E.E$	<b>Sig.</b>
<b>Función Física</b>	47.00 ± 2.5	31.66 ± 7.0	37.72 ± 3.3	.134
<b>Función Social</b>	45.00 ± 5.0	38.88 ± 3.8	32.38 ± 3.0	.131
<b>Rol Físico</b>	10.00 ± 0.0	8.33 ± 5.8	5.68 ± 3.2	.841
<b>Rol Emocional</b>	33.33 ± 21	22.22 ± 14	13.63 ± 6	.506
<b>Salud Mental</b>	33.00 ± 8.3	30.66 ± 3.1	24.90 ± 2.4	.257
<b>Vitalidad</b>	33.00 ± 8.8	22.22 ± 4.2	22.72 ± 3.1	.344
<b>Dolor</b>	25.60 ± 6.5	22.55 ± 4.1	16.22 ± 1.6	.099
<b>Percepción de la Salud</b>	24.00 ± 6.2	16.66 ± 3.8	19.40 ± 2.8	.598

**Calidad de vida y escolaridad**

En los grupos de escolaridad las puntuaciones medias del dominio de salud mental mostraron significancia estadística con  $p=0.006$ . El puntaje mayor lo obtiene el grupo de licenciatura, mientras que el de secundaria queda con la puntuación media mas baja. El resto de los dominios por escolaridad queda sin variabilidad significativa. Cuadro V.

**Cuadro V. ANOVA por escolaridad en sus dominios (Sf-36)**

<b>DOMINIO</b>	<b>Secundaria</b> N=6 $\bar{X} \pm E.E$	<b>Preparatoria</b> N=14 $\bar{X} \pm E.E$	<b>Licenciatura</b> N=16 $\bar{X} \pm E.E$	<b>Sig.</b>
<b>Función Física</b>	30.00 ± 6.1	39.28 ± 3.6	38.75 ± 3.3	.351
<b>Función Social</b>	33.33 ± 5.2	36.60 ± 3.5	35.93 ± 3.7	.891
<b>Rol Físico</b>	0.00 ± 0.0	8.92 ± 5.8	7.81 ± 4.4	.532
<b>Rol Emocional</b>	5.55 ± 5.5	11.90 ± 6.6	29.16 ± 11.3	.225
<b>Salud Mental</b>	<b>16.00 ± 4.6</b>	<b>25.71 ± 2.8</b>	<b>33.50 ± 2.7</b>	<b>.006*</b>
<b>Vitalidad</b>	17.50 ± 5.5	24.28 ± 3.5	26.25 ± 4.0	.469
<b>Dolor</b>	18.66 ± 3.3	15.92 ± 1.7	22.06 ± 3.3	.282
<b>Percepción de la Salud</b>	14.16 ± 3.7	19.42 ± 3.8	21.25 ± 3.0	.520

*\*Cifra Estadísticamente significativa (P<0.05)*

**Calidad de vida y ocupación**

En los grupos de ocupación las puntuaciones medias del dominio de salud mental mostraron significancia estadística con  $p=0.043$ . El puntaje mayor lo obtiene el grupo de empleadas, mientras que el de comerciantes queda con la puntuación media mas baja. El resto de los dominios por ocupación queda sin variabilidad significativa. Cuadro VI.

**Cuadro VI. ANOVA por ocupación en sus dominios (Sf-36)**

<b>DOMINIO</b>	<b>Hogar</b> N=15 $\bar{X} \pm E.E$	<b>Empleada</b> N=17 $\bar{X} \pm E.E$	<b>Comerciante</b> N=4 $\bar{X} \pm E.E$	<b>Sig.</b>
<b>Función Física</b>	36.00 ± 2.0	40.58 ± 3.7	30.00 ± 11.3	.339
<b>Función Social</b>	36.66 ± 3.9	36.02 ± 3.3	31.25 ± 3.6	.788
<b>Rol Físico</b>	5.00 ± 3.6	10.29 ± 4.8	0.00 ± 0.0	.458
<b>Rol Emocional</b>	13.33 ± 7.8	25.49 ± 10.1	8.33 ± 8.3	.527
<b>Salud Mental</b>	<b>22.66 ± 3.1</b>	<b>32.94 ± 2.4</b>	<b>23.00 ± 7.3</b>	<b>.043*</b>
<b>Vitalidad</b>	20.00 ± 2.8	29.11 ± 4.1	17.50 ± 4.7	.136
<b>Dolor</b>	19.73 ± 2.3	18.52 ± 2.9	19.25 ± 4.5	.951
<b>Percepción</b>	16.66 ± 3.0	22.76 ± 3.3	15.00 ± 3.5	.314
<b>Salud</b>				

