

Especialización en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Trabajo de grado

**DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y
CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE
FIBROMIALGIA, QUE CONSULTAN A LA CLÍNICA UNIMED, ENTRE JUNIO
DEL 2018 Y JUNIO DEL 2019.**

JAIME ANTONIO BETANCUR ZULUAGA
SANDRA MILENA CIFUENTES URREGO
SANDRA MERCEDES DUQUE JARAMILLO
ALINA MARIA ECHEVERRI RODRÍGUEZ

Tutor metodológico

Víctor Hugo Forero Supelano

Tutor temático

Alberto Villamarín Villamarín

Viviana Vélez

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
ESCUELA DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS Y
FARMACOLOGÍA VEGETAL
BOGOTÁ D.C.
2019

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento especial al Dr Luis Gabriel Piñeros y el Dr Alberto Villamarín, por su colaboración.

Agradecemos al ingeniero de Unimed, al personal de la clínica unimed, a los paciente por permitirnos aprender de sus experiencias de vida.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	6
1. OBJETIVOS	7
1.1.1 OBJETIVO GENERAL	
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2.1 DEFINICIÓN	
1.2.2 JUSTIFICACIÓN	9
1.3 MARCO TEÓRICO	10
1.4 MATERIALES Y MÉTODOS	11
1.4.1 MATERIALES	
1.4.2 METODOLOGÍA	
1.5 DESARROLLO DEL PROYECTO	12
1.5.1 ANÁLISIS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO	
1.6 CRONOGRAMA	13
1.7 CONCLUSIONES	14
1.8 RECOMENDACIONES	15
1.9 BIBLIOGRAFÍA	16

RESUMEN

En este estudio se caracterizó los pacientes adultos con diagnóstico de fibromialgia que consultaron en la Clínica Unimed en el periodo Junio 2018 a Julio 2019 en la ciudad de Bogotá, según sus condiciones sociodemográficas, escala de dolor antes y después de terapias alternativas y calidad de vida. Fue realizado por medio de revisión de la historias clínicas de la base de datos de Unimed y luego se les realizó una encuesta telefónica de 12 preguntas de la escala PSN.

Obtuvimos que en esta población el 96% fueron mujeres, el 86% estaban en menopausia, con una media de edad 52 años, el 95.9% residen en zona urbana, las condiciones clínicas asociadas son 35 % discopatía de columna, 35 % osteoartrosis, tendinopatías 19%, el 41 % tienen asociado depresión, los medicamentos más usados 50% acetaminofén 37 % opioides

Se realizó prueba de Kruskal walls y se encontró una $P < 0.05$ con la escala visual análoga del dolor antes y después del manejo con terapias alternativas

En las preguntas de la encuesta calidad de vida el 71 % refieren fatiga continua, dolor en las noches 83%, los deprime la situación 64%, han perdido su sociabilidad 78% y tienen alteraciones de movilidad 77%.

Así vemos como la fibromialgia es una enfermedad de dolor crónico, que genera muchas repercusiones a nivel personal y social, las terapias alternativas proporciona otra opción de tratamiento con mínimos efectos adversos.

INTRODUCCIÓN

Casi todas las enfermedades reumáticas son crónicas y con frecuencia provocan discapacidad e importantes alteraciones en la calidad de vida de los pacientes que las presentan. Las pacientes con dolor crónico o cuando ya tienen diagnóstico de Fibromialgia frecuentemente se ven avocadas a situaciones de incompreensión ante familiares, amigos y el personal de las entidades de salud que las atienden, dadas las características subjetivas de sus síntomas (dolor, fatiga, sueño, reacciones emocionales, aislamiento social etc) y se les expresa comúnmente que son síntomas incurables, sin tratamiento eficaces, que tienen dificultades mentales o que son “cansonas”, “manipuladoras” y un sin número de expresiones que inciden en su esfera emocional y mental agravando sus dolencias. Así mismo, sus cuadros clínicos complejos y su relación con otras enfermedades crónicas como la artritis reumatoide hacen que desde entidades que manejan la salud, sean consideradas como pacientes de alto costo (Resolución 3974 del 2009, proferida por el Ministerio de Salud) y ello también influye negativamente en su atención, por la lógica administrativa de bajar costos.

Es frecuente que las pacientes de fibromialgia refieran que el tratamiento convencional no proporciona una eficacia satisfactoria o puede provocar efectos adversos y/o secundarios, y por esta razón las pacientes buscan otras alternativas de tratamiento basándose en valores y creencias propias para tener control sobre la enfermedad o simplemente obtener un mayor alivio, principalmente cuando el síntoma es el dolor, pero también por los trastornos del sueño y otros síntomas que alteran su calidad de vida.

Existen otros tratamientos alternativos y complementarios para el manejo de esta patología, como los ofrecidos en la Clínica Juan N Corpas UNIMED de la Ciudad de Bogotá. Como en ésta, hay una población de pacientes que se atiende con diagnóstico de fibromialgia y no se conocen estudios anteriores sobre su perfil clínico y sociodemográfico, hemos seleccionado un grupo de pacientes que consultaron en el último año, y que, además de su perfil, se quiso medir como ha incidido el tratamiento recibido en su calidad de vida, aplicando las preguntas de la encuesta NPS en el que se valoraron variables como energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad física. Por lo tanto, el presente estudio describe el panorama sociodemográfico y clínico de pacientes atendidos con diagnóstico de fibromialgia.

1. OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes adultos con diagnóstico de fibromialgia, que consultan a la clínica UNIMED, entre Junio del 2018 y Junio del 2019.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aplicar 12 preguntas seleccionadas del PSN para valorar la calidad de vida relacionada con salud en los paciente con diagnóstico de fibromialgia en UNIMED

Evaluar la presencia de cambios en el puntaje de la escala visual análogo (EVA) del dolor en pacientes con una valoración inicial y otra posterior de los tratamientos alternativos y la significancia de estas diferencias .

