

Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen IX Número 9 y 10; 2007 ISSN: 1817-5996

www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO ORIGINAL

Calidad de vida y rehabilitación en pacientes con Fibromialgia

Cisneros Perdomo Vianka*, Friol González Jesús**, Sánchez Saucedo Edeleidys***, González Roig Jorge****, Rodríguez Boza Edith M*****

*Especialista de primer grado en Medicina Física y Rehabilitación

**Especialista de segundo grado en Reumatología

*** Especialista de primer grado en Bioestadística

**** Especialista de segundo grado en Medicina Física y Rehabilitación.

***** Especialista de primer grado en Higiene y Epidemiología

Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz, Instituto superior de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana, Cuba

RESUMEN

La fibromialgia es una enfermedad frecuente, caracterizada principalmente por dolor crónico generalizado y otros síntomas asociados, es costosa y desgastante física y psicológicamente. Con el propósito de valorar la calidad de vida y el tratamiento rehabilitador en pacientes fibromiálgicos del Hospital Julio Díaz, durante el año 2006, se realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal prospectivo de 50 pacientes diagnosticados en la consulta de reumatología de dicho hospital que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión seleccionados. La información fue recogida a través de una encuesta sobre datos sociodemográficos y síntomas de la enfermedad y a través del Perfil de Salud de Nottingham. Se utilizaron los Criterios diagnósticos de fibromialgia del Colegio Americano de Reumatología para la realización del diagnóstico. Se calcularon porcentajes y promedios, se usaron números absolutos y la prueba estadística de comparación de muestras pareadas de Mc Nemar. Los resultados se presentaron en tablas estadísticas y gráficos. La mayor cantidad de pacientes afectados con fibromialgia fueron mujeres casadas, de mediana edad, trabajadoras y con un nivel de escolaridad medio. Los síntomas que más afectaron a la población estudiada fueron el dolor generalizado, cansancio, ansiedad, depresión, dificultades con el sueño, trastornos de la memoria, rigidez matutina, dolores de cabeza, sensación de asfixia o falta de aire, hinchazón en manos y pies y las palpitaciones. La calidad de vida de los pacientes fibromiálgicos estudiados se estimó como mala antes del tratamiento. Después de la rehabilitación continuó valorándose igual, a pesar de que las dimensiones del estado de salud estudiadas se redujeron significativamente. Los resultados evidencian la necesidad de realizar estudios de prevalencia en Cuba para conocer mejor el comportamiento de la fibromialgia, además de la creación de grupos o club en todo el país para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras claves: fibromialgia, calidad de vida, rehabilitación

INTRODUCCIÓN

La medicina nació como respuesta pragmática a la necesidad de aliviar el dolor, el sufrimiento y la incapacidad. Hasta la primera mitad del siglo XX estuvo dirigida a la investigación y erradicación de las enfermedades infecciosas. Ya en la segunda mitad, con el desarrollo científico técnico alcanzado y el aumento de la expectativa de vida,¹ estas enfermedades se fueron erradicando y comenzaron a incrementarse las afecciones crónicas y discapacitantes, las cuales han sido

objeto de diversas investigaciones debido a su repercusión en la calidad de vida de la población.

Una de estas enfermedades es la fibromialgia (FM), entidad que constituye un modelo de dolor crónico. Es frecuente, desgastante física y psicológicamente, además de costosa, y sus múltiples factores etiológicos alteran significativamente la calidad de vida del paciente afectado.²⁻⁵

La FM indica dolor en tejidos fibrosos, músculos, tendones, ligamentos y otras zonas. Se puede afectar cualquier tejido fibromuscular, pero los del occipucio, cuello, hombro, tórax, zona baja de la espalda y muslos lo hacen con mayor frecuencia.⁶ Es una entidad controvertida en el ámbito médico y es considerada también como un síndrome, en el cual la característica más significativa es la presencia del síntoma dolor.⁷ Está incluida dentro de los reumatismos de partes blandas, ocasionando en éstos un dolor de intensidad variable y cansancio generalizado que se hacen crónicos. Los síntomas característicos incluyen además, un patrón de sueño no restaurativo, rigidez matinal, fatiga, parestesias que no siguen un dermatoma, desórdenes afectivos con elevado nivel de ansiedad y depresión, cefaleas crónicas, disfunción sexual y disminución de la capacidad de trabajo intelectual, por el dolor y la fatiga.

Constituye el desorden reumatológico más frecuente después de la osteoartritis y la artritis reumatoide.⁷ Su frecuencia varía hasta un 5 por ciento en la población general,⁸ aunque la mayor parte de los estudios reportan una prevalencia de alrededor del 2 por ciento.^{5,7-9} Las mujeres son las más afectadas, sobre todo las de mediana edad.^{5,7-9}

En Estados Unidos se reportan alrededor de 3 a 6 millones de americanos que sufren de FM,⁷ y en España está afectado el 2.3 por ciento de la población.⁹ En nuestro país no se encontraron estudios sobre la prevalencia de esta entidad.

No se conoce la causa de la FM pero se han descrito casos que debutan después de una infección, accidentes, conflicto familiar o en el curso de otras enfermedades reumatológicas u oncológicas. Algunos estudios sugieren niveles anormales de sustancias químicas involucradas en la transmisión y amplificación de la sensación de dolor, que junto con las alteraciones del sueño explicarían gran parte de la patogénia.