\*Cifra Estadísticamente significativa ( $P<0.05$ )

**Calidad de vida y antecedentes quirúrgicos**

El puntaje mayor lo obtiene el grupo que no cuentan con antecedentes quirúrgicos en comparación con pacientes que cuentan con antecedentes quirúrgicos, por lo cual no existe significancia estadística en los 8 dominios del Sf-36 respecto con antecedentes quirúrgicos.

**Cuadro VII. Comparación  $\chi^2$  por antecedentes quirúrgicos en sus dominios (Sf-36)**

<b>DOMINIO</b>	<b>NEGATIVOS</b> N=16 $\bar{X} \pm E.E$	<b>POSITIVOS</b> N=20 $\bar{X} \pm E.E$	<b>Sig</b>
<b>Función Física</b>	42.50 $\pm$ 3.8	33.50 $\pm$ 2.4	.050
<b>Función Social</b>	38.28 $\pm$ 2.9	33.75 $\pm$ 3.4	.333
<b>Rol Físico</b>	3.12 $\pm$ 2.1	10.00 $\pm$ 4.5	.186
<b>Rol Emocional</b>	29.16 $\pm$ 10.4	10.00 $\pm$ 5.9	.105
<b>Salud Mental</b>	30.00 $\pm$ 3.4	25.60 $\pm$ 2.5	.296
<b>Vitalidad</b>	26.56 $\pm$ 4.2	22.00 $\pm$ 2.8	.360
<b>Dolor</b>	21.06 $\pm$ 2.4	17.55 $\pm$ 2.4	.323
<b>Percepción de la Salud</b>	21.06 $\pm$ 2.8	18.00 $\pm$ 3.0	.480

**Calidad de vida y antecedentes traumáticos físicos**

En los grupos de antecedentes traumáticos físicos las puntuaciones medias del dominio de percepción de la salud mostraron significancia estadística con  $p < 0.027$ . Encontrándose mejores puntuaciones en pacientes que no cuentan con antecedentes traumáticos físicos en comparación con pacientes que cuentan con antecedentes traumáticos físicos. Cuadro VIII.

**Cuadro VIII. Comparación  $\chi^2$  por antecedentes traumáticos físicos en sus dominios (Sf-36)**

<b>VARIABLE</b>	<b>NEGATIVOS</b> N=29 $\bar{X} \pm E.E$	<b>POSITIVOS</b> N=7 $\bar{X} \pm E.E$	<b>Sig</b>
<b>Función Física</b>	36.89 ± 2.4	40.00 ± 6.5	.599
<b>Función Social</b>	36.63 ± 2.3	32.14 ± 7.1	.445
<b>Rol Físico</b>	6.89 ± 3.01	7.14 ± 7.1	.972
<b>Rol Emocional</b>	19.54 ± 6.5	14.28 ± 14.2	.728
<b>Salud Mental</b>	28.13 ± 2.3	25.14 ± 4.3	.573
<b>Vitalidad</b>	24.48 ± 2.7	22.14 ± 5.9	.710
<b>Dolor</b>	18.79 ± 2.0	20.42 ± 3.3	.716
<b>Percepción de la Salud</b>	<b>21.60 ± 2.3</b>	<b>10.00 ± 3.6</b>	<b>.027*</b>

*\*Cifra Estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ )*

## **XIII. DISCUSIÓN**

## DISCUSIÓN

De acuerdo a la OMS (1978) la CV se refiere a “La percepción del individuo de su posición en el contexto de la cultura y su sistema de valores que él vive en relación a sus objetivos, en relación a la CVRS, incluye limitaciones físicas, sociales, psicológicas con disminución de oportunidades a causa de enfermedad.