Explorar como otras condiciones crónicas (asociadas a dolor crónico o no) pueden presentarse asociadas al diagnóstico de fibromialgia.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Que tal si se conociera los perfiles sociodemográficos, clínicos y la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Fibromialgia que se atienden en la Clinica Juan N Corpas Unimed?. Qué información necesitamos para ajustar un modelo de atención médica integrativa para obtener tratamientos más eficaces?. Que paquetes de servicios de salud se pueden ofertar a la EPSs utilizando la información del presente estudio?

Precisemos que la fibromialgia es un trastorno crónico que causa dolores musculares y fatiga. Los síntomas de la fibromialgia son dolor y sensibilidad en todo el cuerpo. Su tratamiento se puede hacer con medicamentos, cambios en el estilo de vida y terapias complementarias.

La fibromialgia se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos (puntos dolorosos), pero no es un dolor originado en las articulaciones.

La fibromialgia, al igual que otras enfermedades reumáticas corresponden a un grupo de enfermedades multifactoriales, que afectan en particular el tejido musculoesquelético y conectivo. Son enfermedades sistémicas con síntomas como dolor crónico, pérdida sistemática de la motricidad, fatiga muscular y pueden afectar significativamente el sistema nervioso central con cambios en la personalidad y rendimiento cognitivo y el sistema nervioso periférico induciendo a neuropatías. En este tipo de enfermedades cobran importancia las representaciones mentales y emocionales que hacen referencia a las características, etiquetas y causas que se le atribuyen tanto al trastorno en sí, como al tratamiento y sus consecuencias posteriores. Por ello, es frecuente que se aumente el riesgo de desarrollar ansiedad (expresado a partir de conductas evitativas) y depresión (expresada en sensaciones de tristeza y enfermedad recurrentes¹)

La fibromialgia en Colombia afecta del 0.5% al 5% de la población general con predominio en el género femenino (relación 11:1), pudiendo aparecer en cualquier grupo etareo, tiene una prevalencia mayor entre 40 y 49 años, se puede presentar como fibromialgia primaria, es decir como única alteración, o asociada a otras enfermedades (fibromialgia concomitante), tales como lupus eritematoso sistémico (LES), artritis reumatoide, síndrome de intestino irritable, depresión, migraña entre otras². Además del dolor, la fibromialgia ocasiona muchos más síntomas: el 90% de los pacientes presentan cansancio, entre el 70 y 80% presentan trastornos del sueño y hasta un 25% ansiedad o depresión..

1.2.2 JUSTIFICACIÓN

En Colombia los enfermos con FM se han calificado con la peor calidad de vida, por debajo de los pacientes con enfermedades inflamatorias como la AR, enfermedades autoinmunes sistémicas, LES y otras condiciones de dolor crónico generalizado. Este deterioro ha sido relacionado con el compromiso de la capacidad funcional por dolor, mal patrón del sueño, menor productividad, mayores comorbilidades, mayor uso crónico de analgésicos y aumento de los costos.³

Es así, que se ha propuesto que se considere a la FM como un trastorno dimensional complejo, más allá de la simple representación del dolor crónico, se considere el impacto en la calidad de vida de estos enfermos, especialmente en los aspectos relacionados con la función física, la fatiga y los trastornos mentales asociados como depresión y ansiedad³². Es importante conocer la caracterización de los pacientes con fibromialgia que consultan en el centro médico unimed ya que en la literatura se encuentra una incidencia mayor en mujeres ,prevalencia

mundial 0.5 -9 %, en España causa euros, en Latinoamérica 54% tuvo más de 10 días de incapacidad, 30% perdió su trabajo , con este estudio se podrá aportar con datos reales de la población colombiana.³

Conociendo la multicausalidad de la fibromialgia y la pobre respuesta de los tratamientos daremos a conocer la evolución del dolor de los paciente a través de escala de la escala visual análoga del dolor antes y después de terapias alternativas tales como terapia neural, campo magnético, cámara hiperbárica, acupuntura, homeopatía y sueros con catalizadores

Este estudio va aportar la percepción de la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia a través de 12 preguntas de la encuesta PSN (Nottingham Health Profile)

1.3 MARCO TEÓRICO

La palabra fibromialgia significa dolor en los músculos y en el tejido fibroso (ligamentos y tendones). Se caracteriza por dolor músculoesquelético generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos (puntos dolorosos). Este dolor se parece al originado en las articulaciones pero no es una enfermedad articular. Esta patología poco conocida ya se referenciaba como la presencia de un conglomerado sintomático en los textos bíblicos muy antiguos. Hace unos 150 años, científicos alemanes denominaron "reumatismo muscular" a síntomas asociados a dolores osteomusculares generalizados y la existencia de nódulos dolorosos a la presión. Balfour en 1824 y Valleis en 1841 fueron pioneros en relacionar los puntos dolorosos y el reumatismo; Frorier en 1843 comentó que los pacientes con "reumatismo" tenían puntos musculares "duros" dolorosos a la presión. A finales del siglo XIX, Beard describió un cuadro de dolor generalizado que denominó "mioastenia" y que posteriormente fue considerado como un proceso cercano a la neurastenia. A principios del siglo XX Gowers introdujo el término de "fibromiositis" para describir un cuadro de hipersensibilidad muscular caracterizada por un conjunto de nódulos fibrosos constituidos por tejido colágeno y terminaciones nerviosas extraordinariamente dolorosas a la presión y al esfuerzo mecánico muscular, con etiología diversa. Posteriormente Moldofsky en 1965 comprobó que en los pacientes con "fibromiositis" existía una contaminación de las fases IV del sueño por ondas alfa ampliando el cuadro clínico. En 1972 Smythe organizó los "puntos dolorosos a la presión" o "tender points" y estableció los primeros criterios diagnósticos .(4)