Recientemente, un equipo de reumatólogos españoles ha descubierto un gen que predispone a la FM. Los investigadores del Instituto Ferran de Reumatología de la Clínica CIMA de Barcelona estudiaron el gen Catecol-O-Metiltransferasa, situado en el cromosoma 22. Hasta el momento, los especialistas conocían el papel de este gen en la aparición de otras enfermedades relacionadas con el dolor pero no en la fibromialgia. Este hallazgo permite, por primera vez, detectar el riesgo que tiene una persona de sufrir esta dolencia y abre las puertas al ámbito de la farmacogenómica.⁹

El tratamiento de esta afección está dirigido a romper el círculo vicioso entre el dolor y la contracción muscular, y a disminuir las molestias causadas por los demás síntomas, pues no existe hasta el momento una cura definitiva para la enfermedad. Dentro de los medicamentos usados se encuentran los antidepresivos tricíclicos, los hipnóticos, los analgésicos (aunque estos últimos no siempre resultan eficaces) y las

infiltraciones con anestésicos en los puntos dolorosos. Se utilizan también, ejercicios aeróbicos de bajo impacto (que aumentan el umbral del dolor) y de estiramiento, además de hipnosis, acupuntura, ultrasonido, láser terapia, hidroterapia, electroterapia y terapia cognitivo conductual.

La FM no está considerada una enfermedad altamente discapacitante pero las evidencias clínicas muestran su alta tendencia a provocar inhabilidad con alto grado de ausentismo laboral y cambios frecuentes de puestos de trabajo pudiendo llegar a limitaciones para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Algunos la apodan "invalidez invisible" pues aún cuando no deforma ni amenaza la vida del paciente, sí afecta considerablemente su calidad de vida.¹⁰

En las últimas décadas, con el desarrollo de las ciencias médicas y el aumento de la expectativa de vida, la humanidad se ha empeñado no sólo por incrementar aún más los años de vida, sino también la calidad con que éstos deben ser vividos.¹ Para tal fin, se ha incrementado el estudio de la calidad de vida (CV) relacionada con la salud (CVRS) o salud percibida,⁷ como un complemento importante para la valoración integral del paciente.

El término calidad de vida tiene sus orígenes en las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea, donde se conocía bajo las denominaciones de bienestar, salud y felicidad.¹¹ En la década del 60 pasó del ámbito de la economía, a las ciencias humanas¹² y desde los años 80 ha adquirido un gran auge.¹¹

Su evolución ha estado sujeta a múltiples interpretaciones, debido a que el patrón con el que un individuo valora su propia calidad de vida, depende de su experiencia y de la distancia que exista entre sus expectativas y sus logros.⁽¹³⁾ Para unos, la CV está basada en la armonía de una vida familiar y para otros, en un sentido espiritual. Para los que padecen alguna enfermedad, la calidad de vida se centra en su dolencia y las consecuencias de ésta.¹⁴ Así, la CV de una persona resulta de la interacción de múltiples factores: socioeconómicos, de su función social, de su salud mental y física, etc.

La OMS define la CVRS como la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.¹⁵ De forma sencilla se puede definir como la sensación de bienestar físico y satisfacción emocional, psíquica y social de un individuo.¹⁶

Resumiendo, el concepto calidad de vida es una categoría que se puede desglosar en niveles de particularidad hasta llegar a su expresión singular en el individuo. Y esto es posible porque la calidad de vida no se mide, sino se valora o estima a partir de la actividad humana, su contexto histórico, sus resultados y su percepción individual.¹⁷

El estado de salud de las personas es uno de los principales determinantes de su calidad de vida. Por ello, el objetivo primordial de su estimación consiste en proporcionar una valoración más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y un conocimiento más preciso de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la asistencia sanitaria.¹⁴

Se han elaborado diferentes instrumentos, globales y específicos, para la evaluación de la calidad de vida. Dentro de los más utilizados están el EuroQol 50, el Perfil de las Consecuencias de la enfermedad, el Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional, las Escalas Analógico-Visuales y el Perfil de Salud de Nottingham (PSN). La versión española de este último fue el instrumento utilizado en esta investigación. El mismo consta de 38 ítems y seis dimensiones del estado de salud (energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad física).¹⁸

Es un cuestionario auto administrado, fácil y rápido (10-15 minutos). Resulta adecuado para pacientes con una cierta afectación de su estado de salud, ya que carece de ítems de salud positiva. Se ha recomendado su utilización en estudios clínicos descriptivos y en estudios de evaluación de intervenciones médicas. Sus cualidades psicométricas se han analizado en numerosos estudios, arrojando buenos resultados de validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios.¹⁹

Debido a que la FM es una afección capaz de generar sufrimiento en el individuo, depresión, problemas sociales, disminución en la capacidad productiva de la persona aquejada, además de que impone un elevado costo material y humano para su atención y manejo; debido al desconocimiento y a los prejuicios sobre la enfermedad de los médicos en general, al mal manejo, por esta causa, de los pacientes y a que éstos reclaman con mucha frecuencia de nuestro servicio, fue que se decidió realizar esta investigación, con el propósito de aumentar el conocimiento sobre la calidad de vida de estos pacientes y el efecto del tratamiento rehabilitador en la misma; para poder realizar intervenciones en ayuda del personal de la salud, los enfermos, sus familiares y la sociedad en general.

