



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLIVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-12-08

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. ÁLVARO PETIT Prof. YURILIS FUENTES y Prof. LUIS CABRERA,
 Reunidos en: Escuela de Ciencias de la Salud,

a la hora: 12 pm
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

SIGNOS Y SINTOMAS DE FIBROMIALGIA EN GESTANTES Y EN POSTPARTO PARA UN ADECUADO ABORDAJE TERAPÉUTICO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ. CIUDAD BOLIVAR – ESTADO BOLIVAR. VENEZUELA.

Del Bachiller **León Flores Raquel Patricia** C.I.: 25914252, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	<input checked="" type="checkbox"/>	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	-------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 31 días del mes de octubre de 2024

Prof. ÁLVARO PETIT
 Miembro Tutor

Prof. YURILIS FUENTES
 Miembro Principal

Prof. LUIS CABRERA
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMADOR RODRÍGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL DACE



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/c Colombo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
 EMAIL: trabajodegradoosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLIVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-12-08

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. ÁLVARO PETIT Prof. YURILIS FUENTES y Prof. LUIS CABRERA,
 Reunidos en: Salón de Biopatología de la Escuela de
Ciencias de la Salud
 a la hora: 12 pm
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

SIGNOS Y SINTOMAS DE FIBROMIALGIA EN GESTANTES Y EN POSTPARTO PARA UN ADECUADO ABORDAJE TERAPÉUTICO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ. CIUDAD BOLIVAR – ESTADO BOLIVAR. VENEZUELA.

Del Bachiller **León Pietri Estela Carolina** C.I.: 23498276, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO <input checked="" type="checkbox"/>	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	--	-----------------------------	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 31 días del mes de octubre de 2021

Álvaro Petit
 Prof. ÁLVARO PETIT
 Miembro Tutor

Yurilis Fuentes
 Prof. YURILIS FUENTES
 Miembro Principal

Luis Cabrera
 Prof. LUIS CABRERA
 Miembro Principal

Iván Amaya Rodríguez
 Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado



ORIGINAL DACE

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
 Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
 EMAIL: trabajodegradoudosaludbolivar@gmail.com



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE FIBROMIALGIA EN GESTANTES Y
EN POSTPARTO PARA UN ADECUADO ABORDAJE
TERAPÉUTICO. COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO
BOLÍVAR. VENEZUELA.**

Tutor académico:
Dr. Álvaro Petit.

Trabajo de Grado Presentado por:
Br: León Flores Raquel Patricia
C.I: 25.914.252
Br: León Pietri Estela Carolina
C.I: 23.498.276

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, octubre 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	vii
RESÚMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	12
OBJETIVOS.....	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
METODOLOGÍA.....	14
Tipo De Estudio.....	14
Universo.....	14
Muestra.....	14
Criterios De Inclusión.....	14
Criterios De Exclusión.....	15
Procedimientos.....	15
Análisis de Resultados.....	16
RESULTADOS.....	17
Tabla 1.....	20
Tabla 2.....	21
Tabla 3.....	22
Tabla 4.....	23
Tabla 5.....	24
Tabla 6.....	25
Tabla 7.....	26
Tabla 8.....	27

DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
APÉNDICES	37
Apéndice A	38
Apéndice B	39

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso por la vida, la sabiduría e inteligencia. Y si alguno de vosotros tiene falta de sabiduría, pídala a Dios, el cual da a todos abundantemente y sin reproche, y le será dada. Santiago 1:5.

A nuestros padres por ser la mejor guía y brindarnos su apoyo, confianza y amor durante toda la carrera.

A nuestras familias por su apoyo incondicional y por compartir cada uno de nuestros logros.

A la Universidad de Oriente “La casa más alta” nuestra alma mater por acogernos durante estos años y formarnos como profesional de la salud.

A cada profesor integrante de la Escuela de Ciencias de la Salud, gracias por su amor a la enseñanza y por cada conocimiento impartido. En especial a nuestro tutor de tesis Dr. Álvaro Petit por su confianza, apoyo y dedicación brindada durante la realización de nuestro trabajo de grado.

A la comunidad perteneciente al Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, especialmente los médicos y especialistas que ocuparon su tiempo en la enseñanza de la práctica médica. Asimismo, gracias a cada paciente que me permitió aprender de ellos aun en medio de sus vicisitudes.

A nuestros amigos, que siempre nos han prestado un gran apoyo moral y humano, necesario en los momentos difíciles de este trabajo y esta carrera.

DEDICATORIA

En primer lugar, agradecer a Dios por permitirme alcanzar cada uno de mis sueños y por colocar en mi camino a los seres maravillosos que me han acompañado.

Primeramente, mi madre Manuela Isabel Flores que siempre me ha brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos, con su amor y comprensión me ha impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades.

También me ha brindado el soporte material y económico para poder concentrarme en los estudios y nunca abandonarlos, por despertarme cada mañana y estar a mi lado luchando por mis sueños, estas palabras se quedan cortas para agradecerte todo lo que has hecho por mí durante toda mi vida, este logro no es solo mío, es de mi tesoro más grande mi madre querida.

A mis sobrinos Diland Montoya y Sebastián Granado que son los pequeños que han llenado mi vida de felicidad a mis hermanas Ana León y Aneydys León por formar parte de mi familia.

Le agradezco muy profundamente también al doctor Álvaro Petit por su labor como tutor durante la que ha demostrado no solo un gran conocimiento, sino también una gran comprensión y empatía, sin las que el trabajo no hubiera sido posible.

Además, a mi compañera Estela León gracias por las horas compartidas, los trabajos realizados en conjunto y las historias vividas, gracias por elegirme como compañera de tesis mucho éxito en cada uno de las metas que te propongas.

Por último, agradecer a la casa de estudios Universidad de Oriente Núcleo Bolívar que me ha exigido tanto, pero al mismo tiempo me ha permitido obtener mi tan ansiado título. Del pueblo venimos y hacia el pueblo vamos.

León F. Raquel P.

DEDICATORIA

A Dios primeramente por regalarme el milagro de la vida, por concederme salud para culminar esta meta y ser mi guía en todo momento.

A mis padres Laura Pietri y Juan de Dios León por su apoyo y amor incondicional, gracias a ustedes soy quien soy hoy en día, a ustedes les debo todo, gracias por sus consejos, regaños, su confianza, estoy segura que todo lo han hecho con todo el amor del mundo para formarme como un ser integral y de lo cual me siento extremadamente orgullosa.

A mis hermanos Héctor, Estefanía y Esther quienes han estado a mi lado, escuchándome, apoyándome, orientándome cuando lo he necesitado. A mi cuñado Víctor Peralta que, aunque no nos unan lazos de sangre ha sido como mi hermano apoyándome de una forma muy especial en momentos buenos y malos.

A la Familia Rubilar; en especial a Dancy, Orlando y mi pequeño Jeremy. Una hermosa familia que Dios me regalo, y han sido instrumento para que este sueño sea materializado. Gracias inmensamente por ese apoyo incondicional, gracias por brindarme su cariño, amistad y permitirme formar parte de su hermosa familia.

A Kimberly Ochoa quien puedo decir con toda confianza es como una hermana quien cuando menos lo espero está allí para aconsejarme y apoyarme cuando más lo he necesitado, quien en mis momentos difíciles con su alegría me ha hecho ver que puedo con más.

A mi gran amiga y compañera de tesis Raquel León, por su paciencia y compañía, siendo un pilar fundamentales para el cumplimiento de esta meta, al brindarme su amistad y apoyo.

A mí Laura Carolina

Mi motivo para seguir adelante.

León P. Estela C.

