

Fibromialgia en Chile: revisión de la literatura y propuesta para una futura política pública en atención primaria de salud

Fibromyalgia in Chile: literature review and proposal for a future public policy the primary healthcare system

Vicente Ramírez Robles¹, Javiera Alfaro Buguéno², Ayleen Torres Fernández³, Camila Martínez Villavicencio¹, Alejandra Bustamante Bustamante⁴, Mauricio Soto Subiabre¹

Resumen

Introducción: la fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica caracterizada por dolor musculoesquelético y un espectro de síntomas somáticos. Se asocia a un alto costo y compromiso en la calidad de vida de los pacientes, razón por la que es necesaria una política pública en atención primaria de salud (APS) en Chile, que contribuya con el diagnóstico temprano, tratamiento y seguimiento. **Métodos:** revisión bibliográfica narrativa centrada en las características de la FM, tratamiento y políticas públicas vigentes (Chile, España y Uruguay), utilizando *PubMed*, *Cochrane*, *Epistemonikos*, *Google Scholar* y *GreyLit*. La búsqueda se realizó desde el 3 de septiembre al 11 de diciembre de 2020. **Resultados:** la prevalencia global de la FM alcanza el 2,7%, con una proporción mujeres y hombres de 3:1. Se estima una prevalencia entre 1 a 2% y un alto impacto en la calidad de vida y un alto costo asociado a discapacidad. Uruguay y España han implementado políticas públicas para FM, con enfoque principal en atención de salud integral y plan de reinserción laboral. En Chile, no existe la incorporación de la FM en ningún programa de salud que garantice el acceso y tratamiento. **Conclusión:** la FM es una enfermedad polisintomática, que impacta en la calidad de vida de los pacientes. Dada su prevalencia a nivel nacional, retraso en el diagnóstico e inicio de un tratamiento, se ve justificada una política pública. En el presente artículo se propone la creación de Unidades de Fibromialgia en APS, cuyas características consideren aspectos de interdisciplinariedad y territorialidad que permitan un acceso rápido a diagnóstico, tratamiento, seguimiento, derivación oportuna a especialistas y educación a los pacientes y profesionales.

Palabras clave: fibromialgia; dolor; política pública; Chile; unidades de fibromialgia; atención primaria de salud.

Abstract

Introduction: Fibromyalgia (FM) is a chronic musculoskeletal disease related to a somatic symptoms spectrum. It is associated with high economic costs and the deterioration of patients' quality of life. That explains why a public policy in the primary healthcare system (PHS) is necessary for Chile to contribute to early diagnosis, treatment, and follow-up. **Methods:** Narrative bibliographic review, focused on the FM clinical characteristics, their treatment, and current public policies about FM in Chile, Spain, and Uruguay. We utilized PubMed, Cochrane, Epistemonikos, Google Scholar, and Greylist as search engines from September 3rd to December 11th, 2020. **Results:** The FM global prevalence is 2.7%, with a proportion female: male 3:1, and in Chile is between 1.1% to 3.9%, with a high impact on the quality of life and high cost related to disability. Uruguay and Spain have implemented public policies about FM, especially in diagnosis and treatment. In Chile, there are not any health programs that guarantee access and early treatment to FM. **Conclusion:** FM is a polysymptomatic disease, which impacts to quality of life of patients. Given its prevalence in Chile, and the delay in diagnosis and treatment, a public policy is justified. This article proposes the creation of Fibromyalgia Units in PHC whose characteristics consider aspects of interdisciplinary and territorial that allow access and opportune treatment to FM, follow-up, timely referral to specialists, and pain education to patients.

Keywords: fibromyalgia; pain; public politics; Chile; fibromyalgia units; primary healthcare system.

Fecha de envío: 2022-11-08 - Fecha de aprobación: 2022-12-21

(1) Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
(2) Escuela de Ingeniería Civil, Pontificia Universidad Católica de Chile
(3) Escuela de Fonoaudiología, Pontificia Universidad Católica de Chile
(4) Escuela de Química y Farmacia, Pontificia Universidad Católica de Chile
Autor de correspondencia: masoto5@uc.cl



Antecedentes

Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad que representa la tercera causa de dolor musculoesquelético crónico, después de la artrosis de rodilla y lumbago (Macfarlane *et al.*, 2017). Está asociada a fatiga, alteraciones del sueño, problemas de memoria y del ánimo y síntomas somáticos, de intensidad variable y relacionados con las comorbilidades de los pacientes (Sarzi-Puttini *et al.*, 2020).

Su etiología es desconocida y se estima una prevalencia mundial entre un 2-3% (Sarzi-Puttini, 2020). En Chile no existen datos específicos, estimando una prevalencia entre 1% a 2% (Bilbeny, 2019).

El proceso de diagnóstico suele tomar tiempo, implica altos costos directos, por las múltiples atenciones médicas y uso de fármacos; e indirectos, dado el ausentismo laboral o desempleo por incapacidad (Knight *et al.*, 2013; Briones-Vozmediano *et al.*, 2015). Por lo anterior, la FM tiene un impacto importante en la calidad de vida de los pacientes, ya sea por el dolor crónico, depresión, ausentismo laboral y pérdida de productividad (Vargas *et al.*, 2018). En Chile no existe cobertura ni un plan legislativo para la FM en el sistema nacional de salud. Por lo anterior, los objetivos de esta investigación fueron: a) revisar la fisiopatología de la FM, sus criterios diagnósticos y la evidencia disponible sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico; b) conocer la situación actual de la FM en el sistema de salud chileno y compararla con la existente en Uruguay y España; c) reflexionar sobre la necesidad de implementar una política pública de salud en FM con énfasis en la atención primaria de salud y d) presentar una propuesta de la potencial estructura de una unidad de fibromialgia en atención primaria de salud.

Metodología

Revisión bibliográfica de tipo narrativa centrada en las características de la FM (fisiopatología, diagnóstico); tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) y políticas públicas vigentes (Chile, España y Uruguay). Se decidió estos países para efectos de comparación, por contar con políticas vigentes sobre la FM. La búsqueda se realizó desde el 3 de septiembre al 11 de diciembre de 2020.