Esto sería posible si se lograran responder las siguientes preguntas:

1.- ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes con los que se presenta la enfermedad y las características de la misma en los pacientes pertenecientes al club de fibromialgia del Hospital Julio Díaz?

2.- ¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con FM antes de la rehabilitación?

3.- ¿El tratamiento rehabilitador mejora la calidad de vida de los pacientes fibromiálgicos?

Por lo que nos trazamos el siguiente objetivo. Valorar la calidad de vida y el tratamiento rehabilitador en pacientes del club de FM del Hospital Julio Díaz, durante el año 2006.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal prospectivo sobre calidad de vida y rehabilitación de 50 pacientes diagnosticados con FM en la consulta de reumatología del Hospital Julio Díaz, durante el año 2006 y que se incorporaron al club de FM de este centro.

El tratamiento de dichos pacientes se realizó de forma individual, no siguiendo un esquema predeterminado.

Operacionalización de las variables

A continuación se expone la operacionalización de las variables que se estudiaron en la primera etapa dándole salida al primer objetivo:

Otros síntomas como: cansancio o agotamiento, palpitaciones, sequedad de ojos y boca, dificultad de concentración, hormigueos, mareos y náuseas, dolores de cabeza, trastornos de memoria, rigidez matutina, hinchazón en manos y pies, insomnio o dificultad del sueño, menstruación dolorosa, relaciones sexuales molestas, incontinencia urinaria, molestias al orinar, molestias o dolor de estómago, fases de estreñimiento/diarrea, sensación de asfixia o falta de aire, triste o deprimido, nervioso o ansioso.

Se utilizó el PSN modificado, el mismo consta de 38 ítems y seis dimensiones del estado de salud y se compararon los resultados obtenidos antes del tratamiento de rehabilitación y 2 meses después de éste. Las variables estudiadas fueron:

Movilidad física: Me cuesta coger las cosas, me cuesta agacharme, me cuesta subir y bajar escaleras, me cuesta estar de pie mucho rato, sólo puedo andar por dentro de la casa, me cuesta vestirme, necesito ayuda para caminar fuera de la casa, soy totalmente incapaz de andar.

Dolor: tengo dolor al subir y bajar escaleras, tengo dolor cuando estoy de pie, tengo dolor al cambiar la postura, tengo dolor cuando estoy sentada, tengo dolor al caminar, tengo dolor por las noches, tengo un dolor insoportable, tengo dolor constantemente.

Sueño: me despierto antes de hora, me cuesta mucho dormirme, duermo mal por las noches, tomo pastillas para dormir, me paso la mayor parte de la noche despierto (a).

Energía: enseguida me quedo sin fuerzas, todo me cuesta un esfuerzo, siempre estoy fatigado (a)

Aislamiento social: me cuesta trabajo llevarme bien con la gente, últimamente me resulta difícil contactar con la gente,

creo que no tengo a nadie en quien confiar, me siento solo (a), creo que soy una carga para los demás.

Reacciones emocionales: los días se hacen interminables, tengo los nervios de punta, he olvidado qué es pasarla bien, últimamente me enfado con facilidad, últimamente me enfado con facilidad, todo me deprime, me despierto desanimado (a), las preocupaciones me desvelan por la noche, siento que estoy perdiendo el control de mí mismo (a), creo que no vale la pena vivir

Las puntuaciones de cada dimensión son los porcentajes de respuestas afirmativas siendo el recorrido de las mismas de 0 (ningún sufrimiento) a 100 (máximo nivel de sufrimiento), considerando mala calidad de vida una puntuación por encima de 0 puntos.

Se consideraron los ítems de cada dimensión como variables para realizar la prueba de significación estadística.

Aspectos éticos

La disposición de los pacientes a participar en el estudio se recogió mediante el documento de consentimiento informado.

Técnicas y procedimientos

I.- Universo

El universo de estudio estuvo conformado por 50 pacientes diagnosticados con fibromialgia en la consulta de reumatología del Hospital Julio Díaz, durante el año 2006, que se incorporaron al club de fibromialgia de dicho centro y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión siguientes:

Criterios de inclusión:

Todos los pacientes diagnosticados con fibromialgia en el 2005, del Hospital Julio Díaz que deseen participar en el estudio y que se hayan incorporado al club de fibromialgia.
Pacientes de 18 años o más.

Criterios de exclusión:

Pacientes diagnosticados con fibromialgia antes del 2005.
Pacientes diagnosticados con fibromialgia durante el 2005 que no deseen participar en el estudio y que no se hayan incorporado al club de fibromialgia.
Pacientes menores de 18 años.
Pacientes con enfermedades malignas asociadas.
Pacientes con enfermedad reumatológica activa (osteoporosis, artritis reumatoide, lupus eritematoso, entre otras.)
Pacientes con artritis reumatoide en estadio funcional III y IV.
Pacientes con gonoartrosis y coxoartrosis severa.