**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE FIBROMIALGIA EN GESTANTES Y EN
POSTPARTO PARA UN ADECUADO ABORDAJE TERAPÉUTICO.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ. CIUDAD
BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. VENEZUELA.
León Flores Raquel Patricia León Pietri Estela Carolina. 2024**

RESÚMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar la frecuencia de signos y síntomas de fibromialgia (FM) en gestantes y postparto para un adecuado abordaje terapéutico en el Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez Ciudad Bolívar, Estado Bolívar- Venezuela, desde mayo de 2023 a agosto de 2023. Se desarrolló un estudio de tipo retrospectivo, observacional y descriptivo. La muestra estuvo constituida por 133 pacientes que presentaran alguna sintomatología relacionada con FM. La técnica que se usó para recoger los datos fue una encuesta que recopiló variables demográficas: edad, nivel de instrucción, estado civil, procedencia y la presencia o no de signos y síntomas de FM a través de la aplicación de los criterios de FM del Colegio Americano de Reumatología planteados en el año 2010. Los datos obtenidos de las encuestas realizadas se ordenaron, contabilizaron y tabularon en tablas estadísticas de distribución de frecuencia y tablas de contingencia. Se obtuvieron como resultados en cuanto al índice de dolor generalizado que el 81,18% (n= 69) de las pacientes obstétricas presentaron predominio de dolor de espalda, seguido de dolor abdominal y miembros inferiores; mientras que de los síntomas encuestados la fatiga/agotamiento representó un 49.62% (n=66), la cefalea el segundo síntoma representado un 48.87% (n=65) y el dolor muscular se encuentra en tercer lugar representando un 46.62% (n=62); siendo estos los 3 síntomas más reportados; como resultado de la sumatoria de los criterios de ACR 2010 15 pacientes cumplían con criterios de FM, refiriendo que dichos síntomas comenzaron a manifestarse a partir del tercer trimestre del embarazo y no tener enfermedades de base ni haber sido diagnosticada anteriormente con FM, dicha enfermedad no ha sido bien documentada durante el embarazo y unos pocos estudios se han centrado en la descripción de su historia natural y el tratamiento, lo que nos permite darnos cuenta que hace falta un amplio seguimiento de dicha patología, dentro de las limitantes del trabajo de investigación fue el seguimiento de las pacientes posterior a su salida del Complejo Hospitalario.

Palabras claves: Fibromialgia, Dolor crónico, gestantes, postparto, terapia.

INTRODUCCIÓN

Hace años empezó a circular un término resultante del maridaje de la «fibrositis», castrada de su «-itis» y del «reumatismo muscular» comprimido y devaluado en el término «mialgia» y así apareció la «fibromialgia» (FM) que suena bien y es aceptada por los enfermos (Ortega, 2007). En 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la FM como enfermedad y la coloca en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) con el código M79.04 (Covarrubias et. al, 2016).

En realidad, el término FM es una etiqueta de conveniencia utilizada para catalogar a una serie de pacientes que, además de sus dolores, presentan colon irritable, disfunción temporomaxilar, migraña, hipersensibilidad química múltiple (Ortega, 2007), síndrome de las piernas inquietas, fatiga crónica, etc. (Wolfe, 2009).

La FM es un síndrome caracterizado por dolor musculoesquelético difuso, crónico, de origen no articular, acompañado de alteraciones del sueño, cansancio, rigidez matutina y alteraciones cognitivas (Moyano et al., 2015). Sin embargo, existen algunas teorías que la consideran una enfermedad multifactorial pues su etiopatogenia no está definida (Covarrubias & Carrillo, 2016). Se ha propuesto incluir la FM dentro del concepto unificado de síndromes sensitivos de origen central (sensibilización dolorosa central), un nuevo modelo de enfermedad biopsicosocial (Yunus, 2007 y 2008).

El American College of Rheumatology (ACR) define a la FM como un «síndrome de dolor crónico musculoesquelético difuso generalizado» caracterizado por el dolorimiento de al menos 18 puntos dolorosos establecidos mediante el consenso. (Covarrubias et. al, 2016)

Diversas series internacionales proponen que la FM afecta del 0.5 al 5.8% de la población mundial, y que las mujeres son el grupo más afectado (relación hombre:mujer es de 1:9). Las edades de mayor impacto se encuentran en un rango entre 25 y 50 años. Sobre esto, se ha propuesto que 1 de cada 25 habitantes del Reino Unido padece esta enfermedad y que ésta se presenta en 2% de los norteamericanos. (Covarrubias et. al, 2016).

Su etiopatogenia se ha relacionado con los síntomas presentes con: (I) una desregulación del sistema nervioso (periférico, central, y autónomo) que promueve la amplificación de la transmisión del dolor y de su interpretación cortical (demostrándose esta afección por polimorfismos en genes serotoninérgicos como 5-HT2A y dopaminérgicos; así como, en los sistemas catecolaminérgicos); (II) una disfunción neuro-inmuno-endocrina a nivel del sistema de respuesta al estrés mediado por el eje hipotálamo-pituitario-adrenal; (III) una reducción en las concentraciones séricas de serotonina, cortisol, melatonina, y algunas citocinas (IL-6, IL-8); y una disfunción del metabolismo muscular, alteraciones del estrés oxidativo relacionados con ROS (reactive oxygen species) y RNS (reactive nitrogen species) a nivel mitocondrial por una posible deficiencia de coenzima Q10. (Covarrubias et. al, 2016)

Aunado a lo anterior también se ha identificado una cierta predisposición genética sobre genes relacionados con la serotonina y la sustancia P. De igual forma es posible que también se relacione con alteraciones en la producción de aminoácidos (valina, leucina, isoleucina y fenilalanina) y/o neurotransmisores (acetilcolina); necesarios para el tono, la fuerza y la recuperación muscular, estas alteraciones favorecen la presencia de una fatiga muscular temprana y recuperación muscular prolongada; al tiempo que puede concurrir, con un incremento en la acidosis láctica muscular. Diversos autores sugieren que todos estos cambios son resultado de alteraciones en la microcirculación muscular que favorece hipoperfusión e isquemia regionalizada. (Covarrubias et. al, 2016)

Más aún, es posible que las alteraciones en las concentraciones centrales y periféricas de los neurotransmisores ya mencionados (serotonina y acetilcolina) pudieran interferir con la arquitectura del sueño. Sobre ello, diversos estudios han reportado alteraciones polisomnográficas en los pacientes con FM. Tales alteraciones del dormir podrían a su vez ser causa de «hiperalgesia inducida por privación de sueño REM». (Covarrubias et. al, 2016)

La FM se conceptualiza como un síndrome doloroso crónico con manifestación en el sistema musculoesquelético y que se caracteriza por: (I) la presencia de dolor generalizado; (II) debilidad muscular; (III) presencia de zonas dolorosas; y (IV) diversos síntomas y/o síndromes somáticos (fatiga, alteraciones del dormir, disminución en la atención y memoria, otros) (Covarrubias et. al, 2016). Donde no hay lesión del SNC comprobable o enfermedad somatosensorial, pero en los hallazgos clínicos y psicofísicos sugieren una función nociceptiva alterada; el diagnóstico generalmente se retrasa porque requiere una evaluación integral haciendo énfasis en las características del dolor: duración de más de 3 meses, signos de hipersensibilidad, excluir dolor neuropático o nociceptivo, (Fitzcharles et al., 2021).

Dentro de las características clínicas podemos evidenciar que estamos refiriéndonos a una enfermedad que se caracteriza por la existencia de muchos síntomas que conviven juntos al mismo tiempo. El síntoma clave es el dolor generalizado del aparato locomotor, es decir, músculos, ligamentos y articulaciones sin evidencia de inflamación. El dolor se acompaña de cansancio significativo, alteraciones del sueño, pérdida de concentración y memoria, así como una mayor probabilidad de sufrir ansiedad y depresión. Otras manifestaciones como dolor de cabeza, alteraciones digestivas, mareos, contracturas musculares, escalofríos, febrícula, ruidos en los oídos, sequedad de boca y ojos o picores generalizados, son menos frecuentes y no aparecen en todas las personas, aunque pueden manifestarse en cualquier momento a lo largo de la enfermedad. (Garces, 2017)

El dolor puede agravarse con el frío, humedad, cambios climáticos, sueño no reparador, fatiga, ansiedad, inactividad o estrés, entre otros. Por el contrario, suele aliviarse con el tiempo seco, calor, baños calientes, actividad moderada o con ejercicios de estiramiento. (Garces, 2017)

El diagnóstico se realiza cuando el paciente cuenta con los siguientes criterios:

1. Puntuaciones altas en instrumentos diagnósticos ya validados: 1.1 Índice de dolor generalizado (widespread pain index WPI) ≥ 7 en 19 áreas anatómicas (hombros, brazos, antebrazos, mandíbulas, cuello, glúteos, piernas, pantorrillas, espalda alta, espalda baja, tórax y abdomen). 1.2 Índice de gravedad de síntomas (symptom severity score, SS-score) ≥ 5 (que presenta puntuación entre 0 y 12, y puntúa la presencia por grados de fatiga, síntomas cognitivos, y despertar sin descanso). (Figuras 2A y 2B). 2. Los síntomas se han presentado con la misma intensidad durante al menos tres meses. 3. El paciente no padece otra patología que pueda explicar el dolor.