La palabra Fibromialgia fue acuñada en 1976 y proviene de los términos latinos fibro (fibroso), mio (músculo) algia (dolor) .En los años ochenta se realizan los primeros estudios para definir esta enfermedad y se publican las bases de ésta bajo términos como "Fibromialgia", "síndrome miofascial" y "tendomiopatía generalizada"

. En 1987, la Asociación Médica Americana la reconoció como una patología real y una posible causa de la discapacidad la cual ha aumentado significativamente en los últimos años . Otras organizaciones como el National Institutes of Health (NIH) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la han aceptado como entidad clínica legítima, definida según el American College of Rheumatology como dolor generalizado con duración mayor o igual a tres meses en al menos 11 de los 18 puntos específicos hipersensibles en el examen aplicando aproximadamente 4kg/cm² de presión necesaria para detectar diferencias entre la activación cerebral del dolor, de manera bilateral de los hemicuerpos del paciente .

Aunque la combinación de estos dos criterios proporciona una sensibilidad del 88% y una especificidad del 81% en el diagnóstico de fibromialgia, se debe diferenciar de otras causas de dolor musculoesquelético crónico y síntomas adicionales . Hoy en día también es aceptable una clasificación para la, teniendo en cuenta el Índice de Dolor Generalizado (WPI) con puntuación >7 y la Escala de la Severidad de los Síntomas (SSS) con puntuación >5 o también WPI 3-6 y SSS>9 . En el siglo XXI, se demostró que existe una predisposición genética a desarrollarla mostrando en los estudios cierta agregación familiar. Según este modelo genético, se supone que en el individuo predispuesto, podría actuar un agente disparador, como un traumatismo (habitualmente a nivel del cuello), o una infección para desencadenarla. Finalmente, los últimos estudios mencionan las alteraciones en la bioquímica del músculo, que puede ser de la contracción muscular o de la transmisión nerviosa a nivel del sistema músculo esquelético, siendo estas muy aceptadas en la actualidad. Se han detectado en el sistema nervioso de personas con fibromialgia, niveles bajos de serotonina (importante en la regulación del dolor) e incremento de la sustancia P (sustancia productora del dolor).

Los estudios en la fibromialgia se han orientado a analizar si hay alteraciones en los músculos o en el sistema inmunológico, anomalías psicológicas, problemas hormonales o, como se ha señalado previamente, alteraciones en los mecanismos de percepción del dolor. Podría haber un componente genético desencadenado por el estrés y dormir mal.

90% de los pacientes tienen cansancio, el 70-80% trastornos del sueño y hasta un 25% ansiedad o depresión. También son muy frecuentes síntomas como mala tolerancia al esfuerzo, sensación de rigidez generalizada (sobre todo al levantarse por las mañanas), sensación de inflamación mal delimitada en manos y pies, hormigueos que afectan de forma difusa sobre a las manos, jaquecas, dolores en la menstruación, colon irritable, sequedad en la boca y los ojos.

Cuando los puntos dolorosos son más de 11 de los 18 señalados en la figura 1 en una persona con dolor generalizado, se puede hacer el diagnóstico de fibromialgia.

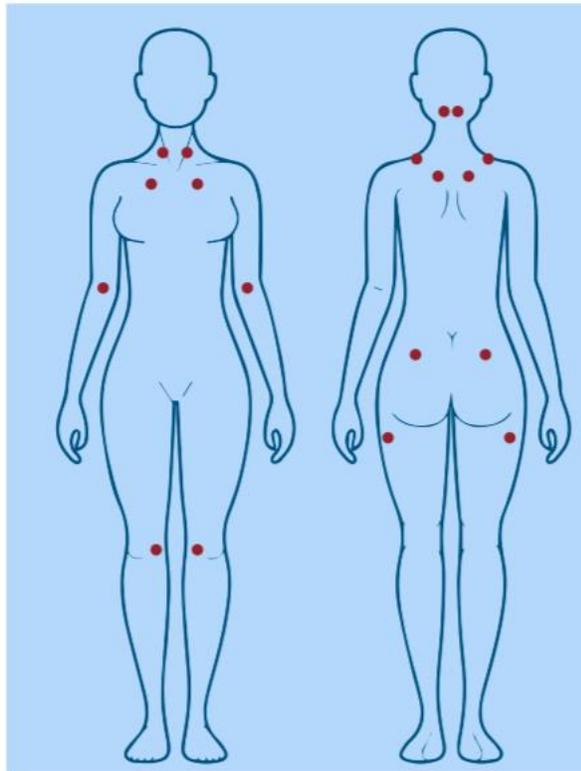


Figura 1. En el año 1990 el Colegio Americano de Reumatología (ACR) estableció los criterios diagnósticos de esta enfermedad

1. Dolor generalizado:

El dolor se considera generalizado cuando está presente en el lado izquierdo del cuerpo, dolor en el lado derecho, dolor sobre la cintura y dolor bajo en la cintura. Además hay dolor axial-cervical con dolor en la parte anterior del tórax o columna torácica o dolor lumbar.

2. Dolor en 11 de los 18 puntos gatillo con la presión digital:

- Occipucio: Bilateral, en la inserción del músculo sub-occipital.
- Cervical bajo: Bilateral, en la parte anterior de los espacios intertransversos C5 - C7.
- Trapecio: Bilateral, en el punto medio del borde superior.
- Supraespinoso: Bilateral, el origen sobre la espina de la escápula próximo al borde medial.
- Segunda costilla: Bilateral, en la segunda unión condro-esternal.
- Epicondilo lateral: Bilateral, a dos centímetros distal del epicóndilo.
- Glúteo: Bilateral, cuadrante supero- externo de la nalga en la parte abultada del músculo.
- Trocánter mayor: Bilateral, posterior a la prominencia trocantérea.

- Rodilla: Bilateral, en la almohadilla grasa media próxima a la línea articular.