I.- Técnicas para la recogida de la información

La información fue recogida a través de los siguientes instrumentos:

Una encuesta sobre datos sociodemográficos y síntomas de la enfermedad.

PSN: para la valoración de la calidad de vida.

El diagnóstico de FM se realizó utilizando los Criterios diagnósticos de FM del Colegio Americano de Reumatología.

II.- Técnicas de procesamiento y análisis de la información

El procesamiento de los datos se realizó utilizando una base de datos en Excel y mediante el programa SPSS versión 10.0.

Se utilizaron números absolutos, promedios y porcentajes, además de la prueba estadística de comparación de muestras pareadas de Mc Nemar, considerando significación estadística si $p \leq 0,05$.

Los resultados fueron dados respecto a las seis dimensiones del estado de salud y presentados en tablas estadísticas y gráficos. La redacción del informe final se realizó mediante el editor de texto Word para Windows XP.

III.-Procedimientos

Para la ejecución del estudio se realizaron coordinaciones con el reumatólogo del hospital y con la dirección del club de FM.

La recogida de la información fue realizada por los autores de este trabajo y el diagnóstico de la entidad por el reumatólogo del centro, en la consulta especializada que se efectúa semanalmente.

RESULTADOS

La mayor cantidad de pacientes se distribuyó entre los 34 y los 65 años de edad, pero el grupo donde más casos se presentaron fue el de 34 a 49 años, representando el 60% del total. (Tabla 1) Se nota el reducido número de enfermos por debajo de los 34 y por encima de los 65 años.

Tabla 1 Distribución de enfermos según grupos de edades

Grupos de edades	Nº de enfermos	Porcentaje
18-33	1	2
34-49	30	60
50-65	18	36
66 y más	1	2
Total	50	100

De los 50 pacientes estudiados sólo uno perteneció al sexo masculino, siendo las mujeres las más afectadas por esta enfermedad (98%).

En la Tabla 2 se aprecia que los pacientes mayormente afectados según la ocupación fueron los trabajadores (54%), aunque también se destacan las amas de casa con un 32% de

afectación. Se constata que la presencia de la enfermedad en los estudiantes es mínima.

Tabla 2 Distribución de enfermos según ocupación

Ocupación	N ^o de enfermos	Porcentaje
Estudiante	1	2
Trabajador	27	54
Ama de casa	16	32
Jubilado	6	12
Total	50	100

La enfermedad se presentó con mayor frecuencia en los pacientes con nivel de escolaridad preuniversitaria y en los técnicos medios, representando el 36% y el 26% respectivamente. (Tabla 3) Se observa que el número de enfermos tiende a incrementarse a medida que aumenta la escolaridad hasta el preuniversitario, presentándose en los universitarios en un menor porcentaje que en los de secundaria.

Tabla 3 Distribución de enfermos según escolaridad

Escolaridad	N ^o de enfermos	Porcentaje
Primaria	3	6
Secundaria	9	18
Técnico medio	13	26
Preuniversitario	18	36
Universitario	7	14
Total	50	100

Los pacientes casados fueron los que representaron el mayor porcentaje de enfermos, constituyendo el 74% y los divorciados fueron los menos afectados (4%), como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4 Distribución de enfermos según estado civil

Estado civil	N ^o de enfermos	Porcentaje
Soltero	7	14
Casado	37	74
Divorciado	2	4
Viudo	4	8
Total	50	100

La distribución de enfermos según síntomas de la FM se muestra en la Tabla 5. El dolor generalizado y el cansancio o agotamiento se presentaron en todos los pacientes estudiados. Dentro de los restantes síntomas, los más frecuentemente encontrados fueron la tristeza o depresión y el nerviosismo o

ansiedad presentándose en el 98% de los casos, el insomnio o dificultad del sueño que representó el 94%, los trastornos de la memoria con el 86%, la rigidez matutina y los dolores de cabeza representaron el 84%, la sensación de asfixia o falta de aire el 78% y, la hinchazón en manos y pies y las palpitaciones que se presentaron en el 74%.

En menor grado se encontraron la incontinencia urinaria con un 32%, las menstruaciones dolorosas con un 24% y las molestias al orinar con un 14%.

Tabla 5 Distribución de enfermos según síntomas de la FM

Síntomas de la FM	N ^o de enfermos	%
Dolor generalizado	50	100
Cansancio o agotamiento	50	100
Triste o deprimido	49	98
Nervioso o ansioso	49	98
Insomnio o dificultad del sueño	47	94
Trastornos de memoria	43	86
Rigidez matutina	42	84
Dolores de cabeza	42	84
Sensación de asfixia o falta de aire	39	78
Hinchazón en manos y pies	37	74
Palpitaciones	37	74
Dificultad de concentración	30	60
Mareos y náuseas	26	52
Molestias o dolor de estómago	26	52
Fases de estreñimiento/diarrea	25	50
Hormigueos	24	48
Relaciones sexuales molestas	23	46
Sequedad de ojos y boca	21	42
Incontinencia urinaria	16	32
Menstruación dolorosa	12	24
Molestias al orinar	7	14

La calidad de vida de los pacientes estudiados se consideró mala, pues todos alcanzaron en todas las dimensiones del PSN, puntuaciones por encima de 0.

la energía fue la dimensión de más alta puntuación con 85,2 puntos, pero el dolor, las reacciones emocionales y el sueño también obtuvieron puntuaciones elevadas como se muestra en la Tabla 6. La dimensión del estado de salud menos afectada fue la movilidad física con 28,5 puntos.