Se utilizaron las bases de datos: *PubMed*, *Cochrane*, *Epistemonikos*, *Google Scholar* y *GreyLit*. Se utilizaron términos naturales y *MESH* empleando términos *booleanos* AND y OR, en idiomas español e inglés, con restricción de año desde 2010 en adelante. Las palabras fueron: "fibromialgia", "evidencia", "tratamiento no-farmacológico", "tratamiento farmacológico", "Políticas públicas", "Chile", "Uruguay", "España", "epidemiología" y "dolor musculoesquelético crónico".

Resultados

Fisiopatología

La FM es una enfermedad caracterizada por dolor musculoesquelético crónico extenso asociado a fatiga, problemas de sueño y de memoria y un espectro de síntomas somáticos (Sarzi-Puttini *et al.*, 2020). La definición de dolor extenso ha cambiado en el tiempo, desde la presencia de dolor en los cuatro cuadrantes y sobre y bajo lo cintura, pasando por el conteo de áreas en las que el paciente refiere dolor, hasta la distribución de las zonas de dolor en regiones corporales y su cuantificación (Galvez-Sánchez & Reyes del Paso, 2020). El dolor en FM no tiene una localización específica y puede migrar sin un patrón determinado.

El estrés post-traumático, grandes traumatismos, cirugía mayor, violencia física y situaciones traumáticas en la infancia se han descrito como factores de riesgo asociados a la FM (Dydyk, 2021). En un evento agudo se liberan citocinas, células inflamatorias y neuropéptidos que estimulan fibras sensitivas y al sistema nervioso simpático. Paulatinamente provocan isquemia y sensibilización de los nociceptores, conocido como sensibilización periférica (SP) (Dydyk, 2021). Al mantenerse activo en un foco doloroso, estimulan a nociceptores vecinos y neuronas de segundo y tercer orden, y desencadenan el fenómeno de SP, que explica el dolor referido e irradiado (Dydyk, 2021).

La sensibilización central (SC) es la teoría actual más aceptada que explicaría, en parte, la fisiopatología de la FM (Goldenberg, 2016). En esta condición existe un incremento en la capacidad de respuesta de las neuronas nociceptivas en el sistema nervioso central a estímulos aferentes de umbral normal o subnormal (Dydyk, 2021). Existe, además, una mayor actividad de las vías excitatorias y reducción de las vías inhibitorias, con una secundaria amplificación del dolor. Son varias las condiciones que pueden llevar a la SC, como infecciones virales, trauma físico, problemas del sueño, predisposición genética, trauma en la infancia y/o neonatal, todo lo cual desencadenaría una disfunción neuroendocrina-inmune, como resultado de la hiperestimulación y la producción de una neuroinflamación al nivel sistema nervioso central (Ryabkova *et al.*, 2019; Andrés-Rodríguez *et al.*, 2020).

La existencia de una neuropatía de fibra fina (NFF) se ha identificado en cerca del 41% de pacientes con FM, lo que puede estar determinado por la autoinmunidad, en el contexto de la hiperestimulación antes descrita (Martínez-Lavín, 2018). La NFF compromete a fibras somáticas, con lo cual, los pacientes presentan dolor, sensación quemante, hormigueo, con un compromiso en las extremidades de distal a proximal, y fibras autonómicas, con lo cual se produce sequedad ocular y de boca, mareos y alteraciones vesicales (Martínez-Lavín, 2018).

Epidemiología

La prevalencia global promedio de la FM es de 2,7%, con rangos que van desde 0,4% en el caso de Grecia hasta 9,3% en Turquía, al usar los criterios 1990 de la ACR, American College of Rheumatology (Queiroz, 2013). En Chile, si bien no existe un estudio dirigido, se estima que la prevalencia está entre 1 a 2%. (Bilbeny, 2019). Según datos publicados a partir de la Encuesta Nacional de Salud, en Chile la FM tiene una prevalencia estimada de 4% y un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes, medido en pérdida de unidades de calidad de vida relacionado con la salud (Zitko *et al.*, 2021).

En un estudio, se analizó los costos asociados a las principales causas de dolor musculoesquelético en Chile, utilizando como parámetros de costos relacionados con discapacidad, depresión, ansiedad y pérdida de productividad (Bilbeny, 2019). Se estimó un costo asociado a discapacidad de \$33.044.781 millones de pesos para FM, a depresión de \$6.373.196 millones de pesos, ansiedad de \$133.663 millones de pesos. La suma anual de costos directos e indirectos asociados a dolor supera los 31 mil millones de pesos, lo que representa cerca del 0,4% del Producto Geográfico Bruto (PGB) en Chile. En Europa, esta misma cifra alcanza entre el 1,5% al 3,0% (Vargas *et al.*, 2018; Bilbeny, 2019).

España y Uruguay son países con alguna política pública vigente sobre la FM, estando mejor desarrollada en el primero. En España, la prevalencia estimada es de 2,4% (Cabo-Meseguer, 2017), mientras que en Uruguay no existen datos de prevalencia.

Diagnóstico

La presentación clínica de la FM, el desconocimiento de la enfermedad por los equipos de salud, el bajo nivel de sospecha y el escepticismo, son factores que contribuyen a retardar el diagnóstico (Triviño-Martínez *et al.*, 2014; Baron *et al.*, 2017). Este puede tomar más de 2 años y el número promedio de médicos visitados en ese tiempo es de 3,7 años (Triviño-Martínez *et al.*, 2014; Gil-Sola, 2019).

El diagnóstico de la FM es clínico. Para mejorar la aproximación al diagnóstico, han surgido varios criterios orientadores. Entre los más usados están los ACR (Colegio Americano de Reumatología, ACR por sus siglas en inglés) 1990, 2010, 2010 modificados y los 2016 (Bair & Krebs, 2020). El 2018 se incorporaron los criterios AAPT (ACTION-APS Pain Taxonomy) los cuales aún no han sido ampliamente distribuidos en la práctica clínica (Arnold *et al.*, 2019).