La presión digital debe ser realizada con una fuerza aproximada de 4 kg/cm². Para que un punto gatillo sea considerado positivo el paciente debe sentir dolor, pues no es suficiente sentir presión o sensibilidad.

El dolor generalizado debe estar presente por lo menos durante 3 meses. Para realizar el diagnóstico es preciso que se cumplan los dos criterios.

El dolor en los pacientes con Fibromialgia es de tipo punzante o quemante y lo refieren usualmente a cuello, hombros, codos, caderas, rodillas y dorso, este suele acompañarse de envaramiento especialmente matinal que no mejora con el correr.

La prevalencia de la fibromialgia en la población general es entre 7.3% 12.9% en diferentes países. Afecta más de 10 millones de personas en Estados Unidos ,75-90% son mujeres. En Colombia la quinta Encuesta Nacional de Dolor concluyó que la proporción mujer:hombre para fibromialgia es de aproximadamente 4:1 (Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, 2010). La edad en que se diagnostica es 20-50 años. Según reportes del primer Congreso de Dolor y Anestesia regional del Oriente Colombiano del 2012, la fibromialgia ocupó el sexto lugar en las enfermedades dolorosas más comunes. Esta patología es más frecuente en la región andina oriental mientras mayor sea la edad del paciente, siendo usual en mujeres de la raza negra. Con relación a la ubicación geográfica, fue mayor la prevalencia en clima templado comparada con los climas cálido y frío; presentando también valores de actividad física menores en esta población. Se estima que cerca al 90% de las colombianas con fibromialgia son subdiagnosticadas y recibe una atención insuficiente.

Se han aprobado por la FDA algunos fármacos en el tratamiento de la fibromialgia. Entre ellos se encuentran: (I) pregabalina (interfiere en la transmisión central del dolor mediante la inhibición en la liberación de neurotransmisores excitadores, sustancia P, y glutamato), y (II) los inhibidores de la recaptura de serotonina-noradrenalina duloxetine y milnacipran. En forma de metaanalítica los gabapentinoides al parecer reducen en forma significativa el dolor, mejorando el dormir y la calidad de vida. La efectividad de pregabalina y amitriptilina posiblemente se deba a la intervención de estos medicamentos en las «vías de transmisión» del dolor relacionadas con canales de calcio de alto voltaje y con la familia K(v) de los canales de potasio. Los mecanismos relacionados con las vías serotoninérgicas noradrenérgicas explican la utilidad de duloxetine, milnacipran, y mirtazapina. El incremento en el número de receptores benzodiazepínicos a nivel periférico podría explicar el uso de olanzapina en algunos reportes. Dada la disminución de los receptores opioides en SNC la utilización de «fármacos opioides» no está recomendada por algunos autores. La efectividad sobre la disminución del dolor

entre pregabalina, duloxetina, amitriptilina y milnacipran no muestra diferencias significativas (reducción del dolor esperada del 30%), lo mismo se observa en relación con la presentación e intensidad de los efectos adversos. Metaanalíticamente se identifican disminuciones del dolor cercanas al 50% con duloxetina, milnacipran a dosis de 200 mg/día, pregabalina a dosis de 300 a 450 mg/día, y tramadol con paracetamol (37.5 mg de tramadol con 325 mg de paracetamol). Sin embargo, esas dosis de milnacipran y pregabalina se asocian con abandono por eventos adversos. De acuerdo con las guías de práctica americanas y alemanas el ejercicio aeróbico, la terapia cognitiva-conductual, la amitriptilina, y el «tratamiento multicomponente» tienen el más alto nivel de evidencia. El ejercicio aeróbico cuenta con una gran cantidad de estudios cuyo análisis metaanalítico soporta la recomendación de dicha intervención. Metaanalíticamente el abordaje «cognitivo-conductual» impacta positivamente y en forma significativa el afrontamiento y la percepción de la enfermedad. En forma metaanalítica existe evidencia moderada sobre el beneficio que presenta la hidroterapia (spa, balneario, otros) mostrándose reducción significativamente estadística en la reducción del dolor y de la calidad de vida por cortos períodos de tiempo. En forma metaanalítica no se demuestra que: el abordaje quiropráctico, la intervención homeopática y la acupuntura sean de utilidad en el tratamiento de la fibromialgia. Por el contrario, una revisión sistematizada sugiere que la medicina tradicional China presenta una tendencia favorable sin representación clínicamente significativa dado el número limitado de estudios.

La educación del paciente con fibromialgia hace parte de las intervenciones conductuales costo efectivas más aplicadas, la terapia cognitivo-conductual es el método más documentado de la literatura revisada. Generalmente se interviene a tres niveles: el primero son técnicas educativas de conexión cuerpo-mente, la segunda técnicas de relajación, y la tercera movimientos y ejercicios del tipo qigong; el Biofeed-back también ha mostrado su eficacia en el control sintomático, tanto de forma aislada como asociado a ejercicios y técnicas de relajación.

En este estudio vamos a utilizar 12 preguntas de la escala perfil de salud Nottingham PSN creada en Gran Bretaña en la década de los 80, originalmente diseñada para evaluar los problemas físicos sociales y emocionales en atención primaria y evaluación subjetiva del estado de salud

Se creó del examen de 768 pacientes con dolencias agudas y crónicas y del sickness impact profile SIP (1975) en la Universidad de Washington y Northwestern para analizar los cambios del comportamiento y grado de disfunción debido a una enfermedad.

PSN es una encuesta 12 preguntas sobre movilidad física, dolor, sueño aislamiento social, reacciones emocionales y nivel de energía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar la presencia de cambios en el puntaje de la escala visual análoga (EVA) del dolor en pacientes con una valoración inicial y una posterior al inicio de los tratamientos alternativos y la significancia de estas diferencias.
- Aplicar 12 preguntas seleccionadas del PSN para valorar la calidad de vida relacionada con salud en los pacientes con diagnóstico de FM en UNIMED
- Explorar otras condiciones crónicas (relacionadas a dolor crónico o no) que pueden presentarse asociadas al diagnóstico de fibromialgia.