Aunque la calidad de vida continuó siendo mala después del tratamiento de rehabilitación, se nota la elevada reducción de la puntuación en el PSN.

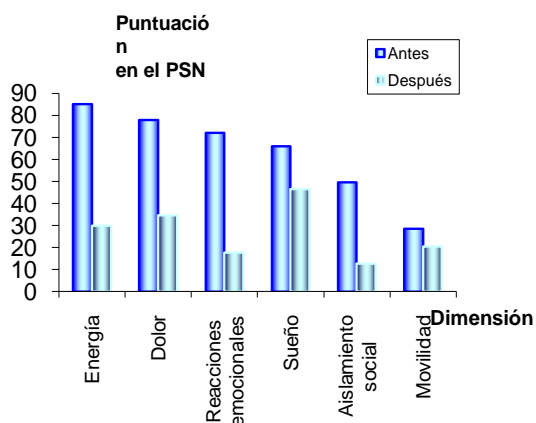
Después del tratamiento rehabilitador, los trastornos del sueño fueron los que más persistieron con 46,4 puntos. (Tabla 6) La dimensión menos afectada fue el aislamiento social con 12,8 puntos ($p=0,000$).

Tabla 6 Puntuación en el PSN antes y después del tratamiento según dimensión del estado de salud

Dimensión	Antes	Después
Energía	85,2	30,0
Dolor	77,8	34,7
Reacciones emocionales	71,9	17,8
Sueño	66,0	46,4
Aislamiento social	49,6	12,8
Movilidad	28,5	20,5

El Gráfico 1 refleja los resultados obtenidos en el PSN, antes y después del tratamiento de rehabilitación según las afectaciones de las dimensiones del estado de salud. Se aprecia en todas, la reducción de las puntuaciones después del tratamiento.

Gráfico 1 Resultados del PSN antes y después del tratamiento rehabilitador según dimensión del estado de salud



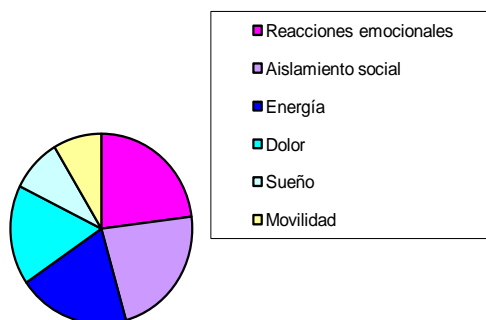
Fuente: Tabla 6.

En la Tabla 7 y el Gráfico 2 se muestra que las reacciones emocionales (75,2%) (p = 0,000), el aislamiento social (74,2%) (p = 0,000) y la energía (64,8%) (p = 0,000) fueron las dimensiones que mayor disminución presentaron, siendo estadísticamente significativos todos sus ítems. La movilidad fue la de menor disminución con un 28,1%.

Tabla 7 Disminución de la puntuación del PSN después del tratamiento según dimensión del estado de salud

Dimensión	Porcentaje
Reacciones emocionales	75,2
Aislamiento social	74,2
Energía	64,8
Dolor	55,4
Sueño	29,7
Movilidad	28,1

Gráfico 2 Porcentaje de disminución del PSN después del tratamiento según dimensión del estado de salud



Fuente: Tabla 7.

De los 38 ítems del PSN, sólo 9 fueron no significativos, perteneciendo 5 a la dimensión movilidad, 2 al dolor y 2 al sueño.

DISCUSIÓN

Aunque los estudios epidemiológicos son valiosos en la investigación de una enfermedad porque pueden proporcionar datos interesantes, sus resultados en ocasiones son contradictorios o poco similares, debido a diferencias en la metodología, en los instrumentos empleados, en la dificultad del diagnóstico de una enfermedad, en los rangos de edades, entre otros motivos. Por tal razón, es indispensable tener en cuenta estos aspectos a la hora de comparar los resultados obtenidos.¹

La enfermedad se presenta con mayor frecuencia en pacientes femeninas, trabajadoras y de mediana edad. Estos resultados coinciden con los reportados en otras investigaciones.^{5,7-9,20-23} Este hecho puede deberse a que las mujeres, además de tener un vínculo laboral (en muchos casos), son las que generalmente realizan las labores hogareñas, se dedican al cuidado de los niños, que junto con el estrés, el cual disminuye los niveles de serotonina (aumentando el dolor), la falta de reposo y la no realización de ejercicios físicos desarrollarían la entidad.

El predominio de enfermos con niveles de escolaridad técnico medio y preuniversitario no coincide con los resultados alcanzados en un estudio realizado por Bosh y cols.²⁰ en el 2002, pero sí con el de Friol y cols,⁸ en el año 2000. La explicación a esto pudiera ser, que en Cuba casi todas las personas tienen o están alcanzando un nivel medio de escolaridad por los planes de estudios existentes, no ocurriendo así en otros países.