Otras herramientas utilizadas en el tamizaje para FM son: *FiRST* (Fibromyalgia Rapid Screening Tool) (Torres *et al.*, 2013), Fibromyalgia Diagnostic Screen, FibroDetect® (Baron *et al.*, 2014) y ABC (A: algia; B: distribución bilateral del dolor y C: cronicidad) (Stewart, 2019).

Útiles frente a la sospecha clínica y como un primer acercamiento al paciente con dolor crónico extenso.

Tratamiento

El abordaje terapéutico de los pacientes con FM es interdisciplinario. Debe considerar la experiencia clínica de los equipos de salud, los objetivos y las expectativas reales de los pacientes. Las guías clínicas sobre el manejo de la FM coinciden en: educación en la enfermedad, enfoque individualizado, identificar los síntomas que comprometen la calidad de vida, evaluación permanente del tratamiento y una activa participación de los pacientes (Macfarlane *et al.*, 2017). Presentamos una breve descripción de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que han demostrado eficacia.

Tratamiento Farmacológico

Los medicamentos utilizados en la actualidad para el manejo de la FM se pueden clasificar en aquellos que: a) disminuyen las vías excitatorias (ligandos alfa 2 a los canales de calcio); b) aumentan las vías inhibitorias (inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antagonista NMDA); c) coadyuvantes (analgésicos, relajantes musculares, opioides) y d) terapias combinadas. La **tabla 1** resume los principales medicamentos que se utilizan en tratamiento para fibromialgia, dosis recomendadas y efectos adversos.

a) Antidepresivos tricíclicos

Los tricíclicos son los fármacos más utilizados y con mayor nivel de evidencia. Su mecanismo de acción es importante para la recaptación de noradrenalina y serotonina. Además, existe un efecto en el bloqueo sobre los canales de sodio, receptores histamínicos, colinérgicos y NMDA. El más utilizado es la amitriptilina, en dosis de 25 a 50 mg/día (Macfarlane *et al.*, 2017). Debe iniciarse en donde crecientes desde 12,5 mg/noche y aumentar a 25 mg/noche a la semana siguiente. Se ha demostrado eficacia moderada de la amitriptilina en la mejoría del dolor, el sueño y la fatiga (Häuser *et al.*, 2019). Sus principales efectos adversos son la sequedad de la boca y la ganancia de peso.

b) Anticonvulsivantes

La pregabalina y gabapentina actúan como ligando a la subunidad alfa-2 de los canales de calcio de alto voltaje, con lo cual disminuyen el flujo de calcio, liberación y concentración de neurotransmisores excitatorios (glutamato, sustancia P, noradrenalina). Se ha demostrado una reducción del dolor en 43% con la dosis de 300 y 450 mg/día y de 44% con la dosis de 600 mg/día (Spaeth, 2008). La evidencia muestra beneficio en el alivio del dolor, pero sin efecto sustancial en la fatiga, depresión, ansiedad ni en las limitaciones de la vida diaria (Üçeyler *et al.*, 2017).

Tabla 1: Familias de medicamentos utilizados para el tratamiento de FM.

Acción	Mecanismo	Fármaco	Dosis	Efectos adversos frecuentes
Disminución de mecanismos excitatorios	Ligandos alfa 2 a canales de calcio	Pregabalina ¹	Inicio: 75 mg PM Mantención: 300-450 mg	Mareos Somnolencia Cefalea
		Gabapentina	Inicio: 100 mg OM Mantención: 1200-2400 mg	Edema periférico Aumento de peso
Aumento de mecanismos inhibitorios	Inhibición de recaptación Ser y NoA	Duloxetina ¹	Inicio: 30 mg AM Mantención: 60 mg	Nauseas Sequedad boca
		Milnacipran ¹	Inicio: 12,5 mg AM Mantención: 50-100 mg	Mareos Somnolencia Sudoración Diarrea (duloxetina) Constipación (milnacipran)
	Inhibidor selectivo recaptación Ser	Amitriptilina	Inicio: 12,5 mg PM Mantención: 25-50 mg	Sequedad de boca Constipación Retención urinaria Sedación Problemas concentración
Coadyuvantes	Bloquea receptores 5 HT2	Ciclobenzaprina	5-10 mg PM, según tolerancia del paciente.	Somnolencia Sequedad de boca Mareos
	Receptores μ Inhibición recaptación de Ser y NoA	Tramadol	Según tolerancia del paciente y en casos de dolor severo y refractario.	Náuseas Cefalea
		Analgésicos y AINES ²	En casos de patologías asociadas (por ejemplo, artrosis, síndrome manguito rotador).	

1: Aprobados por la FDA; 2: sin evidencia utilidad en pacientes con FM; AINES: antiinflamatorios no esteroideos; Ser: Serotonina; NoA: Noradrenalina

Se recomienda una dosis individualizada, según eficacia terapéutica y tolerancia del paciente. La dosis de inicio debe ser 75 mg/día y luego aumento semanal hasta los 300 mg/día, controlando semanalmente la eficacia y presencia de efectos adversos. Los efectos adversos más frecuentes son mareos, cefalea, somnolencia, aumento de peso y edema periférico (Üçeyler *et al.*, 2017).

c) Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)

Estos fármacos actúan utilizando el efecto de la serotonina y noradrenalina en la modulación de las vías antinociceptivas. Potencian la neurotransmisión de monoaminas en las vías inhibitorias descendentes y reducen la transmisión aferente nociceptiva (Lunn, 2014).