Al sospechar la posibilidad de encontrarnos ante el diagnóstico de FM es conveniente que se documenten todas aquellas alteraciones asociadas que son capaces de impactar en las condiciones de vida de la persona que la padece.

Existe un programa llamado «Programa Terapéutico de Bennett» y que comprende lo siguiente: (I) Confirmación de diagnóstico y evaluación: es importante aclarar que el diagnóstico es eminentemente clínico. (II) Tipo de dolor: éste es el síntoma más importante en los pacientes con que se debe diferenciar entre dolor nociceptivo o neuropático, y la localización precisa para excluir otros potenciales diagnósticos. (III) Astenia, adinamia: es importante saber si ya la enfermedad produce una incapacidad para realizar actividades físicas por parte del enfermo. (IV) Sueño: la mayoría de estos pacientes no tiene un sueño reparador. (V) Alteraciones psicológicas, alteraciones endocrinas, disautonomía, o disfunción cognoscitiva. (VI)

Alteraciones en la esfera psicoafectiva: es muy común que los pacientes presenten crisis de ansiedad y/o depresión. (VII) Síntomas o síndromes asociado. (VIII) Educación: una parte fundamental de la mejoría clínica es el entendimiento por parte del paciente y la familia de la enfermedad.

Se ha establecido que es una enfermedad mal diagnosticada, el uso de los criterios clínicos es poco utilizado en la práctica clínica, en un estudio realizado en EEUU se estableció que los médicos utilizan los criterios clínicos únicamente como una guía y que el 75% de los pacientes con FM no tenían diagnóstico clínico (Walitt et al., 2016), lo que implica una demora en el comienzo oportuno del tratamiento.

La FM se puede empalmar o coexistir con otros padecimientos que promuevan la presencia de sensibilización (periférica y central), tales como: disfunción de la articulación temporomandibular, cistitis crónica, inflamación pélvica crónica inespecífica, síndrome de colon irritable, síndrome de vejiga irritable, síndrome de fatiga crónica, lumbalgia crónica, cefalea crónica, trastornos neurológicos, historia de afecciones inmunológicas, trastornos en la motilidad gastrointestinal, otros. (Covarrubias et. al, 2016)

Se han aprobado por la FDA algunos fármacos en el tratamiento de la FM. 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 duloxetina y milnacipran. En forma de metaanalítica los gabapentinoides al parecer reducen en forma significativa el dolor, mejorando el dormir y la calidad de vida. (Covarrubias et. al, 2016)

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 duloxetina, milnacipran, y mirtazapina. El incremento en el número de receptores benzodiazepínicos a nivel periférico podría explicar el uso de olanzapina en algunos reportes. (Covarrubias et. al, 2016)

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. (Covarrubias et. al, 2016)

En un metanálisis se identificó 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. (Covarrubias et. al, 2016)

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. (I) El ejercicio aeróbico cuenta con una gran cantidad de estudios cuyo análisis metaanalítico soporta la recomendación de dicha intervención. (II) El «tratamiento multicomponente» para el manejo del dolor de acuerdo con la OPS se define como la combinación de una «terapia de activación somática» y un «abordaje terapéutico de corte psicológico» en el contexto de un enfermo ambulatorio. (III) Metaanalíticamente el abordaje «cognitivo-conductual» impacta positivamente y en forma significativa el afrontamiento y la percepción de la enfermedad. (Covarrubias et. al, 2016)

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. (Covarrubias et. al, 2016)

No se ha demostrado que: (I) el abordaje quiropráctico, (II) la intervención homeopática y (III) la acupuntura sea de utilidad en el tratamiento de la FM. 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. (Covarrubias et. al, 2016)

Por lo que el tratamiento más aceptado en el embarazo es un régimen multimodal que incluye educación, terapia ocupacional, ejercicio moderado, analgésicos inductores del sueño y antidepresivos. Si bien los resultados iniciales de la terapia multimodal eran alentadores, reportes actuales más realistas muestran que es un síndrome con muy baja tasa de respuesta al tratamiento y de mal pronóstico. (Lacassie, 2014)

En el caso del manejo farmacológico del dolor en FM, es necesario centrarse en los sitios principales de procesamiento de éste, en particular: sitios de generación periférica, sensibilización de la asta posterior de la médula, influencias psicológicas y las vías descendentes inhibitorias. (Lacassie, 2014)

En la (FM) no hay una patología tisular específica, al menos en los tejidos periféricos, sin embargo, el sistema nervioso central está sensibilizado, por lo que los generadores de dolor periféricos no sólo se perciben como más dolorosos, sino que prolongan y amplifican la sensibilización central. Los generadores de dolor más comunes en pacientes con FM son los puntos gatillos miofasciales. Éstos deben ser identificados y tratados elongándolos, mejorando el condicionamiento físico general,

utilizando acupresión e infiltración de los puntos dolorosos con anestésicos locales o anestésicos locales asociados a corticoides. Los AINEs son inefectivos en este cuadro. (Lacassie, 2014)

La modulación de la sensibilización central es principalmente farmacológica. Actualmente las únicas drogas aprobadas por la FDA para modular la reactividad central, son aquellas que activan o amplifican el sistema descendente inhibitorio, entre los que se incluyen los antidepresivos tricíclicos, opioides y agonistas $\alpha 2$ -adrenérgicos. (Lacassie, 2014)

Los antidepresivos tricíclicos en bajas dosis, como por ejemplo la amitriptilina en dosis de 10-25 mg se considera generalmente el tratamiento de elección en FM. Es una droga categoría C en la clasificación de la FDA (tabla 2) y se considera probablemente segura durante la lactancia. Sin embargo, a pesar de su amplio uso, sólo un 25-30% de las pacientes mejora y el efecto a largo plazo no se mantiene. (Lacassie, 2014)

Los opioides usualmente se utilizan en el tratamiento de la FM, pero no ha habido estudios clínicos controlados. No debieran ser la primera elección analgésica, sin embargo, tampoco debieran ser evitados si otros analgésicos potentes han fallado. El tramadol (droga categoría C de acuerdo a la FDA), es un opioide débil con muy bajos efectos colaterales, que ha ganado popularidad en el tratamiento de la FM, sin embargo, aún no hay reportes de su uso en embarazadas. (Lacassie, 2014)

Las drogas que modulan las vías ascendentes de dolor son menos utilizadas, sin embargo, hay evidencia al menos experimental, que bloquear receptores NMDA con ketamina atenúa el dolor en pacientes con FM. (Lacassie, 2014)

Dentro del tratamiento no farmacológico podemos evidenciar que manejo interdisciplinario para la rehabilitación física de los trastornos músculo-esqueléticos, combinados con intervenciones psicológicas, conductuales y educativas han generado interés en la comunidad, ya que otorgan cierto alivio de los síntomas, asociado a un perfil de costo-beneficio favorable que lo hace accesible a la paciente promedio. Sin embargo, algunos autores no han mostrado beneficios a largo plazo o incluso, ningún beneficio con esta estrategia. (Lacassie, 2014)

Referente al uso de medicamentos durante el embarazo en las mujeres afectadas de FM la mayoría de los fármacos atraviesan la barrera placentaria, por lo que las mujeres que continúen con el tratamiento farmacológico de la FM durante la gestación van a tener un embarazo de riesgo, pudiéndose desencadenar malformaciones importantes incompatibles con el desarrollo fetal dando lugar a abortos o malformaciones fetales incompatibles con la vida una vez producido el nacimiento. Por ello, se recomienda planear el embarazo con tiempo para poder planificar cuando dejar los medicamentos y reemplazarlo por terapias no farmacológicas. No obstante, si el tratamiento farmacológico es necesario, se deberá prestar atención a los cambios que se producen durante el embarazo y ajustar el tratamiento en relación beneficio/riesgo. En relación a ello, deberíamos reflexionar sobre las consecuencias que tendrá el uso de fármacos teratogénicos durante la gestación.