Las personas casadas fueron las más afectadas por la enfermedad en este estudio, resultado que coincide con el de Bosh y cols,²⁰ no encontrándose otras investigaciones que

hicieran referencia a esta variable. El hecho de que las mujeres sean casadas pudiera implicar mayor cantidad de trabajo en el hogar y menor tiempo para el descanso y la práctica de ejercicios.

Los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes estudiados coinciden con los referidos en numerosos trabajos,^{3-8,10,20-24} no encontrándose ninguno que hiciera referencia al cansancio o agotamiento, que estuvo presente en todos los pacientes incluidos en el estudio, ni a la falta de aire, ni a las palpitaciones que también se presentaron con gran frecuencia. Todos estos síntomas aparecen debido a alteraciones en los mecanismos de neuroregulación, por mediadores del sistema nervioso central, debido a anomalías en el eje hipotálamo-hipofisario y a trastornos en los mediadores hormonales, pues no se han encontrado alteraciones a nivel muscular.²⁴ La presencia del dolor en todos los enfermos reafirma una vez más, que la característica más significativa de esta entidad es la presencia del síntoma dolor.

No se encontró ningún estudio en el que se planteara si la calidad de vida de los pacientes con FM, evaluada a través del PSN, era buena o mala. Sin embargo, se considera que el resultado obtenido en esta investigación, coincide con lo referido en la literatura revisada; en la cual, no se expresa explícitamente cómo es la calidad de vida de estos enfermos, pero sí se hace alusión a diversos factores que afectan el normal desenvolvimiento de las personas con FM en las actividades de la vida diaria.

Los resultados obtenidos, en cuanto a las dimensiones del estado de salud más afectada, son similares a los reportados por Bosh y cols.²⁰ en el 2002 y por Ruiz y cols.²⁵ en 1997; incluyéndose además, en este estudio, las reacciones emocionales. Esto puede estar provocado por la gran carga de estrés con que vive la población, influyendo de este modo en las respuestas del PSN.

Para que la calidad de vida sea buena después del tratamiento de rehabilitación, ninguno de los ítems del perfil debe tener respuestas positivas. Para que esto sea posible, deben existir tratamientos que eliminen completamente los síntomas que produce la entidad, o en el caso del preventivo, que no permitan que se desarrolle la misma, lo que por el momento no se ha podido conseguir.

Todas las dimensiones disminuyeron después del tratamiento, siendo similar al resultado obtenido por Bosh y cols.²⁰

El hecho de que las reacciones emocionales y el aislamiento social hayan sido las que más lo hicieron, puede deberse a que la población cubana es bastante dependiente de las relaciones sociales.

El sueño y la movilidad fueron los que menos se redujeron, supuestamente debido a las diferencias en los tratamientos y a

que el estrés por otras causas y el trabajo en el hogar no pueden ser modificados por los aplicados.

CONCLUSIONES

1. La mayor cantidad de pacientes afectados con FM fueron mujeres casadas, de mediana edad, trabajadoras y con un nivel de escolaridad medio.
2. Los síntomas que más afectaron a la población estudiada fueron el dolor generalizado, cansancio o agotamiento, ansiedad, depresión, dificultades con el sueño, trastornos de la memoria, rigidez matutina, dolores de cabeza, sensación de asfixia o falta de aire, hinchazón en manos y pies y las palpitaciones.
3. La calidad de vida de los pacientes fibromiálgicos estudiados se estimó como mala antes del tratamiento.
4. Aunque después de la rehabilitación la calidad de vida continuó valorándose como mala, las dimensiones del estado de salud estudiadas se redujeron significativamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez E. Prevalencia y factores de riesgo de enfermedad de Alzheimer probable en ancianos del policlínico Rampa [Trabajo para optar por el título de especialista de I grado en Bioestadística] 2004. Facultad de Salud Pública, Ciudad de La Habana.
2. Bennett RM. Fibrositis. Does it exist and can it be treated? *J. of musculoskeletal. Med. Jun.* 1984.
3. Campbell SM, et al. Clinical characteristics of fibrositis. *Arthand. Rheum* 1983, 26 (7).
4. López IR. Fibrositis, estudio clínico y psicológico [Trabajo para optar por el título de especialista de I grado en Reumatología] 1987. Ciudad de La Habana.
5. Lena Fortuna R, Friol González JE. Fibromialgia y magnetoterapia. *Rev. cub. de Reumatología*, 2002; 4(1): 56-70.
6. Manual Merck 10^{ma} ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 1999. Sec. 5, cap. 59. Reumatismo no articular.
7. Reyes GA, Guibert M, Hernández A. Dolor reumático. Consideraciones clínico-terapéuticas. 1^{ra} ed. C. Habana: CIMEQ; 1997. Cap. VI. Fibromialgia y síndromes relacionados como modelos de dolor crónico.
8. Friol GJ, Candebat MA, Rodríguez EB, Rojas BM. Estudio clínico-epidemiológico de la fibromialgia. *Rev. Cub. Reumatología*, 2000, 2 (2): 25-28.
9. Investigadores españoles descubren un gen que favorece la aparición de fibromialgia. *SCUR*, 2005. [fecha de acceso 20 de Marzo de 2005]. Disponible en URL: http://www.scur.sld.cu/articulos/8_2005.htm
10. National Fibromyalgia Partnership, Inc. (NFP). *Fibromialgia: Síntomas diagnósticos, tratamiento e investigaciones*. Washington, EU, 2001.
11. Lamb VL. A cross-national study of quality of life factors associated with patterns of elderly disablement. *Soc Sci Med* 1996; 42 (3): 363 – 77.
12. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *RCMGI* 2002 [fecha de acceso 16 de Febrero de 2004]; 18(4). Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revista/mgi/vol18_5_02/mgisu.5_2002.htm
13. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *RESP* 2002 dic.