La FM tiene controversia sobre la causa. Es un síndrome crónico de origen no articular, generalizado acompañado de fatiga, debilidad que puede ser invalidante, se caracteriza por la presencia de puntos de gatillo, destaca la hiperalgesia. <sup>20</sup>

Son muy frecuentes los trastornos del sueño, trastornos psíquicos, astenia, adinamia, rigidez matutina, sensación de tumefacción, síndrome de intestino irritable. El diagnóstico es clínico. <sup>33</sup>

La edad de presentación de la sintomatología en este estudio fué de 41 años en comparación de otros estudios que reportan entre 20 y 55 años de edad por lo cual no varían de nuestros resultados. <sup>34,35</sup>

Wolfe et al, observaron que el porcentaje de pacientes con dolor musculoesqueletico difuso crónico aumentaba progresivamente con la edad, con 23% de incidencia en el 6º y 7º década de la vida, habría entonces la posibilidad de estudiar las edades de la sexta y séptima década de la vida e identificar casos de FM aislados, de enfermedades crónico degenerativas osteoarticulares, que no se han abordado, e incluir estudios serológicos e inmunológicos de la FM con otros diagnósticos diferenciales, como se refiere en otros estudios con dudas acerca de ello. <sup>36</sup>

La FM para el médico clínico, continua siendo un síndrome de dolor diseminado, entendiendo como el número de regiones del cuerpo afectadas, acompañado por síntomas psicosociales; fatiga, depresión y trastornos del sueño. Que además afecta las relaciones sociales desde la propia perspectiva en el desarrollo personal. Nuestro abordaje a través del cuestionario de salud Sf-36 para evaluar la CV, arroja datos y factores de riesgo de cómo las mujeres con diagnóstico de FM a mayor escolaridad y cumplimiento de diversos roles

tiene afectación en los dominios de vitalidad, rol emocional, percepción de la salud y salud mental. Diversos estudios lo mencionan, principalmente afectan áreas de la actividad intelectual, la función física, estado emocional, calidad del sueño, y es determinante sobre la capacidad para el trabajo y lleva a la pérdida parcial o completa de la actividad laboral en un porcentaje aproximado de 25-50%.<sup>37</sup>

Recientemente los estudios de Giesecke et al, sobre FM la cual no se asocia a procesos psiquiátricos, reportando un elevado nivel de control percibido, sobre el dolor a pesar de lo que mostraban una extrema hiperalgesia. Lo que puede sugerir diversas etapas de severidad del dolor.<sup>38, 39</sup>

El resultado nos arroja datos de mujeres con dificultades en la función emocional y se manifiesta por sentimientos de angustia y depresión, provocando con ello problemas físicos y alteraciones de actividades sociales, por la percepción de una salud general alterada y mala CV. Desde este enfoque la FM no solo constituye un desafío para el médico de primer y segundo nivel de atención, para mejorar la expectativa del estilo de vida y la CV, además de integrar a las mujeres que constituyen un soporte laboral y familiar, el objetivo debe ser holístico para que el dolor crónico que presentan dichas pacientes sea controlado y disminuir lo reportado en las encuestas de CV como más molesta y dolorosa que la AR.<sup>40</sup>

## **XIV. CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

1. La calidad de vida en las pacientes de este estudio es mala.
2. La fibromialgia se presentó con mayor frecuencia en la 5ª década de la vida y los factores de riesgo, relacionados a FM son; edad, escolaridad, ocupación, destacando el estado civil de separadas y divorciadas con más incidencia.
3. De acuerdo a la encuesta de salud SF-36; los dominios con mayor afección son: rol emocional, salud mental, salud general, dolor, percepción de la salud y vitalidad.