Hipótesis

Al ser un estudio descriptivo no tiene hipótesis de investigación, con el se espera poder generar hipótesis para investigaciones en el futuro.

1.4 MATERIALES Y MÉTODOS

1.4.1 MATERIALES

Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo, que se realizará tomando datos de historias clínicas de pacientes que consultaron entre junio de 2018 y junio 2019, en UNIMED, Bogotá, Colombia.

Población objetivo

Pacientes que consultaron a UNIMED entre las fechas mencionadas con diagnóstico de fibromialgia (FM), asociado o no a otras enfermedades asociadas a dolor crónico como enfermedades autoinmunes, osteoartrosis, discopatías de columna, síndrome de túnel del carpo (STC), tendinopatías, migraña, síndrome de fatiga crónica (SFC) y cáncer, que cumplan criterios de inclusión y no tengan criterios de exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Dentro de los criterios de inclusión se encontrarán: mayores de 18 años, con diagnóstico de FM (se tendrán en cuenta los códigos CIE 10 que hacen referencia al diagnóstico trastorno muscular no especificado, dolor crónico no especificado, otros dolores crónicos, dolor crónico intratable) asociada o no a otras enfermedades relacionadas a dolor crónico ya mencionadas.

Los criterios de exclusión serán: Paciente menor de edad, paciente con diagnóstico de fibromialgia pero no recibió tratamiento de terapias alternativas, paciente sin diagnóstico real de fibromialgia.

Tamaño muestral

No se requiere cálculo de tamaño muestral dado que es un estudio descriptivo que tomarán todos los pacientes con los diagnósticos descritos que consultan a la institución UNIMED. El tamaño de muestra final fue de 226 pacientes.

Variables

Las otras variables que se pretenden recolectar describir la población serán las siguientes:

- Sociodemográficas: edad, raza (mestizo, negro, indígena), sexo, estrato socioeconómico, escolaridad, régimen de salud, asegurador, estado civil, situación laboral.
- Presencia o no de menopausia.
- Enfermedades asociadas a dolor crónico: osteoartrosis (OA), discopatías crónicas de la columna, síndrome de túnel de carpo (STC), tendinopatías (cualquier tipo de tendinitis, síndrome de manguito rotador, tendinitis de DeQuervain, epicondilitis entre otras), migraña, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, cáncer.
- Enfermedades autoinmunes: artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome de Sjögren (SS), espondiloartropatías (Sp).
- Antecedente de enfermedad mental: depresión, trastorno de ansiedad, trastorno mixto de depresión y ansiedad, trastorno afectivo bipolar (TAB), otros. Se buscó la presencia de esquizofrenia, pero ningún paciente lo presentó
- Número de consultas institucionales
- EVA inicial y en una segunda valoración posterior
- Tratamientos alternativos: Terapia neural, acupuntura, campos magnéticos, sueroterapia, oxigenoterapia, homeopatía, ozonoterapia, tratamientos metabólicos, esencias florales, farmacología vegetal, tratamiento vibracional, catalizadores, hidroterapia.
- Otros tratamientos: antiinflamatorios no esteroideos (AINE) /inhibidores selectivos de la COX2 (COX2)/ dipirona, acetaminofén, opioides u opiáceos,

gabapentinoides, inhibidores selectivos de receptación serotonina (ISRS), antidepresivos duales (ADD): duloxetina, venlafaxina, desvenlafaxina, antidepresivos tricíclicos (ADT): amitriptilina, imipramina, mirtazapina, esteroides, carbamazepina (CBZ), Otros (ciclobenzaprina, relajantes musculares, medicamentos para el manejo de artrosis como diacereina, glucosamina, cloruro de magnesio, entre otros)

- Preguntas basadas en el perfil de salud de Nottingham (PSN) para valorar la calidad de vida relacionada con salud en los paciente con diagnóstico de fibromialgia en UNIMED.

Tabla operacional de variables

Nombre de la variable (Base de datos)	Nombre completo y observación.	Naturaleza	Nivel de Medición	Código (Valores que toma la variable)
Edad	Edad en años	Cuantitativa	Razón	Edad >18 documentada en años
Raza	Mestiza, negro, indígena.	Cualitativa	Nominal	1: Mestiza 2: Negro 3: Indígena 0: sin dato
Sexo	Sexo	Cualitativa	Nominal	1: Femenino 2: Masculino
Zona de residencia	Residencia en área rural o urbana	Cualitativa	Nominal	1: Urbana 2: Rural 0: Sin dato
Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico según vivienda	Cuantitativa	Intervalo	De 1 (menor) a 6 (mayor) 0: sin dato
Escolaridad	Nivel educativo	Cualitativa	Ordinal	1: Analfabeta 2: Primaria 3: Secundaria incompleta 4: Secundaria completa 5: Técnico/tecnólogo 6: Profesional 7: Posgrado 0: Sin dato
Regimen de salud	Regimen de aseguramiento en salud	Cualitativa	Nominal	1: Contributivo 2: Subsidiado 3: Particular 0: Sin dato
EPS	Entidad promotora de salud a la que esta afiliada al pacientes	Cualitativa	Nominal	1: Sanitas 2: Medimas 3: Salud total 4: Famisanar 5: Nueva EPS 6: Compensar 7: Particular 0: Sin datos
Estado civil	Estado civil del paciente	Cualitativa	Nominal	1: Soltero 2: Casado