- [fecha de acceso 16 de Febrero de 2004]; 76(6). Disponible en URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272002000600005&script=sci_arttext&tlng=es
14. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II [fecha de acceso 3 de Marzo de 2005]; 2(1). Disponible en URL: <http://www.samfyc.es/Revista/v2n1/029-034.pdf>
 15. Duarte G. La medida de resultados en enfermería. 4ª Ponencia. 2005. [fecha de acceso 20 de Mayo de 2005]. Disponible en URL: <http://www.seapremur.com/ponencias%20vi%20jornadas/la%20medida%20de%20resultados%20enfermeros.htm>
 16. Montero G. Estudio de la calidad de vida en ancianos en un consultorio del médico de la familia durante 1993 [Trabajo para optar por el título de especialista de I grado en MGI] 1994. Ciudad de La Habana.
 17. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Rev. Cub. SP. 2002; 28 (2).
 18. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. RESP [fecha de acceso 3 de Marzo de 2005]; 72 (3). Disponible en URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57271998000300007&script=sci_arttext&tlng=es
 19. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: Subjective health Status and medical consultations. Soc Sci Med 1981; 15: 221-9.
 20. Bosh E, Sáenz N, Valls M, Viñolas S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. Rev. española de atención primaria, 2002; 30 (1): 16-21.
 21. Goldenberg DL. Fibromyalgia. En: Rheumatology. London: Mosby; 1994.
 22. Wolfe F, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. RIAA, 1995; 38 (1): 19-28.
 23. Cathey MA, Wolfe F, Kleinheksel SM. Functionability and work status in patients with fibromyalgia. Arthritis care research, 1988.
 24. Argüelles AC, Infante A, Herrera ML, Rodríguez K. Fibromialgia: impacto en la calidad de vida. RCAMC, 2003; X (34): 58-61.
 25. Ruiz R, Muñoz M, Perula de Torres L, Aguayo M. Biopsychosocial features of patients with widespread chronic musculoskeletal pain in family medicine clinics. Fam Pract 1997; 14: 242-8.
 26. De la Literatura Médica Mundial. Fibromialgia. RCMGI 1996 [fecha de acceso 16 de Febrero de 2004]; 12(2). Disponible en URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_2_96/mgi12296.htm
 27. González U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Rev. Cub. SP. 2002; 28 (2).
 28. Síndrome de Fibromialgia. RMBJ 1995 [fecha de acceso 16 de Febrero de 2004]; 310. Disponible en URL: <http://www.arthritis.org/AFStore/SindromeDeFibromialgia/sindromedefibromialgia-main.asp>
 29. Enciclopedia médica en español. Fibromialgia. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2005]. Disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000427.htm>
 30. Canoso JJ. Fibromialgia. ¿Una enfermedad reumatológica? RMR 2002; 17(2): 113-116.
 31. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2005]. RCE 2003; 9 (2). Disponible en URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext&tlng=es
 32. Simms RW. Fibromyalgia is not a muscle disorder. Am J Med Sci 1998; 315 (6): 346-350.
 33. Anch AM, Lue FA, MacLean AW, Moldofsky H. Sleep physiology and psychological aspects of the fibrositis (fibromyalgia) syndrome. Can J Psychol 1991; 45(2): 179-84.
 34. Russell J, Fletcher M, Michalek E, McBroom C, Hester G. Treatment of primary fibrositis/fibromyalgia syndrome with ibuprofen and alprazolam. A double-blind, placebo-controlled study. Arthritis Rheum 1991; 34 (5): 552-60.
 35. Dailey A, Bishop D, Russell J, Fletcher M. Psychological stress and the fibrositis/ fibromyalgia syndrome. J Rheumatol 1990; 17 (10): 1380-5.
 36. Thompson JM. Tension myalgia as a diagnosis at the Mayo Clinic and its relationship to fibrositis, fibromyalgia, and myofascial pain syndrome. Mayo Clin Proc 1990; 65 (9): 1237-48.
 37. Klug GA, McAuley E, Clark S. Factors influencing the development and maintenance of aerobic fitness: lessons applicable to the fibrositis syndrome. J Rheumatol Suppl 1989; 19: 30-9.
 38. Russell J, Michalek E, Vipraio A, Fletcher M, Wall K. Serum amino acids in fibrositis/fibromyalgia syndrome. J Rheumatol Suppl 1989; 19: 158-63.
 39. Russell IJ. Neurohormonal aspects of fibromyalgia syndrome. Rheum Dis Clin North Am 1989; 15 (1): 149-68.
 40. Littlejohn GO. Fibrositis/fibromyalgia syndrome in the workplace. Rheum Dis Clin North Am 1989; 15 (1): 45-60.
 41. Moldofsky H. Sleep and fibrositis syndrome. Rheum Dis Clin North Am 1989; 15 (1): 91-103.
 42. Wolfe F. Fibrositis, fibromyalgia, and musculoskeletal disease: the current status of the fibrositis syndrome. Arch Phys Med Rehabil 1988; 69 (7): 527-31.
 43. Simons DG. Myofascial pain syndromes: where are we? Where are we going?. Arch Phys Med Rehabil 1988; 69 (3 Pt 1): 207-12.
 44. Wilke WS, Corbo DD. Fibrositis/fibromyalgia: causes and treatment. Compr Ther 1989; 15 (1): 47-54.
 45. Hart FD. Fibrositis (fibromyalgia). A common non-entity?. Drugs 1988; 35 (3): 320-7.
 46. Burda CD, Cox FR, Osborne P. Histocompatibility antigens in the fibrositis (fibromyalgia) syndrome. Clin Exp Rheumatol 1986; 4 (4): 355-8.
 47. Kim YA, Lee SS, Park K. Validation of a Korean version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. J Korean Med Sci 2002; 17 (2): 220-4.
 48. Neumann L, Press J, Glibitzki M, Bolotin A, Rubinow A, Buskila D. CLINHAQ scale--validation of a Hebrew version in patients with fibromyalgia. Clinical Health Assessment Questionnaire. Clin Rheumatol 2000; 19 (4): 265-9.
 49. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. J Rheumatol 1991; 18 (5): 728-33.
 50. Neumann L, Dudnik Y, Bolotin A, Buskila D. Evaluation of a Hebrew version of the revised and expanded Arthritis Impact