Las recomendaciones no farmacológicas como el uso de una piscina climatizada, programas de ejercicio individual, terapias cognitivo-conductuales, fisioterapia y apoyo psicológico son ejemplos para el tratamiento de las gestantes con FM. Asimismo, el trabajo multidisciplinar es clave para prestar la mejor atención.

La FM durante el embarazo no ha sido bien documentada y unos pocos estudios se han centrado en la descripción de su historia natural en esta condición.

La mayoría de las mujeres con FM dan a luz hijos sanos a término sin complicaciones de salud. Pocos estudios documentan lo contrario. Sin embargo, Zioni y colaboradores encontraron tasas más altas de restricción de crecimiento intrauterino, abortos recurrentes, diabetes mellitus gestacional, ruptura prematura de membranas y polihidramnios en las mujeres con FM. No obstante, se observó que tenían índices más bajos de partos prematuros. No se hallaron diferencias entre las mujeres con y sin FM en cuanto a las tasas de parto por cesárea y los resultados en el Test de Apgar. Aunque en otros estudios se observó una tasa más alta de utilización de anestesia epidural en las mujeres diagnosticadas con FM y un índice mayor de dolor secundario a procedimientos clínicos como la amniocentesis.

Anteriormente se ha comentado que las mujeres con FM tienen un umbral del dolor patológicamente descendido. Sin embargo, King analizó que, durante el proceso del parto, las mujeres con FM parecen tener mayores umbrales de dolor que las mujeres sin la enfermedad.

Ostensen y colaboradores realizaron un estudio prospectivo observacional para el cual reclutaron 50 pacientes, quienes fueron distribuidas en dos grupos: mujeres que al momento del parto ya tenían FM y aquellas que tuvieron el parto antes de que iniciaran su enfermedad. Los síntomas reportados por el primer grupo (embarazadas con FM) fueron: fatiga generalizada, lumbago, debilidad muscular, depresión y sensación de rigidez articular.

Ostensen y colaboradores reportaron un empeoramiento de los síntomas entre uno a tres meses después del parto y menor capacidad para hacerse cargo de los hijos. A pesar de esto, la mayoría de las pacientes percibieron el embarazo como una experiencia positiva en sus vidas. Entre aquellas mujeres que experimentaron múltiples embarazos, no describieron un aumento en la gravedad de los síntomas en embarazos posteriores comparados con el primero. Las mujeres con FM dieron a luz

a niños sanos, de término y sin diferencias neonatales comparadas con la población general. Casi todas las pacientes con FM describieron un aumento en los síntomas durante el embarazo, reportando el último trimestre como el peor, dado por mayor incapacidad funcional en el período post parto.

En una investigación, Saa'd y colaboradores evaluaron la frecuencia de los síntomas de la FM en mujeres embarazadas sanas y el impacto en el curso del parto. De 100 gestantes incluidas en el estudio, 27 cumplían los criterios diagnósticos modificados de la ACR del año 2010. Se estudió que podría haber una tendencia natural a asumir que la incidencia de la sintomatología de la enfermedad podía aumentar en el embarazo. Las participantes rellenaron cuestionarios sobre el impacto de la FM y la calidad de vida, así como someterse a una exploración física. Las mujeres que cumplieron los criterios de diagnóstico de la FM al final del embarazo diferían significativamente de las mujeres sin la enfermedad con una amplia gama de síntomas mencionados anteriormente.

Atasever y colaboradores Llegaron a la conclusión que los niveles de serotonina en mujeres con síndrome de FM son más bajos que el grupo de control y que los niveles de serotonina se reducen a medida que avanza el embarazo. La ansiedad y la depresión en las mujeres embarazadas con síndrome de FM son más altas que en el grupo control. La presencia de depresión aumenta la probabilidad de desarrollar síndrome de FM a un nivel estadísticamente significativo. El deterioro de la serotonina también aumenta la posibilidad de desarrollar síndrome de FM, pero no se ha demostrado que esta correlación sea estadísticamente significativa

La importancia de la realización de este trabajo radica en realizar la detección temprana de la FM en pacientes gestantes para un adecuado abordaje terapéutico. Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar. Venezuela.

JUSTIFICACIÓN

La FM afecta a la función física, emocional y calidad de vida de las personas que la sufren. La prevalencia del síndrome en la población es considerable, afecta aproximadamente a un 2%-6% y a un 10%-20% de las personas que acuden a las consultas del médico de familia y reumatología, respectivamente. Se ha indicado anteriormente que el 85% de las personas que sufren FM son mujeres, y gran parte de ellas se encuentra en edad fértil.

Se debe tomar en consideración que el embarazo puede provocar que los síntomas de la FM empeoren. Un estudio publicado en Archives of Rheumatology confirma que las mujeres con FM experimentan niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión materna. Se sabe que el estrés físico, combinado con el estrés emocional, exacerba el dolor generalizado y otros síntomas en la FM y el embarazo. Por otro lado, la FM puede potencialmente presentar factores de riesgo de embarazo asociando a la FM con una mayor probabilidad de aborto espontáneo, diabetes gestacional, polihidramnios, partos prematuros y bajo peso al nacer, esto viene a ser un desafío ya que al no tratarlo de la manera adecuada afectara a la madre y su entorno como al feto. Sin embargo, iniciar un tratamiento pone en potencial riesgo al desarrollo del feto. Por lo tanto, se considera fundamental analizar el tratamiento farmacológico de FM durante el periodo de gestación.

En definitiva, existen pocas investigaciones que traten conjuntamente la FM y el embarazo. Las búsquedas realizadas tratan estos dos aspectos desde diversos puntos de vista, por lo que se decidió realizar un estudio observacional descriptivo donde se aplicaron los nuevos criterios preliminares de FM aprobados por el Colegio Americano de Reumatología 2010 y así evidenciar su utilidad en nuestro centro de salud.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar signos y síntomas de FM en pacientes gestantes y en postparto para un adecuado abordaje terapéutico. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar. Venezuela

Objetivos específicos

1. Detectar la frecuencia de FM en pacientes obstétricas de acuerdo a las variables demográficas: edad, nivel de instrucción, estado civil, procedencia
2. Detectar la frecuencia de FM según características obstétricas.
3. Identificar los signos y los síntomas que puede producir la FM en la gestación.
4. Aplicar los criterios diagnósticos para FM aprobados por el Colegio Americano de Reumatología para el 2010 en pacientes obstétricas.
5. Evaluar la gravedad de los síntomas de acuerdo a su nivel de intensidad en leve, moderado o severo en pacientes obstétricas.
6. Determinar las pacientes obstétricas con diagnóstico de FM.
7. Describir el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la FM en la gestación.

METODOLOGÍA

Tipo De Estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo tipo encuesta, para identificar a través de signos y síntomas los casos de pacientes gestantes con fibromialgia a través de la aplicación de los criterios de FM del Colegio Americano de Reumatología planteados en el año 2010.

Universo

El universo estuvo conformado por un conjunto de 133 pacientes que acudieron al Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” (lo que incluye las áreas de Ginecología y Obstetricia) en el periodo comprendido de mayo 2023 – agosto 2023.