## **XV. SUGERENCIAS**

## SUGERENCIAS

1. Crear un módulo de atención para pacientes con fibromialgia que acuden al servicio de consulta externa del primer nivel de atención, que sea atendido por el médico en formación para que se realice detección, orientación y control de la enfermedad.
2. Seguimiento por parte del médico familiar en pacientes con fibromialgia, y su tarea principal consiste en seleccionar aquellos casos que realmente se pueden beneficiar de una atención especializada de todo el resto que es tratable desde nuestra consulta. Por lo cual se debe realizar una historia clínica adecuada, donde consten antecedentes familiares, antecedentes traumáticos, historia obstétrica. Se debe realizar una correcta exploración física, intentando descartar cualquier patología traumatológica o mecánica que se ha la causa del dolor.
3. El objetivo principal es una orientación adecuada a través de programas como el PREVENIMSS, para que las pacientes con fibromialgia conozcan su enfermedad.
4. Se sugieren realizar trabajos descriptivos, comparativos por edad, ocupación, escolaridad y estado civil en este tipo de pacientes.
5. Comprender y entender a la paciente que realmente tiene una enfermedad, y por ende tendrá afectación en su calidad de vida.

## **XVI. BIBLIOGRAFIA:**

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*. 2006; 2:55-56.
- 2.- Martínez E, González O, Crespo JM. Fibromialgia definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. 2003; 3:01-08.
- 3.- Smyth HA. "Non-Articular rheumatism and psychogenic musculoskeletal". *Arthritis and allied conditions: Textbook of Rheumatology*. Philadelphia. 1989: 1241-1245.
- 4.- Wolfe F, Clauw D, Goldenber D, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for Fybromialgia. *Arthritis care and research*. 2010; 62:01-27.
- 5.- Yunus M. "Dysfunctional Spectrum Syndrome: A unified concept for many common maladies". *Fibromyalgia Frontiers*, 1996; 126:113-121
- 6.- Rojas VA, Zapata CA, Anaya J, et al. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista colombiana de reumatología*. 2005; 12:295-300.
- 7.- *American Journal of Managed Care*. 2007; 7:252-256.
- 8.- Guía de practica clínica: GPC Diagnostico y tratamiento de la fibromialgia en el adulto Instituto Mexicano del Seguro Social. 2008; 01-44.
- 9.- Frecuencia y de la fibromialgia en el hospital general de México, *Revista Mexicana de Reumatología*. 2001; 16:191-197.
- 10.- Neyro JL, Franco R, Rodríguez E. Fibromialgia y climaterio ¿asociación o coincidencia?. *Ginceol Obste Mex*. 2011; 79:572-579.
- 11.- Tovar M. Fibromialgia en el año 2000. *Colombia Médica*. 2005; 36:287-291.
- 12.- Lucas H, Brauch C, Settas, et al. Fibromyalgia- New concepts of pathogenesis an treatment. *International journal of inmunopathology and pharmacology*. 2006; 19:05-09.
- 13.- Rocha M, Gonzalez E. Fibromialgia fundamentos y tratamientos. *Revista Biociencias de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad de Madrid España*. 2006; 04:05-08.
- 14.- Boudewijin V, Houdenhove U. Fibromyalgia: A stress disorder?. *Psychother, psychosom* 2004; 73:267-275.
- 15.- Rhothenberg R. Fisiopatología y tratamiento de la fibromialgia. *Fibromyalgia Frontiers* 2010;18:01-10.