- Measurement Scales (AIMS2) in patients with fibromyalgia. J Rheumatol* 1999; 26 (8): 1816-21.
53. Offenbaecher M, Waltz M, Schoeps P. Validation of a German version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-G). *J Rheumatol* 2000; 27 (8): 1984-8.
54. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatol Int* 2000; 20 (1): 9-12.
55. Buskila D, Neumann L. Assessing functional disability and health status of women with fibromyalgia: validation of a Hebrew version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *J Rheumatol* 1996; 23 (5): 903-6.
56. Dunkl PR, Taylor AG, McConnell GG, Alfano AP, Conaway MR. Responsiveness of fibromyalgia clinical trial outcome measures. *J Rheumatol* 2000; 27 (11): 2683-91.
57. Koh ET, Seow A, Pong LY, Koh WH, Chan L, Howe HS, Lim TH, Low CK. Cross cultural adaptation and validation of the Chinese Health Assessment Questionnaire for use in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1998; 25 (9): 1705-8.
58. Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, Atra E. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *J Rheumatol* 1995; 22 (2): 270-4.
59. Goldenberg DL, Mossey CJ, Schmid CH. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. *J Rheumatol* 1995; 22 (12): 2313-8.
60. Finckh A, Morabia A, Deluze C, Vischer T. Validation of questionnaire-based response criteria of treatment efficacy in the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Care Res* 1998; 11 (2): 116-23.
61. Shehab D, al-Jarallah K, Moussa MA. Validation of the Arabic version of the Health Assessment Questionnaire (HAQ) in patients with rheumatoid arthritis. *Rev Rhum Engl Ed* 1998; 65 (6): 387-92.
62. Fallon J, Bujak DI, Guardino S, Weinstein A. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a useful tool in evaluating patients with post-Lyme disease syndrome. *Arthritis Care Res* 1999; 12 (1): 42-7.
63. Buskila D, Neumann L, Alhoashle A, Abu-Shakra M. Fibromyalgia syndrome in men. *Semin Arthritis Rheum* 2000; 30 (1): 47-51.
64. Wolfe F, Hawley DJ, Goldenberg DL, Russell IJ, Buskila D, Neumann L. The assessment of functional impairment in fibromyalgia (FM): Rasch analyses of 5 functional scales and the development of the FM Health Assessment Questionnaire. *J Rheumatol* 2000; 27 (8): 1989-99.
65. Bae SC, Cook EF, Kim SY. Psychometric evaluation of a Korean Health Assessment Questionnaire for clinical research. *J Rheumatol* 1998; 25 (10): 1975-9.
66. Bigatti SM, Cronan TA. A comparison of pain measures used with patients with fibromyalgia. *J Nurs Meas* 2002; 10 (1): 5-14.
67. Hedin PJ, Hamne M, Burckhardt CS, Engstrom-Laurent A. The Fibromyalgia Impact Questionnaire, a Swedish translation of a new tool for evaluation of the fibromyalgia patient. *Scand J Rheumatol* 1995; 24 (2): 69-75.
68. Barajas MA, Robledo E, Tomás N, Sanz T, García P, Cerrada I. Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2005]. *RESP* 1998; 72 (3). Disponible en URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57271998000300007&script=sci_art_text&lng=es

Los autores refieren no presentar ningún conflicto de intereses

Recibido: 28 de julio del 2007

Aceptado: 15 de agosto del 2007

Contacto para correspondencia: Dra. Vianka Cisneros Perdomo E-mail: viankacisneros@infomed.sld.cu

Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz. Avenida 243 No. 19815 e/. Independencia y Carretera Wajay, Fontanar. CP: 19250