La duloxetina tiene un alivio del dolor significativo respecto del placebo, siendo su respuesta independiente de la presencia de depresión. Sin efecto significativo a dosis de 20-30 mg y sin diferencias entre 60 y 120 mg (Macfarlane *et al.*, 2017). Tiene leve efecto sobre la fatiga y sin impacto en los problemas del sueño (Macfarlane *et al.*, 2017). Se recomienda inicio de dosis en forma creciente (30 mg/día), con aumento semanal (hasta 60 mg/día) y

solo mantener en pacientes respondedores. Los efectos adversos descritos son náuseas, sequedad de boca, mareos, somnolencia y (Lunn, 2014; Macfarlane *et al.*, 2017) El milnacipram a dosis de 100 mg a 200 mg disminuye el dolor en un 30% al final del tratamiento. Tiene bajo efecto sobre la fatiga y la discapacidad secundaria y sin efecto sobre el sueño. Entre sus efectos adversos están las náuseas, constipación y cefalea (Macfarlane *et al.*, 2017).

d) Opioides

El rol de los opioides en el tratamiento de la FM es limitado. El tramadol es un opioide menor que actúa sobre los receptores μ y como inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina, siendo este último responsable de su principal efecto analgésico en FM. Hay poca evidencia disponible para recomendar su uso en FM, pero la combinación de tramadol (37.5 mg) más paracetamol (325 mg) ha logrado una reducción del dolor en 30% (Macfarlane *et al.*, 2017).

e) Hipnóticos y fármacos antisicóticos

Los inductores del sueño (zolpidem y zopiclona) pueden ser usados por corto periodo de tiempo para el manejo de problemas de sueño,

pero no son efectivos contra el dolor en FM (Moldofsky, 1996) En el caso de los antipsicóticos, el más estudiado es la quetiapina, tiene beneficios en el alivio del dolor, problemas de sueño, depresión y ansiedad. Sin embargo, no hay suficiente evidencia que apoye el uso de quetiapina en FM, y si se utiliza debe ser por corto periodo de tiempo (Walitt, 2016).

f) Relajante muscular

La ciclobenzaprina bloquea los receptores 5-HT₂ y produce relajación muscular. Puede ser usado para mejorar el sueño y por corto tiempo. No se ha demostrado efecto sobre el dolor a las 12 semanas de tratamiento. Entre sus efectos adversos se considera somnolencia, sequedad de boca y mareos (Macfarlane *et al.*, 2017).

Tratamiento no-farmacológico

Las recomendaciones no farmacológicas en pacientes con FM, según la guía clínica EULAR, y que han mostrado algo de eficacia son, ejercicios aeróbicos y fortalecimiento muscular, terapia cognitivo conductual, terapia multicomponente, acupuntura, hidroterapia, terapias de movimiento meditativo (*yoga, taichi*) y reducción del estrés basada en mindfulness (Macfarlane *et al.*, 2017). El ejercicio físico aeróbico muestra una fuerte evidencia en la disminución del dolor, la fatiga y en la calidad del sueño. (Ericsson, 2016). Terapia termal, oxígeno hiperbárico, uso de probióticos, *yoga, taichi* o baile de baja intensidad, han sido estudiados en algunos ensayos, demostrando mejoría en los síntomas (Maffei, 2020).

Percepción de la FM en la Sociedad

Percepción por parte de los pacientes

Las relaciones afectivas de los pacientes con FM se ven afectadas, por disminución de su participación en reuniones sociales y familiares. Experimentan el distanciamiento de sus parejas, falta de afecto y de comprensión de la enfermedad. Se compromete también la vida sexual, a causa de su falta de deseo sexual y dificultad para experimentar orgasmos (Sanabria-Mazo & Gers-Estrada, 2019). En el ámbito laboral, los pacientes se sienten poco productivos y deben abandonar su trabajo o adaptarse a otras situaciones laborales, ya sea disminuyendo sus horas de trabajo o modificando sus condiciones laborales (Sanabria-Mazo & Gers-Estrada, 2019).

Percepción de los pacientes sobre los profesionales de la salud

Los pacientes con FM esperan apoyo del equipo de salud, no ser juzgados por sus síntomas y obtener un tratamiento adecuado y estrategias para el control de la enfermedad. Esperan que los profesionales de la salud reconozcan sus problemas, sean respetuosos y que tengan un abordaje adecuado que les permita a los pacientes disminuir el sufrimiento, mejorar su calidad de vida y facilitar su

integración familiar, laboral y social (Gil-Sola, 2019). Lo anterior, muchas veces, se contrapone con la práctica clínica diaria, ya que muchos médicos y otros profesionales de la salud desconocen la enfermedad o directamente niegan su existencia (Sanabria-Mazo & Gers-Estrada, 2019).

Marco público de fibromialgia en Chile

El sistema de salud chileno es mixto, integrado por un seguro público y otro privado. Con la finalidad de mejorar el acceso, la protección financiera, acotar los tiempos de espera y otorgar prestaciones de calidad, se creó un conjunto de beneficios establecidos por ley, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), para 85 problemas de salud. A la fecha, la FM no está considerada en este grupo, existiendo solo solicitudes para su incorporación y la implementación de un plan piloto en el sistema público y acotado a algunas áreas geográficas del país. Algunas instituciones privadas de salud cuentan con programas interdisciplinarios para pacientes con fibromialgia, pero no se desarrollan frente a ningún marco regulatorio estatal y abordan un grupo limitado de pacientes.

Los avances nacionales respecto a la FM se han reflejado en una orientación técnica para el abordaje de la fibromialgia en el 2016, que correspondió a una revisión de la evidencia disponible (MINSAL, 2016). Estaba dirigida a profesionales de la salud y organizaciones de pacientes con FM, ya que entrega orientaciones respecto al diagnóstico, derivación, tratamiento y rehabilitación, con énfasis en el manejo interdisciplinario. En el mismo sentido, el año 2019 la Cámara de Diputados de Chile en su sesión 68^a, declara a la FM como una enfermedad de interés nacional para efectos de atención primaria de salud. En los múltiples proyectos de resoluciones desde 2016 a 2019, se solicita reconocer a la FM como una enfermedad invalidante, necesidad de reposo laboral para los pacientes, promover la elaboración de un protocolo de atención nacional y el desarrollo de investigación sobre la enfermedad (Cámara de Diputados, 2019).