Muestra

Se estudiaron a todas aquellas pacientes gestantes y en postparto ingresadas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez durante el período de mayo – agosto de 2023, que cumplieron con criterios diagnóstico de FM aprobados por el Colegio Americano de Reumatología correspondiendo un total de 15 pacientes que cumplieron con dichos criterios.

Criterios De Inclusión

- Pacientes gestantes.
- Pacientes postparto.
- Mayores de 18 años.

- Pacientes con signos o síntomas de FM.

Criterios De Exclusión

- Pacientes con incapacidad de entender la encuesta por deterioro cognitivo severo, que no traían acompañante o cuidado
- Paciente con patología neurológica.
- Pacientes psiquiátricos descompensados.

Procedimientos

Se realizó una encuesta a las pacientes ingresadas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, con la finalidad de obtener la información necesaria para esta investigación (Apéndice 1). Así mismo se fabricó un instrumento de recolección de datos diseñado por los tesisistas y aprobado por el tutor (Apéndice 2) donde se aplicaron los criterios de FM del Colegio Americano de Reumatología planteados en el año 2010 y luego se sumaron dicho criterios:

1. Puntuaciones altas en instrumentos diagnósticos ya validados: 1.1 Índice de dolor generalizado (widespread pain index WPI) ≥ 7 en 19 áreas anatómicas (hombros, brazos, antebrazos, mandíbulas, cuello, glúteos, piernas, pantorrillas, espalda alta, espalda baja, tórax y abdomen). 1.2 Índice de gravedad de síntomas (symptom severity score, SS-score) ≥ 5 (que presenta puntuación entre 0 y 12, y puntúa la presencia por grados de fatiga, síntomas cognitivos, y despertar sin descanso). (Figuras 2A y 2B).
2. Los síntomas se han presentado con la misma intensidad durante al menos tres meses.

3. El paciente no padece otra patología que pueda explicar el dolor.

Análisis de Resultados

Los datos obtenidos de las encuestas realizadas se ordenaron, contabilizaron y tabularon en tablas estadísticas de distribución de frecuencia y tablas de contingencia, en las cuales se utilizó valores absolutos y porcentaje. Se tabularon y procesaron los datos aplicando el programa Excel para luego ser presentados en cuadros para una correcta y resumida interpretación en Microsoft Word para Windows 10.

RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos del análisis de 133 encuestas aplicadas las cuales se realizaron en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Ruiz y Páez a través de tablas nos apoyaremos para ir analizando los resultados en base a los objetivos planteados.

Se determino la frecuencia de FM en pacientes obstétricas de acuerdo a las variables demográficas según edad, nivel de instrucción, estado civil, procedencia, podemos observar dentro de las encuestas realizadas que los rangos de edad estaban comprendidos entre los 18 a 42 años con una media de 24,9 años y una desviación estándar de 8,24. En cuanto al grado de instrucción el 51,88% (n=69) eran bachiller, respecto al estado civil pudimos observar que el 56,39% (n=75) de las pacientes viven en concubinato y según la procedencia se evidenció que el 67,67% (n=90) eran procedentes de la localidad. (Tabla 1)

En cuanto a la frecuencia de FM según características obstétricas como lo son tipo de paciente y tipo de parto donde se evidenció que de las pacientes encuestadas según el tipo de paciente predominando las pacientes puérperas representando el 78,20% (n = 104) y en cuanto al tipo de parto que tuvieron estas pacientes predominaron las pacientes que tuvieron parto vaginal en un 55,77% (n= 58). (Tabla 2)

Se identificó que el 63,91% (n= 85) de las pacientes manifestaron presentar signos y síntomas de FM durante la gestación. (Tabla 3)

Al aplicar los criterios diagnósticos de FM aprobados por el Colegio Americano de Reumatología para el 2010 en pacientes obstétricas se encontró de acuerdo índice

de dolor generalizado en 19 áreas anatómicas (hombros, brazos, antebrazos, mandíbulas, cuello, glúteos, piernas, pantorrillas, espalda alta, espalda baja, tórax y abdomen) que el 81,18% (n=69) de las pacientes refirieron dolor en espalda, un 42,35% (n=36) refirieron dolor abdominal seguido de dolor en miembros inferiores en un 34,12% (n=29). (Tabla 4). En cuanto a los signos y síntomas antes descritos los cuales correspondían a la tercera parte de la encuesta que incluía una lista de 40 síntomas que la paciente podía reconocer o haber padecido; pudimos observar que la fatiga es el síntoma más reportado representando un 49,62% (n=66), la cefalea es el segundo síntoma el cual representa un 48,87% (n=65) y el dolor muscular se encuentra en tercer lugar representando un 46,62% (n=62); siendo estos los 3 síntomas más reportados. (Tabla 5)

Se evaluó la gravedad de los síntomas de acuerdo a su nivel de intensidad en leve, moderado o severo en pacientes obstétricas, evidenciando que la fatiga afectó a un 54,14% (n=72) de las pacientes vs un 45,86% (n=61) que lo reportó como no ser un problema. El sueño no reparador constituyó un problema para un 33,08% (n=44) de las pacientes vs un 66,92% (n=89) que referían no tener problemas con el sueño y por último los trastornos cognitivos afectaron a un 14,28% (n=19) vs un 85,71% (n=114) sin afectación. De dichos síntomas se reportó que la intensidad era leve en la fatiga en un 27,07% (n=36) y moderada tanto en el sueño no reparador y los trastornos cognitivos reportados en un 13,53% y 8,27% respectivamente. (Tabla 6)

Para determinar las pacientes obstétricas con posible diagnóstico de FM según el Colegio Americano de Reumatología para el 2010 se realizó la sumatoria de los criterios donde se obtuvo que un paciente cumple los criterios de diagnóstico de la FM si están presentes las siguientes condiciones: Índice de Dolor Generalizado (Widespread pain Index = WPI) igual ó mayor de 7 y un Índice de Gravedad de Síntomas (Sympton Severity Score = SS) igual o mayor de 5 ó un WPI de 3 a 6 y un

SS igual ó mayor de 9, por lo que se obtuvo que de las pacientes encuestadas solo el 11,28% (n= 15) de las pacientes cumplían con dichos criterios (Tabla 7).

En cuanto al tratamiento el 29,32% de las pacientes negaron cumplir algún tipo de tratamiento, el 48,88% refirió cumplir tratamiento farmacológico con acetaminofén, buscapina, diclofenac, ibuprofeno, ketoprofeno o paracetamol siendo el de mayor prevalencia el acetaminofén con un 23, 31% (n=31) donde se obtuvo mejoría de los síntomas solo en 23 de las pacientes; el 21,8 de las pacientes refirió cumplir con tratamiento no farmacológico como lo era el reposo y los masajes, siendo que el 21,05% (n=28) cumplieron reposo de los cuales solo 20 pacientes refirieron mejoría. (Tabla 8).

Tabla 1**FIBROMIALGIA EN GESTANTES Y PUÉRPERAS SEGÚN
VARIABLES DEMOGRÁFICAS**

Variables Obstétricas	Media (DE)	Rango
EDAD (Años)+	24,9 (8,24)	18 a 42
Grado de instrucción	n = 133	%
Analfabeta	1	0,75%
Primaria	12	9,02%
Secundaria	35	26,32%
Bachiller	69	51,88%
Universitario	16	12,03%
Estado civil	n = 133	%
Concubinato	75	56,39%
Soltera	43	32,33%
Casada	15	11,28%
Procedencia	n= 133	%
Localidad	90	67,67%
Foráneas	43	32,33%

Tabla 2

FIBROMIALGIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS

Tipo de Paciente	n=133	%
Gestante	29	21,80%
Puérperas	104	78,20%
Tipo de Parto	n=104	%
Vaginal	58	55,77%
Cesárea	46	44,23%

Tabla 3

**PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE FIBROMIALGIA EN
GESTANTES Y PUÉRPERAS**

Signos y Síntomas de FM	n	%
Si	85	63,91%
No	48	36,09%
Total	133	100,00%

Tabla 4

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE FIBROMIALGIA SEGÚN LOCALIZACIÓN DEL DOLOR REPORTADOS POR PACIENTES OBSTÉTRICAS.