- 16.- Cruz L, Tamayo A, Guevara U. Tratamiento farmacológico de la fibromialgia: la experiencia de tres años. Revista de la facultad de medicina la de la UNAM. 2010; 53: 08-10.
- 17.- Andreu JL, Sanz J. La fibromialgia y su diagnóstico. Rev Clin Esp. 2005; 205:333-336.
- 18.- Quintero I, Sánchez A, Vicente j. Frecuencia de la fibromialgia primaria, secundaria y patologías asociadas, en el servicio de medicina de rehabilitación del hospital regional 1° de Octubre del ISSSTE. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2009; 21: 49-55
- 19.- Wolfe F, Smythe HA, Yunnus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for classification of fibromialgia. 1990; 33:160-172.
- 20.- Rivera J. Tratamiento farmacológico de la fibromialgia. Rev Clin Esp. 2008; 37:107-115.
- 21.- Cruz D, Aranda L, Villa I, et al. Fibromialgia: una revisión desde atención primaria, Centro de salud Valtierra, Universidad de las palmas España. 2005; 9:780-789.
- 22.- Villanueva VL, Valia JC, Cerda G. Fibromialgia: Diagnostico y tratamiento. Revista sociedad española del dolor. 2004; 11:430-443.
- 23.- Rivera J. Tratamiento farmacológico de la fibromialgia. Inf Ter Sist Nac Salud. 2008; 32:107-115.
- 24.- Tuesca M. La calidad de vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte. 2005; 21:76-86.
- 25.- Campos-Arias A, Herazo E. Calidad de vida y fibromialgia, Avances en psiquiatría biológica. 2009; 10:140-147.
- 26.- Consiglio E, Belloso W. Nuevos indicadores clínicos. La calidad de vida relacionada con la Salud. Medicina 2003; 63:172-178.
- 27.- Velarde E, Ávila C. Evaluación de la calidad de vida. Sal púb Mex. 2002; 63:349-361.
- 28.- Alonso J. La medida de calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. Gac Sanit 2000; 14:163-167.
- 29.- Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería. 2003; 9:9-21.
- 30.- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. 2004; 19:135-150.

- 31.- Zúñiga M, Carrillo G, Fos P, Gandek B, et al. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36 resultados preliminares en México. *Sal pub Mex.* 1999; 41:110-118.
- 32.- Manual Mexicano Sf-36 Secretaria de Salud México 2009; 1-4.
- 33.- Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome a decade later; what have we learned? *Arch Intern Med.* 1999; 8:777-785.
- 34.- Buckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. Fibromyalgia and quality of live: a comparative analysis. *J. Rheumatol.* 1993; 21:714-720.
- 35.- Middleton GD, Farlin JE, Lipsky PE. The prevalence and clinical impact of fibromialgia in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1994; 8:1181-1188.
- 36.- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L, The prevalence and characteristics of fibromialgia in the general population. *Arthritis Rheum.* 1995; 38:19-28
- 37.- Specheley M, Hart M, Ostbye T. Comparing self reporting function and work disability in 100 community cases of fibromialgia síndrome versus controls in London, Ontario: The London Fibromyalgia Epidemiology Study *Arthritis Rheum.* 1999; 42:76-83.
- 38.- Giesecke T, Williams DA, Harris Re, Cupps TR, Tian X et al. Subgrouping of fibromialgia patients on the basics of pressure.pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheum.* 2003; 48:2916-2922.
- 39.- Muller W, Schneider EM, Stratz T, The classification of Fibromyalgia síndrome. *Rheumatol Int.* 2007; 27:1005.1010.
- 40.- Rotes-Querol J. La fibromialgia en el año 2002. *Rev Esp. Reumatol.* 2003; 30:145-149.