FM en España y Uruguay: modelos de política pública

El sistema de salud español asegura el derecho a la asistencia sanitaria universal y gratuita. Además, todas sus comunidades autónomas han constituido servicios de salud y gestionan la asistencia sanitaria en sus propios términos. La FM, no exenta de lo anterior, no requiere de ningún costo adicional para el diagnóstico y tratamiento, siendo el estado quien vela por su calidad y acceso. En noviembre de 2018, el Instituto de la Seguridad Social y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia publicaron la primera edición del "Manual de Ayuda para la valoración de FM, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad múltiple y electrosensibilidad", con actualizaciones posteriores (Ministerio de Trabajo,

Migraciones y Seguridad Social, España, 2019). Este texto es una herramienta orientativa para el diagnóstico de la FM, tratamiento y valoración de la incapacidad, que se suma a otra desarrolladas por la Sociedad Española de Reumatología y Sociedad Española de Fibromialgia y fatiga Crónica.

Tomando como ejemplo la comunidad autónoma de Cataluña, el año 2002 el Parlamento Catalán aprobó una resolución que instaba a entregar una atención especializada a los pacientes con FM. En ese periodo se crearon 3 unidades especializadas de fibromialgia, en hospitales de alta complejidad en la ciudad de Barcelona. El año 2006, el Departamento de Sanidad Catalán puso en marcha un modelo de atención de pacientes con FM y síndrome de fatiga crónica, de carácter progresivo, con énfasis en la APS, tanto para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes. Estas unidades estarían apoyadas por una red especializada, para interconsultas y manejo de casos complejos. Con el tiempo, el número de unidades ha aumentado (cerca de 17 en todo el territorio catalán), manteniendo el énfasis en la APS y la permanente comunicación con las unidades más especializadas.

En Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Salud está compuesto por un sector público y uno privado, siendo el principal prestador de servicios el primero (Aran, 2011). Respecto a la FM, el 2018 la Ley N° 19.728, la declara enfermedad de interés nacional y promueve la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico, la asistencia integral y rehabilitación. En su artículo N°3, la ley considera lo que serán las competencias del Ministerio de Salud Pública y el N°4 hace una referencia explícita a que la protección de los pacientes y su no discriminación en ningún ámbito (Cámara de Representantes, 2018).

Discusión

Necesidad de una política pública para FM en Chile

De acuerdo con los resultados de esta revisión, la prevalencia de la FM, el impacto en la calidad de vida de los pacientes, su retraso en el diagnóstico y los costos asociados a la enfermedad, nos parecen elementos suficientes para impulsar una política pública respecto a la FM.

Una futura política pública debe considerar cuatro ejes: a) el paciente (acceso rápido a un diagnóstico, tratamiento interdisciplinario centrado en sus necesidades y derivación oportuna a un especialista para casos complejos); b) equipo de salud (educación continua que permita la formación de equipos de salud APS y desarrollo de unidades interdisciplinarias con formación en FM y/o dolor crónico no oncológico); c) costos asociados a la enfermedad (reducción de los costos directos e indirectos de la FM, tanto para el paciente como para el sistema de salud) y d) plan de reinserción laboral o

en las actividades cotidianas (re-funcionalidad del paciente y/o reconocimiento de una incapacidad).

Ejes para una futura política pública en relación con la fibromialgia en atención primaria de salud en Chile

El paciente con FM

Para mejorar la sospecha del diagnóstico, nos parece adecuado utilizar el concepto de indicadores ABC. Este conceptualiza lo básico de la presentación clínica de la FM: A, algia; B, distribución bilateral del dolor y C, cronicidad de las manifestaciones clínicas (Stewart, 2019). De esta forma, la sospecha de FM se centra en un paciente con dolor crónico extenso, síntomas somáticos e impacto en los diferentes aspectos de su vida. Es recomendable que el diagnóstico de FM se realice en todos aquellos pacientes que, junto a la sospecha clínica (ABC), reúnan los criterios ACR 1990 y 2010, los cuales deben ser aplicados también en el seguimiento de los pacientes.

Las guías clínicas internacionales disponibles en la actualidad coinciden en un enfrentamiento de los pacientes con FM que considere: educación sobre la enfermedad y los tratamientos, relación empática, honesta y abierta con el paciente, enfoque individualizado, identificación de los síntomas que comprometen su calidad de vida del paciente, tratamiento interdisciplinario con una evaluación constante de las medidas/fármacos indicados, participación activa del paciente y su familia en el tratamiento e incentivar al paciente a realizar una vida lo más normal posible.

El diagnóstico y la propuesta de tratamiento debe desarrollarse al interior de un equipo interdisciplinario de salud que, en términos generales, permita realizar un diagnóstico diferencial de la FM, detección de alteraciones anatómicas y/o funcionales específicas responsables del dolor, identificar la funcionalidad del paciente, su capacidad física actual, historia laboral y comorbilidades. Del mismo modo, es fundamental educar al paciente sobre la evolución de la enfermedad en el sentido que, no todo lo que duele es FM ni la FM será responsable de todas sus molestias.

Equipo de salud

Formación especializada en FM en los profesionales de APS

Es fundamental la existencia de equipos de salud con formación y sensibilizados en la identificación temprana y en el manejo del dolor musculoesquelético crónico. Implica educación continua desde sus áreas de experiencia y formación inicial, para adquirir competencias teóricas y técnicas en la identificación, manejo y seguimiento de los pacientes FM. Esto permitiría controlar algunas causas del subdiagnóstico de la FM, por ejemplo, médicos en APS con escasos conocimientos sobre la enfermedad, evitar la idea que la FM estigmatiza a los pacientes, no insistir en la búsqueda

constante de alteraciones en exámenes de laboratorio y/o imágenes (salvo para un diagnóstico diferencial) y ampliar las opciones de diagnóstico hacia lo sindrómico. La educación continua de los profesionales de APS dependerá, en parte, de la oferta nacional e internacional de las universidades en relación con fibromialgia y dolor crónico, en forma de cursos, jornadas, diplomados, magíster o especializaciones médicas. Sin embargo, nos parece fundamental fortalecer la cooperación académica entre los especialistas que habitualmente atienden a pacientes con FM (reumatólogos, traumatólogos, especialistas en dolor, psicólogos, nutricionistas, kinesiólogos), a través de reuniones clínicas regulares, discusión de casos clínicos, cursos dirigidos u orientados a profesionales de la APS, así como una comunicación permanente entre las futuras unidades de APS con los centros de referencia.