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR	n=85	%
Abdomen	36	42,35%
Espalda	69	81,18%
Pecho	18	21,18%
Miembros inferiores	29	34,12%
Cuello	11	12,94%
Miembros superiores	8	9,41%
Generalizado	3	3,53%
Mandíbula	2	2,35%

Tabla 5

**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE FIBROMIALGIA REPORTADOS POR
PACIENTES OBSTÉTRICAS.**

SIGNOS Y SÍNTOMAS	n=133	%
Fatiga/agotamiento	66	49,62%
Cefalea	65	48,87%
Dolor muscular	62	46,62%
Acidez gástrica	54	40,60%
Micciones frecuentes	51	38,35%
Entumecimiento/hormigueo	49	36,84%
Náuseas	42	31,58%
Insomnio	38	28,57%
Pérdida del apetito	35	26,32%
Mareo	32	24,06%

Tabla 6

**SIGNOS Y SINTOMAS DE FIBROMIALGIA SEGÚN GRAVEDAD
REPORTADO POR PACIENTES OBSTÉTRICAS**

FATIGA	n=133	%
No ha sido problema	61	45,86%
Leve	36	27,07%
Moderado	21	15,79%
Severo	15	11,28%
SUEÑO REPARADOR	n=133	%
No ha sido problema	89	66,92%
Leve	11	8,27%
Moderado	18	13,53%
Severo	15	11,28%
TRASTORNO COGNITIVO	n=133	%
No ha sido problema	114	85,71%
Leve	6	4,51%
Moderado	11	8,27%
Severo	2	1,50%

Tabla 7

**PACIENTES QUE CUMPLEN CON CRITERIOS PARA
DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA SEGÚN COLEGIO AMERICANO DE
REUMATOLOGÍA 2010.**

DIAGNÓSTICO DE FM	n	%
Si	15	11,28%
No	118	88,72%
TOTAL	133	100,00%

Tabla 8**TRATAMIENTO REFERIDO POR PACIENTES PARA SÍNTOMAS DE FIBROMIALGIA.**

TRATAMIENTO	TIPO DE TRATAMIENTO	MEJORIA (SI)	MEJORIA (NO)	n	%
Niega		0	39	39	29,32%
	Acetaminofén	23	8	31	23,31%
Farmacológico	Buscapina	11	1	12	9,02%
	Diclofenac	5	0	5	3,76%
	Ibuprofeno	6	3	9	6,77%
	Ketoprofeno	2	1	3	2,26%
	Paracetamol	4	1	5	3,76%
No Farmacológico	Reposo	20	8	28	21,05%
	Masajes	1	0	1	0,75%
Total		72	61	133	100,00%

DISCUSIÓN

La FM es un trastorno de dolor crónico, que afecta mayoritariamente a las mujeres en edad fértil. El embarazo y el nacimiento de un bebé son acontecimientos importantes en la vida de una mujer, que causan estrés tanto físico como psicológico, por ello deberíamos preguntarnos si durante la gestación las mujeres tienden a desarrollar FM o empeorar sus síntomas ya que tanto el embarazo como la FM pueden causar dolor de espalda, cansancio, alteraciones del sueño, náuseas y síntomas depresivos. Por lo que la interacción de estos dos fenómenos puede desencadenar un agravamiento de la sintomatología de aquí radica la importancia de aprender a identificar los signos y síntomas para un acertado diagnóstico y abordaje terapéutico.

La FM afecta del 0.5 al 5.8% de la población mundial, y que las mujeres son el grupo más afectado, las edades de mayor impacto se encuentran en un rango entre 25 y 50 años. Sobre esto, se ha propuesto que 1 de cada 25 habitantes del Reino Unido padece esta enfermedad y que ésta se presenta en 2% de los norteamericanos. (Covarrubias et. al, 2016). En dicho estudio según las variables edad, nivel de instrucción, estado civil y procedencia se evidenció que el rango de edades de las pacientes que referían signos o síntomas de FM en los Servicios de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Ruiz y Páez era de 18 a 42 años con una media de 24,9 años el 51,88% (n=69) de dichas pacientes eran Bachiller, respecto al estado civil el 56,39% (n=75) de las pacientes viven en concubinato y según la procedencia se evidenció que el 67,67% (n=90) eran procedentes de la localidad.

Ostensen y colaboradores realizaron un estudio prospectivo observacional para el cual reclutaron 50 pacientes, quienes fueron distribuidas en dos grupos: mujeres que al momento del parto ya tenían FM y aquellas que tuvieron el parto antes de que iniciaran su enfermedad. Los síntomas reportados por el primer grupo (embarazadas

con FM) fueron: fatiga generalizada, lumbago, debilidad muscular, depresión y sensación de rigidez articular. En el presente estudio las pacientes se distribuyeron según las pacientes obstétricas que presentaron signos y síntomas de FM donde pudimos observar que el 63,91% (n= 85) de las pacientes manifestaron presentar signos y síntomas de FM durante el tercer trimestre del embarazo siendo la fatiga el síntoma más reportado representando un 49,62% (n=66), la cefalea es el segundo síntoma el cual representa un 48,87% (n=65) y el dolor muscular se encuentra en tercer lugar representando un 46,62% (n=62); siendo estos los 3 síntomas más reportados.

El síntoma clave es el dolor generalizado del aparato locomotor, es decir, músculos, ligamentos y articulaciones sin evidencia de inflamación. El dolor se acompaña de cansancio significativo, alteraciones del sueño, pérdida de concentración y memoria, así como una mayor probabilidad de sufrir ansiedad y depresión (Garces, 2017). A través de las encuestas se evaluó la gravedad de los síntomas como lo eran la fatiga, alteraciones en el sueño y alteraciones cognitivas de acuerdo a su nivel de intensidad en leve, moderado o severo en pacientes obstétricas donde se reportó que la intensidad era leve en la fatiga en un 27,07% (n=36) y moderada tanto en el sueño no reparador y los trastornos cognitivos reportados en un 13,53% y 8,27% respectivamente.

En otra investigación, Saa'd y colaboradores evaluaron la frecuencia de los síntomas de la FM en mujeres embarazadas sanas y el impacto en el curso del parto. De 100 gestantes incluidas en el estudio, 27 cumplían los criterios diagnósticos modificados de la ACR del año 2010. Se estudió que podría haber una tendencia natural a asumir que la incidencia de la sintomatología de la enfermedad podía aumentar en el embarazo. Las participantes rellenaron cuestionarios sobre el impacto de la FM y la calidad de vida, así como someterse a una exploración física. En el presente estudio realizado se evaluaron a 133 solo pacientes 15 cumplían los criterios

diagnósticos modificados de la ACR del año 2010 refiriendo que dichos síntomas comenzaron a manifestarse a partir del tercer trimestre del embarazo y no tener enfermedades de base evidenciándose que al realizar la exploración física el 81,18% (n=69) de las pacientes refirieron dolor en espalda, un 42,35% (n=36) refirieron dolor abdominal seguido de dolor en miembros inferiores en un 34,12% (n=29).

En cuanto a las pacientes encuestadas el 29,32% de las pacientes negaron cumplir algún tipo de tratamiento específico para FM, el 48,88% refirió cumplir tratamiento farmacológico con acetaminofén, buscapina, diclofenac, ibuprofeno, ketoprofeno o paracetamol siendo el de mayor prevalencia el acetaminofén con un 23,31% (n=31) donde se obtuvo mejoría de los síntomas solo en 23 de las pacientes; el 21,8 de las pacientes refirió cumplir con tratamiento no farmacológico como lo era el reposo y los masajes, siendo que el 21,05% (n=28) cumplieron reposo de los cuales solo 20 pacientes refirieron mejoría lo que quiere decir que es posible que el tratamiento sea único o combinado bien sea algún fármaco más el reposo o masajes incluyendo también otros cambios en el estilo de vida.