					3: Unión libre 4: Separado 5: Viudo 0: Sin dato
	Situacion laboral	Situacion laboral actual del paciente	Cualitativa	Nominal	1: Empleado 2: Desempleado 3: Independiente 4: Ama de casa 5: Pensionado 6: Estudiante 0: No dato
	Menopausia	Ha presentado o no la menopausia	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: no 3: No aplica
Diagnósticos secundarios (asociados a dolor crónico)	Artritis reumatoide	Diagnóstico de AR	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: no
	Lupus eritematoso sistémico	Diagnóstico de LES	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: no
	Síndrome de Sjogren	Diagnóstico de SS	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: no
	Espondiloartritis	Diagnóstico de Sp	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: no
	Discopatías de columna	Antecedente de columna con discopatía cervical, dorsal y lumbar	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: no
	Osteoartritis	Diagnóstico de OA	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: no
	Síndrome de tunel del carpo	Diagnóstico de Síndrome de tunel del carpo	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: no
	Tendinopatías	Diagnóstico de enfermedades como cualquier tipo de tendinitis, síndrome de manguito rotador, tendinitis de DeQuervain, epicondilitis entre otras	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: no
	Migraña	Diagnóstico de Migraña	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: no
	Apnea del Sueño	Diagnóstico de apnea del sueño	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: no
	Síndrome de Fátiga Crónica	Diagnóstico de síndrome de fatiga crónica	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: no
	Cáncer	Diagnóstico de cualquier tipo de cáncer	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: no
	Antecedente de enfermedad mental	Paciente con antecedente de enfermedades mentales	Cualitativa	Nominal	1: Depresión 2: Trastorno de ansiedad

				3: trastorno de ansiedad y depresión 4:TAB 5:No tiene enfermedad mental 0: sin dato
Numero de consultas institucionales	Numero de enfermedades crónicas que tiene el paciente	Cuantitativa	Razón	Numero de consultas institucionales
EVA inicial	Escala analoga de dolor valoracion inicial registrada	Cuantitativa	Razón	De 0 (numero menor), a 10 (numero mayor) Si no hay dato se dejara la celda vacia (.)
EVA final	Escala analoga de dolor valoracion final registrada	Cuantitativa	Razón	0 (numero menor), a 10 (numero mayor) Si no hay dato se dejara la celda vacia (.)
Tratamientos recibidos (alternativos)	Terapia Neural	El paciente ha recibido tratamiento con terapia neural	Cualitativa	Nominal 1:Si 2:No 0:sin dato
	Acupuntura	El paciente ha recibido tratamiento con acupuntura	Cualitativa	Nominal 1:Si 2:No 0:sin dato
	Campos magnéticos	El paciente ha recibido tratamiento con Campos magnéticos	Cualitativa	Nominal 1:Si 2:No 0:sin dato
	Sueroterapia	El paciente ha recibido tratamiento con suero	Cualitativa	Nominal 1:Si 2:No 0:sin dato
	Oxigenoterapia	El paciente ha recibido tratamiento con oxigeno	Cualitativa	Nominal 1:Si 2:No 0:sin dato
	Homeopatía	El paciente ha recibido tratamiento con medicamentos homeopáticos	Cualitativa	Nominal 1:Si 2:No 0:sin dato
	Ozonoterapia	El paciente ha recibido tratamiento con ozono	Cualitativa	Nominal 1:Si 2:No 0:sin dato
	Tratamiento metabólico	El paciente ha recibido tratamiento metabólico	Cualitativa	Nominal 1:Si 2:No 0:sin dato
	Terapia vibracional	El paciente ha recibido tratamiento con terapia vibracional	Cualitativa	Nominal 1:Si 2:No 0:sin dato
	Esencias florales	El paciente ha recibido tratamiento con esencias florales	Cualitativa	Nominal 1:Si 2:No 0:sin dato
Farmacología vegetal	El paciente ha recibido tratamiento con farmacos vegetales	Cualitativa	Nominal 1:Si 2:No 0:sin dato	

	Catalizadores	El paciente ha recibido tratamiento con catalizadores	Cualitativa	Nominal	1:Si 2:No 0:sin dato
	Hidroterapia	El paciente ha recibido hidroterapia	Cualitativa	Nominal	1:Si 2:No 0:sin dato
Otros tratamientos (medicamento para dolor)	AINE/Cox2/dipirona	Tratamiento conjunto con cualquier antiinflamatorio no esteroideo, Inhibidos selectivo de la COX2 o dipirona a cualquier dosis y frecuencia	Cualitativa	Nominal	1:Si 2:No 0:sin dato
	Acetaminofen	Tratamiento conjunto con acetaminofen a cualquier dosis y frecuencia	Cualitativa	Nominal	1:Si 2:No 0:sin dato
	Opiodes	Tratamiento conjunto con cualquier opioide a cualquier dosis y frecuencia	Cualitativa	Nominal	1:Si 2:No 0:sin dato
	Gabapentinoides	Tratamiento conjunto con pregabalina o gabapentina a cualquier dosis y frecuencia	Cualitativa	Nominal	1:Si 2:No 0:sin dato
	Inhibidores selectivos de receptación serotonina	Tratamiento conjunto con cualquier ISRS como fluoxetina, sertralina, escitalopram entre otros a cualquier dosis y frecuencia	Cualitativa	Nominal	1:Si 2:No 0:sin dato
	Antidepresivos duales	Tratamiento conjunto con cualquier ADD como duloxetina, venlafaxina, desvenlafaxina u otros a cualquier dosis y frecuencia	Cualitativa	Nominal	1:Si 2:No 0:sin dato
	Antidepresivo Triciclicos	Tratamiento conjunto con cualquier ADT como amitriptilina, imipramina, mirtazapina u otros a cualquier dosis y frecuencia	Cualitativa	Nominal	1:Si 2:No 0:sin dato
	Esteroides	Tratamiento conjunto con cualquier esteroides orales (prednisolona, metilprednisolona, deflazacort) o paraterales (IV o SC) a cualquier dosis y frecuencia	Cualitativa	Nominal	1:Si 2:No 0:sin dato
	Carbamazepina	Tratamiento conjunto con carbamazepinna a	Cualitativa	Nominal	1:Si 2:No 0:sin dato