Como equipo de investigación, consideramos fundamental sensibilizar sobre la necesidad de un diagnóstico oportuno de la FM, como cualquier otra patología responsable de dolor musculoesquelético crónico, permitiendo clarificar que no todo dolor musculoesquelético crónico y síntomas asociados se traduciría en FM.

Transformación de los equipos de salud hacia la interdisciplina

El tratamiento farmacológico, como única alternativa, es insuficiente en la mayoría de los pacientes, por lo que el enfrentamiento debe ser integrado e interdisciplinario (Sarzi-Puttini *et al.*, 2020). Lo anterior permitiría: reconocer los objetivos del paciente, compartir estrategias para el tratamiento del dolor y su impacto, entender que ninguna dimensión es más importante, comunicación y motivar la confianza del paciente en su equipo de tratamiento. Del mismo modo, existirá potencialidad para desarrollar investigación y reconocer el

momento de derivación de un paciente a otros especialistas, ya sea para realizar diagnóstico diferencial o frente a una fibromialgia refractaria. **La tabla 3** muestra los elementos a considerar en la implementación de una Unidad de Fibromialgia (UF).

Por lo anterior, es fundamental la reorganización de los equipos de salud, desde un grupo de profesionales interesados en tratar a pacientes con FM, pero que lo realizan a partir de su rol profesional individual, hacia un grupo interdisciplinario. Nos parece que esta interdisciplina debe ser concretada en una Unidad de Fibromialgia (UF) que cuente, como mínimo, con un(a) médico de atención primaria, psicólogo(a) y kinesiólogo(a), que actúen como grupo de referencia dentro del centro de salud. Se sugiere una evaluación del paciente en etapas bien definidas, con la finalidad de mejorar la sospecha diagnóstica, confirmar el diagnóstico, realizar una valoración anatómica y funcional del paciente, detección de psicopatología asociada y determinar el pronóstico de la enfermedad (**tabla 2**).

Para un funcionamiento eficiente de las UF, es necesario establecer su razonable distribución geográfica, ya que no todos los centros de atención primaria del país deberían contar con una UF. Es necesario el fortalecimiento de algunos centros, lo que dependerá de la población potencial para ser atendida, la posibilidad realista de vinculación con centros de mayor complejidad y la existencia de profesionales interesados en estudiar y tratar a pacientes con dolor crónico y FM. Una distribución de esta naturaleza permitiría un manejo más adecuado de los costos asociados con la implementación de estas unidades y optimizaría su funcionamiento. Nuestro flujo propuesto para el funcionamiento de las UF está expuesto en la **figura 1**.

Tabla 2: Etapas sugeridas en la evaluación de los pacientes en una Unidad de Fibromialgia.

Etapa	Responsables	Objetivos
Pretratamiento: evaluación interdisciplinar estándar	Médico Psicóloga Kinesiólogo	Confirmar o descartar diagnóstico. Conocer la situación familiar y laboral actual del paciente Conocer comorbilidades y psicopatológicos asociados. Conocer condición física y predisposición del paciente a un tratamiento kinésico.
Tratamiento: reunión clínica	Equipo	Conocer el grado de compromiso funcional de la enfermedad. Establecer un pronóstico y recuperación funcional. Decidir objetivo y programa terapéutico. Confeccionar informe médico en caso necesario.
Tratamiento: Individualizado y como resultado de evaluación estándar	Médico Psicóloga Kinesiólogo	Incorporar al paciente a talleres educativos. Iniciar medicación farmacológica de ser necesario. Ingresar al paciente a un programa intensivo en grupo o en intensivo individual. Acceder a terapia kinésica en dolor y atención psicológica. Definir si es necesario algún procedimiento (infiltración).
Post tratamiento: seguimiento	Equipo	Determinar un plan de seguimiento posterior al alta.

Tabla 3: Elementos para considerar en el diseño e implementación de una UF en APS.

Medida	Especificación
Ingreso a la UF	Atención inicial realizada por médico, kinesiólogo y psicólogo, que permita hacer ver (Figura 1).
Flujograma de atención para pacientes	Diagnóstico diferencial, solicitar exámenes complementarios, reconocer comorbilidades de salud mental y el estado funcional del paciente. Lo anterior permite individualizar el tratamiento, el cual se informa al paciente una segunda consulta (Figura 1).
Protocolos de tratamiento	Considerando características similares de grupos de pacientes: tiempo de enfermedad, funcionalidad actual, capacidad física, tratamientos realizados, expectativas y objetivos de los pacientes.
Criterios de valoración inicial y pronóstico	Permitirá conocer las limitaciones y expectativas del tratamiento ofrecido y planificar su derivación a un centro especializado si corresponde.
Educación	Dirigida a pacientes y familiares para comprender la enfermedad, impacto en los diferentes aspectos de su vida y conocer los tratamientos disponibles. Tener un paciente experto, para reconocer los síntomas realmente atribuibles a la FM y ejercer un rol educativo con otros pacientes, sobre todo con aquellos de reciente diagnóstico.
Características del equipo de salud	Comprensivo de las necesidades del paciente, con capacidad de escucha, disponibilidad y veracidad.
Comunicación	Establecer y consolidar vías de comunicación efectivas con los pacientes (correo electrónico, teléfono) que permita resolver dudas o dar instrucciones de manejo en situaciones de crisis.
Bases de datos	Creación de bases de datos nacionales de pacientes con FM para desarrollar investigación y obtener datos directos de la epidemiología de la enfermedad a nivel nacional.
Derivación oportuna de los pacientes	Comunicación efectiva con centros de salud más complejos, en orden a desarrollar reuniones clínicas, apoyo en casos complejos, derivación expedita de los pacientes y desarrollar investigación.

Financiamiento de esta política pública

Una política pública de esta naturaleza necesita un financiamiento estatal, ya sea a través de la Ley Ricarte Soto o como parte de una patología GES. Lograr la inclusión de la FM a este nivel, implica una discusión que reconozca la prevalencia de la FM, su impacto en los diferentes aspectos de la vida del paciente, los costos directos e indirectos asociados y una reflexión al interior de los equipos de salud que la FM constituye una necesidad que debe ser cubierta.