El uso de medicamentos durante el embarazo en las mujeres afectadas de FM la mayoría de los fármacos atraviesan la barrera placentaria, por lo que las mujeres que continúen con el tratamiento farmacológico de la FM durante la gestación van a tener un embarazo de riesgo, pudiéndose desencadenar malformaciones importantes incompatibles con el desarrollo fetal dando lugar a abortos o malformaciones fetales incompatibles con la vida una vez producido el nacimiento. Por ello, se recomienda planear el embarazo con tiempo para poder planificar cuando dejar los medicamentos y reemplazarlo por terapias no farmacológicas. No obstante, si el tratamiento farmacológico es necesario, se deberá prestar atención a los cambios que se producen durante el embarazo y ajustar el tratamiento en relación beneficio/riesgo.

Dentro de las limitantes del trabajo de investigación fue el seguimiento de las pacientes del Complejo Hospitalario para conocer si posterior a su salida presentaban signos y síntomas de FM descritos dentro de los criterios aprobados por el Colegio Americano de Reumatología. Dicho estudio nos permite darnos cuenta que hace falta un amplio seguimiento de dicha patología durante la gestación y en postparto para así poder realizar un manejo multidisciplinario y educar a nuestras pacientes acerca de la enfermedad.

CONCLUSIONES

- Las pacientes más afectadas son las de edad fértil entre los 18 a 42 años.
- Según las características obstétricas prevalecieron las pacientes puérperas correspondiente a un 78,20% siendo el parto vaginal el tipo de parto predominante.
- El 63.91% de las pacientes refirieron presentar signos y síntomas de fibromialgia en el tercer trimestre del embarazo.
- Dentro de 19 áreas anatómicas del índice de dolor generalizado predominó el dolor de espalda.
- El síntoma con mayor frecuencia fue la fatiga seguido de la cefalea y dolor muscular.
- Según la gravedad de los síntomas las pacientes presentaron fatiga de intensidad leve mientras que los trastornos del sueño y los trastornos cognitivos se presentaron de forma moderada.
- 15 pacientes cumplían con los criterios para Diagnostico de FM, refiriendo que dichos síntomas comenzaron a manifestarse en el tercer trimestre del embarazo y no tener patologías de base.
- El tratamiento de mayor prevalecía fue el acetaminofén con un 23, 31% (n=31) donde se obtuvo mejoría de los síntomas solo en 23 de las pacientes.
- Dentro del tratamiento no farmacológico como reposo y masajes, 28 pacientes cumplieron reposo de los cuales solo 20 pacientes refirieron mejoría.

RECOMENDACIONES

- Fomentar la educación médica continua en médicos especialistas, residentes y enfermeras, para detectar precozmente los casos de FM, así como un manejo multidisciplinario.
- Fomentar la educación de los pacientes en cuanto a la FM.
- Realización de otros estudios de investigación en relación a la FM tanto en mujeres gestantes como en pacientes postparto, con el propósito de aumentar el conocimiento en esta área y aportar datos epidemiológicos a la ciudad, al estado y al país.
- Ampliar el número de muestras en próximos estudios para manifestar resultados de mayor validez
- Realizar estudios en mujeres embarazadas previamente diagnosticada con FM.
- Realización de estudios que incluyan la respuesta al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Covarrubias-Gómez, A Carrillo-Torres, O. 2016. Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 39; pp 58-63. Disponible: <http://www.medigraphic.com/rma>. [diciembre, 2022].
2. Covarrubias-Gómez A; Guevara-López, U; Gutiérrez-Salmerón, C; Betancourt-Sandoval JA, Córdova-Domínguez JA. 2010. Epidemiología del dolor crónico en México. Revista Mexicana de Anestesiología. 33:207-213.
3. Covarrubias-Gómez, A; Guevara-López, U; Lara-Solares, A; Tamayo Valenzuela, AC; Salinas-Cruz, J; Torres-González, R. 2008. Características de los enfermos que acuden a una clínica del dolor por primera vez. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social. 46:467-472.
4. Garcés Fernández, M. 2016-2017. Revisión narrativa: Gestación y Fibromialgia. Trabajo de fin de Grado de enfermería. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid-España. pp 54. (Multígrafo).
5. Lacassie, H; 2014. Dolor y Embarazo. Revista Médica Clínica Condes. 25(4) pp 641-650.

6. Contreras, S; 2012. Detección precoz de fibromialgia en la consulta de medicina interna y reumatología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Aplicación de nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia. Mérida – Venezuela. Tesis especial de Grado. Post-grado de Medicina Interna, Universidad de Los Andes. pp 37 (Multígrafo)
7. Enríquez del Castillo, L. A; Irigoyen Gutiérrez, H. E; Vázquez Rodríguez, A; Franco Gallegos, L.I; Miguel Torres, K. D; Márquez Mendoza, N. (2018). Actividad física y fibromialgia: Estudio de caso. *Movimiento científico issn-1:2011-7191*, 12(2), 55-62.
8. D.F. García Rodríguez, C. Abud Mendoza; 2020. Fisiopatología de la fibromialgia. *Reumatología Clínica*. 16(3):191–194.
9. Belenguer Prieto R., Carbonell Baeza A., García Campayo J., Juan Vicente L. D., Martín Noguerras A. M., Martínez-Lavín M., et al; 2015. Guía de debut en fibromialgia. *ADFM Asociación de Divulgación de Fibromialgia*. Vol: 161.
10. Inés Lallana García; 2022. Revisión Bibliográfica sobre la Fibromialgia. *Revista Ocronos*. Vol. V. N° 1– Pág. n°1: 95.
11. Busta Cornejo C; 2021.Narrativas en torno al dolor: la fibromialgia vista desde la experiencia de profesionales de la salud chilenos. *Revista Ciencias de la Salud*. 20(2):1-19.
12. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB; 2010. The

American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res*;62:600-10.

13. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, MA Fitzcharles, Paiva ES, Staud R, Sarzi Puttini P, Buskila D, Macfarlane GJ. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Pain* 2019 Jun; 6:611-628. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590018308320>
14. Saa'd, S., Many, A., Jacob, G., Ablin JN; 2013. High prevalence of Fibromyalgia symptoms among healthy full-term pregnant women. *Rheumatol Int.* 33 (6):1515-1560. doi: 10.1007/s00296-012-2627-6.
15. Duro Pujol J; 2010. *Reumatología Clínica*. Edit Elsevier España, S.L. pp 431-436
16. Lira P; 2016. Módulo 1: Medicina interna, Reumatología. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Pp 3.
17. Acosta Medina M; 2021. *Manual de Reumatología para Médicos de atención primaria*. Edit Ergon Madrid - España. Pp 133-136.
18. Moyano S, Kilstein JG, Cayetano A; 2015. Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia ¿vinieron para quedarse? Elsevier España, S.L. Vol 11(4); pp 210-214.

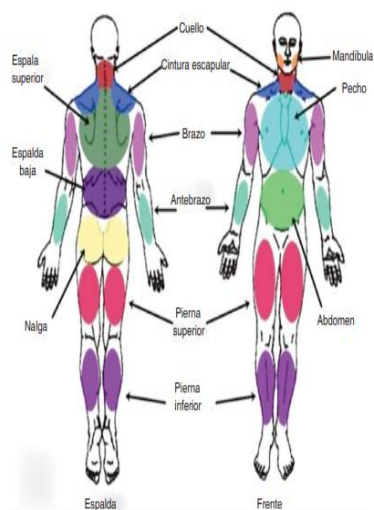
APÉNDICES

Apéndice A

Instrumento de recolección de datos “Identificación de signos y síntomas de fibromialgia en pacientes gestantes y en postparto para un adecuado abordaje terapéutico. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar. Venezuela.”