		cualquier dosis y frecuencia			
	Otros	Tratamiento conjunto con otros medicamentos para manejo de artrosis (diacereina, glucosamina), cloruro de magnesio, relajantes musculares (tizanidina, ciclobenzaprina, otros), dololed	Cualitativa	Nominal	1:Si 2:No 0:sin dato
	Terapias alternativas agrupadas por el número de terapias recibidas	Pacientes agrupados según el número de terapias alterativas recibidas	Cualitativa	Ordinal	1: No recibí ninguna terapia alternativa 2: Recibí al menos un tipo de terapia alternativa 3: Recibí 2 combinaciones de terapia alternativa 4: Recibí 3 combinaciones de terapia alternativa 5: Recibí 4 o más combinaciones de terapia alternativas 0:sin dato
	Medicamentos para manejo del dolor agrupados por combinaciones relevantes	Paciente que recibió combinaciones relevantes (por el alto riesgo de toxicidad reportado por interacción)	Cualitativa	nominal	1: Manejo con Opioides combinado con gabapentinoides 2: Manejo con combinación de ISRS y/o ADD y/o ADT 3: combinaciones de ambos grupos 4: No reciben estas combinaciones 0:sin dato
	Polimedicación para manejo del dolor	Pacientes polimedicados para manejo del dolor (3 o más medicamentos)	Cualitativa	nominal	1: Pacientes sin medicamentos para manejo de dolor crónico 2: Pacientes manejados con 2 o menos medicamentos para el manejo de dolor crónico 3: Pacientes manejados con 3 o más

				medicamentos para control de dolor crónico 0:sin dato
<i>Preguntas basadas en el perfil de salud de Nottingham (PSN)</i>	12 preguntas tomadas de la versión inicial de adaptación al español del perfil de salud de Nottingham (PSN) para valorar la calidad de vida relacionada con salud en los paciente con diagnóstico de FM en UNIMED. El objetivo no es puntuar la escala total	Cualitativa	Nominal	1: Si 2:No

Recolección de datos

- Los datos socio demográficos, características clínicas y tratamientos recibidos por los pacientes se tomaron de la historia clínica de UNIMED y se recolectaron en una base de datos realizada en una hoja de cálculo de Google (marca registrada). A esta solo accederán los investigadores participantes en el estudio y los datos se guardarán con un código para preservar la confidencialidad del paciente.
- Se contactará a los pacientes telefónicamente con la aplicación de 12 preguntas de la escala PSN para valorar calidad de vida por medio de un formato en Google forms (marca registrada) al que solo podrán acceder los investigadores y que migrará los resultados a una hoja de cálculo de Google (marca registrada). Previo al inicio de la llamada se solicitará consentimiento informado vía telefónica para participar, en caso de negarse a participar se excluirán del estudio.

1.4.2 METODOLOGÍA

Se realiza revisión de bases de datos de UNIMED, se filtra paciente con diagnóstico de fibromialgia, posterior de revisa historia clínica de los pacientes, se obtiene datos sociodemográficos, además validación de la EVA en primera y última consulta

1.5 DESARROLLO DEL PROYECTO

En la caracterización de la población se encontró total paciente 226.

96.02% mujeres 3.98% hombres, media de la edad 52.6 años, raza más frecuente mestiza, casados 49.3% ,solteros 20.9% unión libre 15%,el 95.9% viven en zona urbana,no hay población analfabeta

El 97% pertenecen al régimen contributivo de salud ,las eps son Sanitas Medimas y Salud total.

El 86% de las mujeres presentan menopausia.

Las condiciones clínicas asociadas a dolor crónico 35%discopatia de columna ,35% osteoartrosis,19% tendinopatías, 11% migraña.

El 41.9% presentan enfermedad psiquiátrica depresión.

Los medicamentos más usados son 50% acetaminofén ,37% opioides.

El 80.53% tenían valoración de EVA inicial al tratamiento con terapias alternativas,y el 65.92% una segunda valoración de EVA

La prueba de Kruskal-Wallis no paramétrica evidenció una $P < 0.05$ entre el puntaje EVA inicial y EVA después de tratamiento con terapias alternativas.

El 66% de la población aceptó realizar las 12 preguntas de la escala PNS.

Respecto a la energía el 71% manifiestan fatiga continua, al dolor el 81% presentan dolor en las noches , el 64% se deprimen fácilmente, 27% tienen afectada su parte social por dificultad al relacionarse

1.5.1 ANÁLISIS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

En la caracterización de la población de Unimed Bogotá es muy similar a la revisión de la bibliografía en fibromialgia respecto al predominio en el sexo femenino .

Es importante resaltar el aporte que darían las terapéuticas alternativas a la mejoría del dolor con mínimos efectos adversos .

Al observar la concomitancia con enfermedades psiquiátricas como depresión , muestra la importancia del abordaje de los pacientes con un equipo multidisciplinario como lo reporta la bibliografía apoyando con psicoterapias.

Análisis de datos.

Objetivo general:

- *Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes adultos con diagnóstico de fibromialgia, que consultan a la clínica UNIMED, entre Junio del 2018 y Junio del 2019.*

Para cumplir este objetivo se describirán las características sociodemográficas, clínicas y tratamientos de la población con fibromialgia de UNIMED (Tabla operacional de variables). Las variables categoricas se describirán con frecuencia absoluta y porcentaje. Las variables continuas en medias y desviación estandar o en medianas y rango intercuartil, dependiendo de cumplimiento supuesto

distribucion normal. Este se valorará por medio de la prueba de Shapiro Wilk que ha mostrado tener un mejor desempeño, inclusive que la de Kolmogorov-Smirnov, aunque los datos sean mayores a 50 registros para una variable.