## **XVII. RELACIÓN DE ANEXOS**

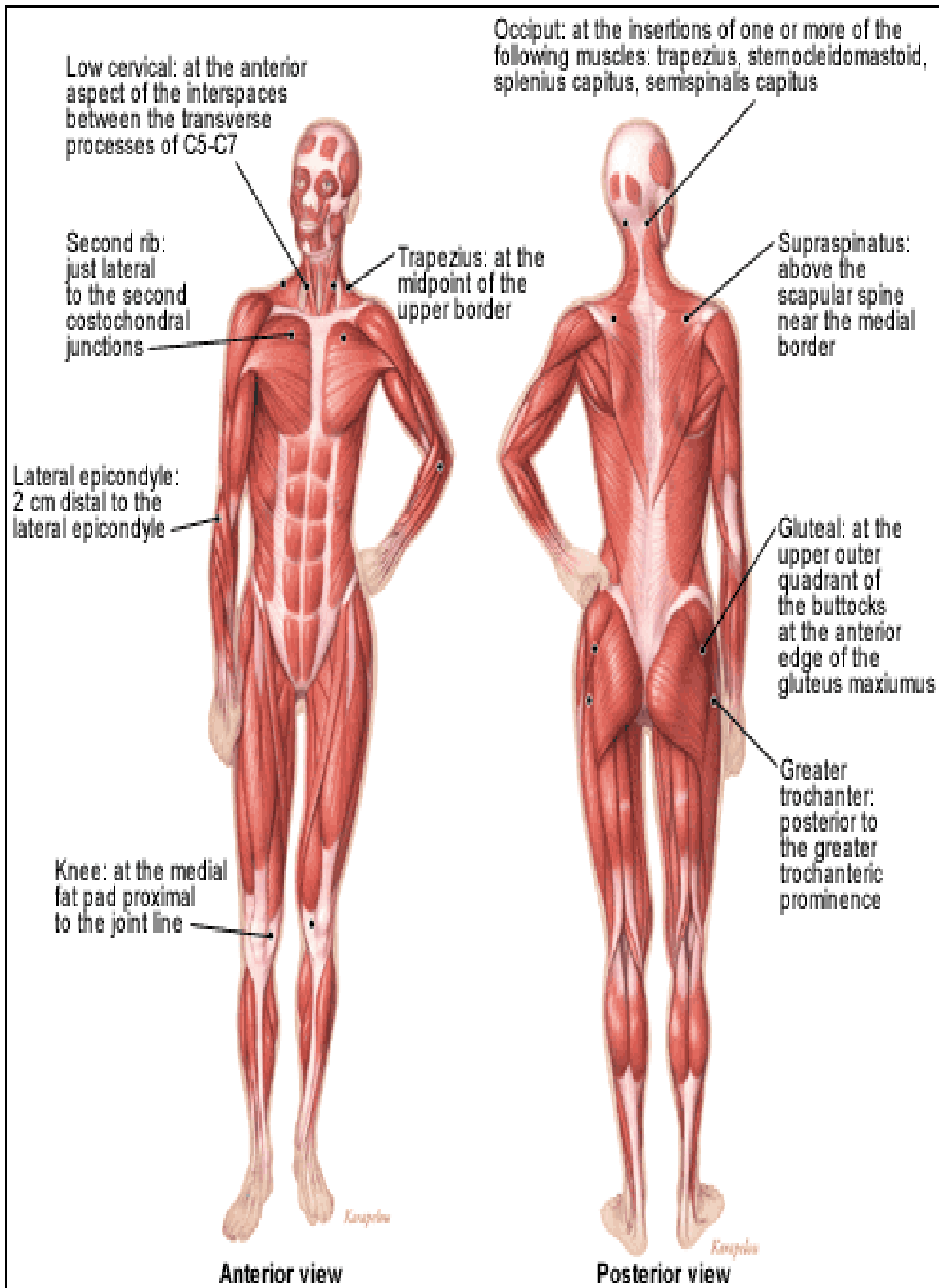
## RELACIÓN DE ANEXOS

**Anexo 1.** Localización de los 18 puntos dolorosos compatibles con fibromialgia.

**Anexo2.** Formato de recolección de datos epidemiológicos de la FM.

**Anexo3.** Cuestionario de salud SF-36.

**Anexo 4.** Carta de consentimiento Informado.



FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS EPIDEMIOLOGICOS CALIDAD DE VIDA EN LA PACIENTE CON FIBROMIALGIA

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Afiliación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Antecedentes quirúrgicos: \_\_\_\_\_ Traumáticos: \_\_\_\_\_

Antecedentes Heredo Familiares:

Antecedentes Personales Patológicos:

Antecedentes Gineco-Obstetricos:

## CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

### ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36

**INSTRUCCIONES:** Esta encuesta le pide sus opiniones acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué bien puede hacer usted sus actividades normales.

**Instrucciones para marcar**

- Use lapiz numero 2 solamente
- No use lapiceros de tinta
- Haga marcas que llenen los círculos completamente
- Borre bien si necesita hacer algun cambio
- No marque nada fuera de los círculos

MARCAS INCORRECTAS

MARCA CORRECTA

No. Ident.