Fecha: / / Ocupación: _____ Edad: _____ Procedencia: Rural: Urbano: Estado Civil: Soltero Casado Otro: Instrucción: Analfabeta Primaria Secundaria Bachiller Universitaria Hijos: Ninguno: 1 a 3 hijos Más de 3 hijos. Tipo de Paciente: Gestante: Postparto:	Cedula de Identidad: _____ Enfermedades: Diabetes Hipertensión Renales Tiroides Pulmonar Artritis Artrosis Lupus Colon Gota Fibromialgia Trombosis Venosa Antecedente Familiar de: Ansiedad Depresión Fibromialgia
¿Cumple algún tratamiento farmacológico? Sí No En caso de tomar algún farmacológico: ¿Cuál tratamiento?	¿Cumple algún tratamiento farmacológico? NO Sí No ¿Cuál?
¿Observa alguna mejoría con el tratamiento? Sí No	¿Observa alguna mejoría? Sí No

Apéndice B



Espalda zona alta izquierda	Pierna izquierda
Espalda zona alta derecha	Pierna derecha
Brazo región superior izquierda	Mandíbula lado izquierdo
Brazo región superior derecha	Mandíbula lado derecho
Brazo región inferior izquierda	Pecho
Brazo región inferior derecha	Abdomen
Nalga izquierda	Cuello región cervical
Nalga derecha	Espalda región baja izquierda
Muslo izquierdo	Espalda región baja derecha
Muslo derecho	

Figura 1. Índice de dolor generalizado

A. SS-Parte 1. Indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas, que se puntúan del 0 (leve) al 3 (grave): (Figura 2A)

1. FATIGA	2. SUEÑO REPARADOR	3. TRASTORNOS COGNITIVOS
0 No ha sido un problema	NO No ha sido un problema	No ha sido un problema
1 Leve, intermitente.	Leve, intermitente.	Leve, ocasional.
2 Moderada, presente casi siempre.	Moderada, presente casi siempre.	Moderada, presente casi siempre.
3 Grave, persistente, grandes problemas	Grave, persistente, grandes problemas	Grave, persistente, grandes problemas

Suma el valor de todas las casillas marcadas y anótelo aquí: _____

Observará que el valor SS-Parte1 oscila entre 0 y 9.

B. SS-Parte 2. Marque cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana pasada. (Figura 2B)

Dolor muscular	Depresión	Pitidos al respirar (sibilancias)	Respiración entrecortada
Síndrome de colon irritable	Estreñimiento	Fenómeno de Raynaud	Pérdida de apetito
Fatiga/agotamiento	Dolor en la parte alta del abdomen	Urticaria	Erupciones/rash
Problemas de compresión o memoria	Náuseas	Zumbidos en los oídos	Intolerancia al sol
Debilidad muscular	Ansiedad	Vómitos	Trastornos auditivos
Dolor de cabeza	Dolor torácico	Acidez de estómago	Moretones frecuentes (hematomas)
Calambres en el abdomen	Visión borrosa	Aftas orales (úlceras)	Caída del cabello
Entumecimiento/hormigueos	Diarrea	Pérdida o cambios en el gusto	Micción frecuente
Mareo	Boca seca	Convulsiones	Micción dolorosa
Insomnio	Picores Espasmos vesicales	Ojo seco	Espasmos vesicales
<p>Cuenta el número de síntomas marcados, y anótelo aquí: _____</p> <p>Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0</p> <p>Entre 1 y 10, su puntuación es 1</p> <p>Entre 11 y 24, su puntuación es 2</p> <p>25 o más, su puntuación es 3</p>		<p>Anote aquí su puntuación de la SS-Parte 2 (entre 0 y 3): _____</p> <p>Suma de su puntuación SS-Parte 1 + SS-Parte 2 = _____</p> <p>Compruebe que la puntuación se encuentre entre 0 y 12 puntos</p>	

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Signos y síntomas de fibromialgia en gestantes y en postparto para un adecuado abordaje terapéutico. Complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Venezuela
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
León Flores Raquel Patricia	ORCID	
	e-mail:	raquel29leon@gmail.com
León Pietri Estela Carolina	ORCID	
	e-mail:	esteladr2349@gmail.com

Palabras o frases claves:

Fibromialgia
Dolor crónico
Gestantes
Postparto
Terapia

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Dpto. de Ginecología y Obstetricia	Ginecología y Obstetricia
Línea de Investigación: Ginecología	

Resumen (abstract):

El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar la frecuencia de signos y síntomas de fibromialgia (FM) en gestantes y postparto para un adecuado abordaje terapéutico en el Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez Ciudad Bolívar, Estado Bolívar- Venezuela, desde mayo de 2023 a agosto de 2023. Se desarrolló un estudio de tipo retrospectivo, observacional y descriptivo. La muestra estuvo constituida por 133 pacientes que presentaran alguna sintomatología relacionada con FM. La técnica que se usó para recoger los datos fue una encuesta que recopiló variables demográficas: edad, nivel de instrucción, estado civil, procedencia y la presencia o no de signos y síntomas de FM a través de la aplicación de los criterios de FM del Colegio Americano de Reumatología planteados en el año 2010. Los datos obtenidos de las encuestas realizadas se ordenaron, contabilizaron y tabularon en tablas estadísticas de distribución de frecuencia y tablas de contingencia. Se obtuvieron como resultados en cuanto al índice de dolor generalizado que el 81,18% (n= 69) de las pacientes obstétricas presentaron predominio de dolor de espalda, seguido de dolor abdominal y miembros inferiores; mientras que de los síntomas encuestados la fatiga/agotamiento represento un 49.62% (n=66), la cefalea el segundo síntoma representado un 48.87% (n=65) y el dolor muscular se encuentra en tercer lugar representando un 46.62% (n=62); siendo estos los 3 síntomas más reportados; como resultado de la sumatoria de los criterios de ACR 2010 15 pacientes cumplían con criterios de FM, refiriendo que dichos síntomas comenzaron a manifestarse a partir del tercer trimestre del embarazo y no tener enfermedades de base ni haber sido diagnosticada anteriormente con FM, dicha enfermedad no ha sido bien documentada durante el embarazo y unos pocos estudios se han centrado en la descripción de su historia natural y el tratamiento, lo que nos permite darnos cuenta que hace falta un amplio seguimiento de dicha patología, dentro de las limitantes del trabajo de investigación fue el seguimiento de las pacientes posterior a su salida del Complejo Hospitalario.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dr. Alvaro Petit	ORCID				
	e-mail	alvaropetit07@hotmail.com			
	e-mail				
Dra. Yurilis Fuentes	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	yurilisfuentes@gmail.com			
	e-mail				
Dr. Luis Cabrera	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	luisecabrerar@gmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación: 2024/10/31

Lenguaje: spa

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

NBOTTG_LFRP2024

Alcance:

Espacial:

Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez Ciudad Bolívar, Estado Bolívar-Venezuela

Temporal:

Mayo - Agosto de 2023

Título o Grado asociado con el trabajo:

Médico Cirujano

Nivel Asociado con el Trabajo:

Pregrado - Médico Cirujano

Área de Estudio:

Dpto. de Medicina

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

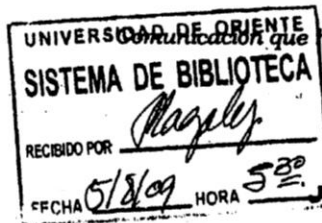
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Signature]

JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO
Secretario



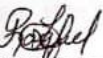
C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.


JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6


De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.


AUTOR(ES)

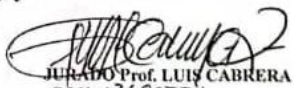

Br. León Flores Raquel Patricia
C.I. 25914252
AUTOR


Br. León Estela Carolina
C.I. 123498276
AUTOR

JURADOS


TUTOR: Prof. ALVARO PETIT
C.I.N. 12.191.551
EMAIL: alvaropetit07@hotmail.com


JURADO Prof. YURILIS FUENTES
C.I.N. 14.288.601
EMAIL: yurilisfuentes@gmail.com


JURADO Prof. LUIS CABRERA
C.I.N. 12680721
EMAIL: loisecabrera@gmail.com


P. COMISIÓN DE PRESENTACIÓN DE GRADO

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS
Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
EMAIL: trabajodegradodosaludbolivar@gmail.com