Se considerará una distribución normal si en la prueba de Shapiro Wilk $p > 0.05$.

Objetivos específicos:

- *Evaluar la presencia de cambios en el puntaje de la escala visual análoga (EVA) del dolor en pacientes con una valoración inicial y una posterior al inicio de los tratamientos alternativos y la significancia de estas diferencias.*

Para esto se comparará en los pacientes con 2 valoraciones el EVA inicial y de segunda valoración, se reportarán los hallazgos en valores absolutos de la escala y a estos se les calculará las medias y desviación estandar (DE) o en medianas y rango intercuartil (RI) dependiendo de cumplimiento supuesto distribución normal, que se valorará como se explicó.

Se buscarán diferencias entre los valores de la escala tomada inicial y en la segunda valoración, si los datos cumplen una distribución normal se hará una prueba t para muestra no pareadas, si no lo cumplen, se realizará una prueba de Kruskal-Wallis. Ambas se consideran significativas con un valor de $p < 0.05$

- *Aplicar 12 preguntas seleccionadas del PSN para valorar la calidad de vida relacionada con salud en los pacientes con diagnóstico de FM en UNIMED*

Para este objetivo se realizará la encuesta mencionada con 12 preguntas, que tiene respuestas afirmativas (SI) y negativas (NO) para cada una y se tendrá en cuenta la frecuencia y porcentaje de las respuestas para cada pregunta, con esto se analizará el comportamiento en los dominios de las preguntas. No se desea puntuar la escala, solo realizar un sondeo exploratorio.

- *Explorar otras condiciones crónicas (relacionadas a dolor crónico o no) que pueden presentarse asociadas al diagnóstico de FM.*

Se explorará la presencia de enfermedades mentales, otras enfermedades crónicas (ya mencionada) y la presencia de menopausia en los pacientes con FM, para esto se reportarán los datos a como se escribió en los objetivos previamente descritos.

Programa para analizar los datos

Stata 13

1.7 CONCLUSIONES

El grupo de mujeres la edad del diagnóstico es cercana a los 19 años mientras en hombres a los 32 años. Todos son de raza mestiza, la mayoría solteros, casado o en unión libre (20.9%, 49.3% y 15% respectivamente).

La FM es muy común en mujeres con menopausia, de 217 mujeres de este grupo con FM 86.18%

Llama la atención la baja frecuencia del síndrome de fatiga crónica (SFC) en esta serie, dado coexiste con la fibromialgia en muchas ocasiones, lo cual nos podría estar hablando de un subdiagnostico,

En cuanto a la enfermedad psiquiátrica, el 41.94 % de pacientes presentaban una enfermedad psiquiátrica siendo depresión y el trastorno mixto de ansiedad y depresión las mas comunes. No se encontró esquizofrenia entre los datos de los pacientes analizados

Finalmente, se anota que los 8 pacientes con FM que presentaron cáncer, este fue de tiroides o de mama

la depresión dado que es la enfermedad psiquiátrica que más se presenta.

La terapia más utilizada es la terapia neural, seguida por campos magnéticos, la acupuntura y homeopatía, la menos utilizada es la terapia vibracional y los catalizadores. Generalmente en un paciente con FM, estas terapias se usan en combinación.

La polimedicación para manejo del dolor en estos pacientes y que podría inclusive empeorar la sintomatología dolorosa o producir más riesgo que beneficio.

Dentro de las limitaciones para realizar el estudio fue el acceso a las historias clínicas, historias clínicas incompletas donde no se reportaba escala del dolor, tampoco se encontró datos sobre alimentación y ejercicio.

Responsabilidades éticas

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad. Los autores declaran que en este trabajo no aparecen datos personales de los pacientes.

Consentimiento informado. Este trabajo se trata de una de una situación particular, basada en la revisión de las historias clínicas de los pacientes que consultaron por fibromialgia en la clínica Juan N Corpas -UNIMED-, y aunque no se realizó valoración directa, a los pacientes, a los usuarios involucrados en el estudio se les explicó quiénes eran los encuestadores, el objetivo del estudio y se les hizo una pregunta inicial: ¿Quiere participar en la encuesta?, los pacientes que estuvieron de acuerdo continuaron en la investigación y fueron descartados quienes no aceptaron participar.

1.8 RECOMENDACIONES

Recomendamos para mejorar la calidad de las historias clínicas sugerimos al personal médico realizar siempre una escala de dolor que permita realizar estudios comparativos.

Realizar una nueva evaluación 2020 de escala de dolor a los pacientes de la muestra para observar el comportamiento de su dolor

Posibilidad de realizar un estudio pacientes con fibromialgia con cada una de las terapias alternativas individualmente.

1.9 BIBLIOGRAFÍA

- [1] Cayetano Alegre de Miguel. “tratamientos alternativos en la fibromialgia (fm) y el síndrome de fatiga crónica (SFC)” Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de la Vall d’Hebrón. Barcelona
- [2] Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel (*NIAMS, según sus siglas en inglés*). «[Fibromialgia](#)». 2013.
- [3] [Resolución 3974 del 2009](#). Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
- [4] Javier Porro Novo, Adonis Estévez Pereira y otros. “Guía para la rehabilitación de la fibromialgia”. Revista Cubana de Reumatología. [Vol. 17, No. 2 Suppl. 1 \(2015\)](#).
- [5] Artículo en pdf enfermedades reumáticas en Colombia: 15 años de investigaciones psicológicas. Revista Universitas médica V.58 No.2 abril-junio, 2017, disponible en la página: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/58-2%20\(2017-II\)/231053764007/231053764007visorjats.pdf](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/58-2%20(2017-II)/231053764007/231053764007visorjats.pdf)
- [6] Artículo: Fibromialgia, un llamado al manejo multidisciplinario. Revista colombiana de reumatología, disponible en la página: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcre/v23n1/v23n1a01.pdf>