0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

No. Visita

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

Fecha

Mes	Día	Año
<input type="radio"/> Ene		
<input type="radio"/> Feb		
<input type="radio"/> Mar	0	0
<input type="radio"/> Abr	0	0
<input type="radio"/> May	0	0
<input type="radio"/> Jun	0	0
<input type="radio"/> Jul	0	0
<input type="radio"/> Ago	0	0
<input type="radio"/> Sep	0	0
<input type="radio"/> Oct	0	0
<input type="radio"/> Nov	0	0
<input type="radio"/> Dic	0	0

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, ¿diría que su salud es:  
(marque solamente una respuesta)
  - Excelente
  - Muy buena
  - Buena
  - Pasable
  - Mala
  
2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general *ahora*?  
(marque solamente una respuesta)
  - Mucho mejor ahora que hace un año
  - Algo mejor ahora que hace un año
  - Más o menos igual ahora que hace un año
  - Algo peor ahora que hace un año
  - Mucho peor ahora que hace un año

Mark Reflex® forms by NCS Pearson EM-241635-1854321 Printed in U.S.A.

CONTINUED ON PAGE 2

Por favor, no escriba en esta área.

**SERIAL #**

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Lo limita su estado de salud actual para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?  
(marque una respuesta en cada línea)

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
3. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling (boliche) o al golf, o trabajar en el jardín	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Levantar o cargar las compras del mercado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Subir varios pisos por la escalera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Subir un piso por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Doblarse, arrodillarse o agacharse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Caminar más de una milla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Caminar varias cuadras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Caminar una cuadra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Bañarse o vestirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?  
(marque una respuesta en cada línea)

	Sí	No
13. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades que puede hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?  
(marque una respuesta en cada línea)

	Sí	No
17. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 2 -

20. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?  
(marque solamente una respuesta)

- Nada en absoluto
- Ligeramente
- De vez en cuando
- Bastante
- Extremadamente

21. ¿Cuánto dolor **físico** ha tenido usted durante las **últimas 4 semanas**?  
(marque solamente una respuesta)

- Ningún dolor
- Muy poco
- Poco
- Moderado
- Severo
- Muy severo

22. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto ha dificultado el **dolor** su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?  
(marque solamente una respuesta)

- Nada en absoluto
- Un poco
- De vez en cuando
- Bastante
- Extremadamente

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas **durante las últimas 4 semanas**.  
Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo **durante las últimas 4 semanas** . . .  
(marque una respuesta en cada línea)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
23. se ha sentido lleno de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. se ha sentido muy nervioso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. se ha sentido tranquilo y sosegado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ha tenido mucha energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. se ha sentido desanimado y triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. se ha sentido agotado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. se ha sentido feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. se ha sentido cansado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONTINUED ON PAGE 4

32. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto tiempo su **salud física o sus problemas emocionales** han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?  
(marque solamente una respuesta)

Siempre  
 Casi siempre  
 Algunas veces  
 Casi nunca  
 Nunca

---

¿Qué tan CIERTA o FALSA es **cada una** de las siguientes frases para usted? (marque una respuesta en cada línea)

	Definitivamente cierta	Mayormente cierta	No sé	Mayormente falsa	Definitivamente falsa
33. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Tengo tan buena salud como cualquier otra persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Creo que mi salud va a empeorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Mi salud es excelente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

This survey was developed by RAND as part of the Medical Outcomes Study

Por favor, no escriba en esta área.

**SERIAL #**

— 4 —



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Calidad de vida en pacientes con fibromialgia en la UMF 80 Delegación Michoacán.**

El objetivo del estudio es:

**Conocer la calidad de vida de las pacientes con fibromialgia en la UMF 80 delegación Michoacán.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación. El objetivo del estudio es; Valorar mi calidad de vida por lo que se me ha explicado que mi participación consistirá en realización de un cuestionario SF-36 de 36 preguntas, valoración por el medico reumatólogo adscrito al H.G.R.1 por lo que declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

No existe ningún riesgo en esta investigación

No se revelara ningún dato proporcionado

Contestare un cuestionario SF-36 que mide la calidad de vida.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información sobre mi padecimiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plante acerca de mi padecimiento y el cuestionario que se llevara acabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Nombre, firma

Testigos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Número telefónico en el cual se puede comunicar en caso de emergencia, dudas y/o preguntas relacionadas con el estudio: 44-33-77-01-18**