Dado que el énfasis de las UF debe ser la APS, el rol municipal es innegable. Si bien existe una desigualdad en cuanto a las posibilidades de cada municipalidad, nos parece que, desde los departamentos de salud comunal, se deben gestionar espacios para la formación de grupos de trabajo interdisciplinarios para entender la situación de la FM a nivel local, implementar los protocolos de atención o derivación de los pacientes y dar las facilidades para la formación continua de los profesionales interesados.

Otra fuente potencial de financiamiento puede estar en relación con aportes desde la sociedad civil. Esto puede materializarse desde el voluntariado de especialistas en atención de pacientes en APS o su contribución en la formación de los equipos de salud en dolor (cursos o estancias formativas), hasta el aporte directo de instituciones privadas para la instalación de estas unidades en los

centros de salud primaria. Las formas específicas de colaboración, deberá ser definido a nivel local.

Fomento de la investigación de FM a nivel nacional

Si bien existen revisiones estudios a nivel nacional que han permitido conocer el costo y la carga de enfermedad, es necesario centrar una investigación que permita conocer la situación epidemiológica real de la enfermedad a nivel nacional, identificar los casos de FM primaria, secundaria o refractarios y perfiles de pacientes asociados y sus factores de riesgo. Dado que es necesario tener una visión integral de la FM, es importante incentivar la investigación cualitativa que permite conocer la percepción de los pacientes y profesionales sobre la enfermedad. De esta forma, se identificarán áreas en las cuales se deba trabajar, por ejemplo, educación en dolor a los pacientes, humanización del cuidado de pacientes con dolor, difusión de la enfermedad o fortalecimiento de asociaciones de pacientes.

Es necesario centrar una investigación que permita conocer la situación epidemiológica real de la enfermedad a nivel nacional, identificar los casos de FM primaria, secundaria o refractarios y perfiles de pacientes asociados y sus factores de riesgo. Dado que es necesario tener una visión integral de la FM, es importante incentivar investigación cualitativa que permite conocer la per

cepción de los pacientes y profesionales sobre la enfermedad. De esta forma, se identificarán áreas en las cuales, se deba trabajar,

por ejemplo, educación en dolor a los pacientes, humanización del cuidado de pacientes con dolor, difusión de la enfermedad o fortalecimiento de asociaciones de pacientes.

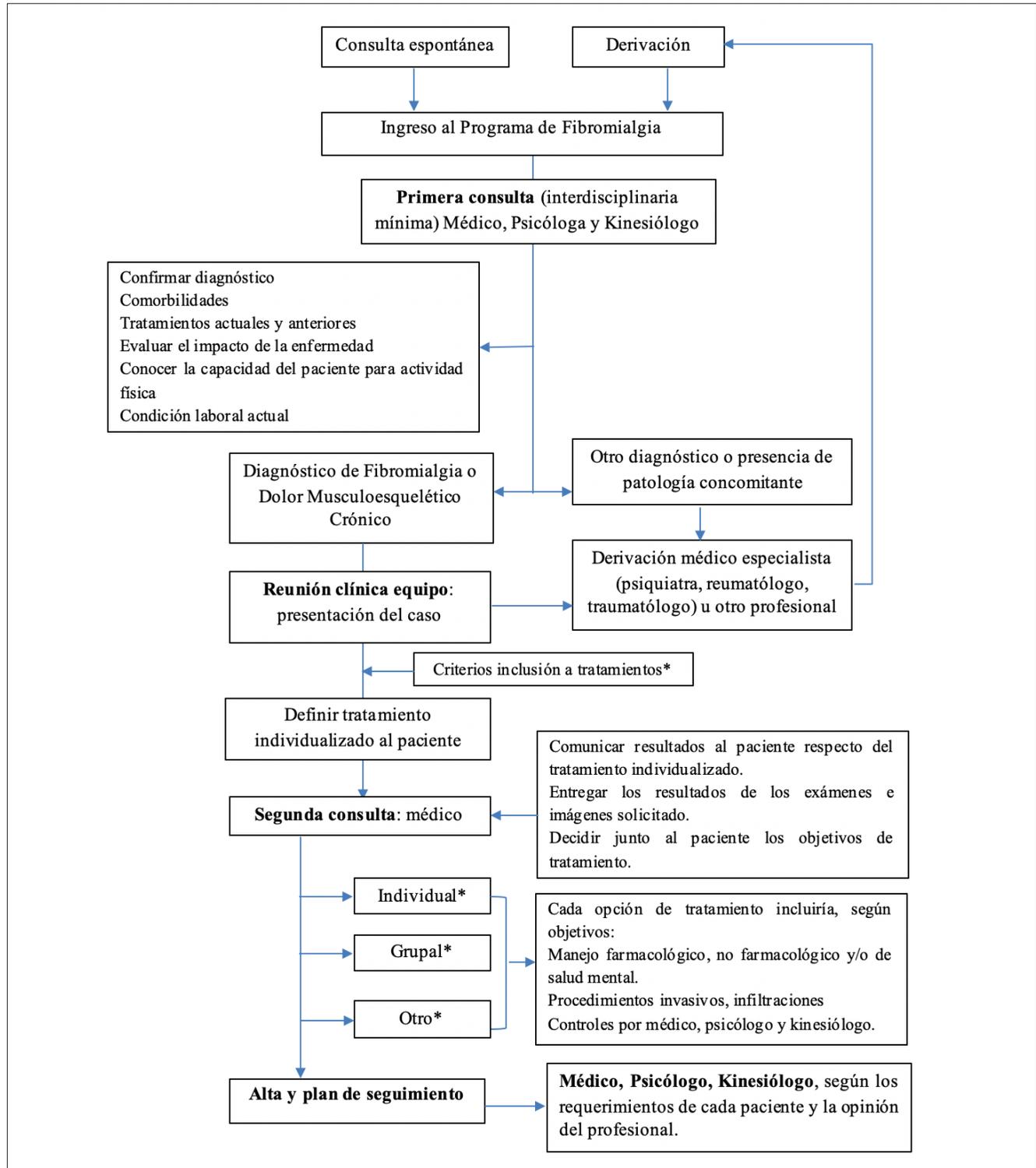


Figura 1: Flujo propuesto para atención de los pacientes en el Unidad de fibromialgia.

Es necesario que la investigación contribuya a una mejor comprensión de la enfermedad y la optimización del diagnóstico. Por ello, una contribución favorable es disminuir el tiempo de diagnóstico y reconocimiento de factores de riesgo asociados a la FM, factores que condicionan la evolución de la enfermedad y su diagnóstico diferencial.

Plan de rehabilitación, reinserción y subsidio laboral

Las políticas públicas tanto en España como Uruguay contribuyen no solo al enfrentamiento médico e interdisciplinario de la FM, sino además a la protección del paciente. Se debe asegurar un plan de rehabilitación, protección del empleo y, en caso de ser necesario, la aplicación de criterios razonables para una adecuada calificación de la incapacidad laboral. La vulnerabilidad social y la incapacidad laboral asociada, se vuelven problemas mayores cuando se considera lo costosa que puede llegar a ser la enfermedad, desde su diagnóstico hasta el tratamiento y el acceso oportuno a un programa de tratamiento interdisciplinario.

Las normas vigentes para evaluación y calificación de invalidez en Chile, considera que un eventual menoscabo laboral permanente a consecuencia de la FM está supeditado a la respuesta terapéutica y a la opinión coincidente de reumatólogo y psiquiatra (Superintendencia de Pensiones, 2016). Esto refleja un inadecuado conocimiento de la enfermedad, ya que no incluye a especialistas en dolor ni menos, que el tratamiento que asegura buen resultado debe ser interdisciplinario. En desmedro del paciente, la exigencia de una adecuada respuesta terapéutica, para lograr el reconocimiento de la enfermedad, se contraponen con la falta de UF y, en definitiva, en la falta de acceso oportuno a un tratamiento interdisciplinario.

En la evaluación inicial del paciente se deberá reconocer el tipo de trabajo y su relevancia en la evolución de la FM. Entre las condiciones laborales cobra importancia el horario de trabajo, la carga laboral, presencia de turnos nocturnos y fines de semana y las responsabilidades asociadas. Solo una evaluación interdisciplinaria objetivará el impacto de esos elementos en la enfermedad y permitirá desarrollar las medidas que permitan controlar la carga laboral o sugerir modificación de las condiciones de trabajo.

Nos parece que ningún plan de reinserción laboral será exitoso si no considera educación permanente sobre la FM para pacientes, trabajadores, empleadores y autoridades, así como la inclusión de la FM en alguna ley que proteja a los pacientes desde el diagnóstico hasta su ingreso a una unidad interdisciplinaria.

Fortalezas, debilidades y desafíos del equipo de trabajo

La finalidad de esta investigación fue conocer parte de la situación actual de la FM en Chile, con énfasis en los elementos que permiten

fundamentar la necesidad de una futura política pública. Las debilidades de nuestro estudio están en la falta de estudios de costos asociados a la implementación de esta propuesta y en un análisis acotado a la FM como causa de dolor crónico ME. Entre las fortalezas, fue realizado por un equipo interdisciplinario que abordó la FM desde aspectos que consideramos relevantes, es una revisión bibliográfica que da cuenta de parte de la evidencia actual disponible sobre la enfermedad y de la situación en Chile y la compara con evidencia disponible sobre políticas públicas con otros países.

Los desafíos para nuestro equipo son: desarrollar una línea de investigación que permita un posicionamiento de la FM en los equipos de salud y a nivel nacional, desarrollar investigación para conocer la percepción de los pacientes sobre el manejo de la FM en Chile y de los profesionales de la salud en la factibilidad y necesidad real de implementación de esta política pública en APS.

Conclusión

La FM es una enfermedad caracterizada por dolor musculoesquelético crónico, asociada a fatiga, problemas de sueño y memoria y un espectro de síntomas somáticos. Se han identificado factores de riesgo para su desarrollo y la sensibilidad central es la teoría más aceptada actualmente para entender, en parte, su fisiopatología.

Dado que la FM es polisintomática, impacta en la calidad de vida de los pacientes. Existe evidencia que indica que el tratamiento farmacológico no es suficiente en la mayoría de los pacientes, por lo que el enfrentamiento debe ser interdisciplinario, con medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Nos parece que cualquier política pública con relación a la FM en nuestro país, debe estar centrada en la APS, dado que es el ingreso al sistema de salud público del paciente con dolor crónico. Esta política pública debería considerar: acceso rápido a un diagnóstico y tratamiento interdisciplinario centrado en sus necesidades y derivación oportuna a un especialista para casos complejos; educación continua que permita la formación de equipos de salud especializados en dolor crónico y que formen una UF; reducción de los costos directos e indirectos de la FM, tanto para el paciente como para el sistema de salud y favorecer la reinserción laboral considerando la funcionalidad del paciente con dolor o el reconocimiento de una eventual incapacidad.

En la práctica, lo anterior se lograría con la implementación de Unidades de fibromialgia: que sean: a) interdisciplinarias; b) con protocolos de tratamientos limitado a aquellos con evidencia demostrada; c) criterios de seguimiento y evolución; d) con una territorialidad definida y e) comunicación efectiva con centros

de salud más complejos, tanto para la derivación oportuna de pacientes como para consultas o participación en reuniones clínicas conjuntas. El trabajo conjunto de las Unidades de fibromialgia con los centros de atención de mayor complejidad permitiría desarrollar un registro nacional de pacientes con FM, fomentar la investigación sobre la enfermedad y desarrollar planes de reinserción laboral.

Contribuciones y reconocimientos: Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de interés ni han recibido apoyo económico.

Referencias

- Andrés-Rodríguez L, Borràs X, Feliu-Soler A, Pérez-Aranda A, Angarita-Osorio N, Moreno-Peral P, Montero-Marin J, García-Campayo J, Carvalho AF, Maes M. & Luciano JV. (2020). Peripheral immune aberrations in fibromyalgia: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Brain Behav Immun*. **87**, 881-889.
- Aran D. Sistema de Salud de Uruguay (2011). Salud pública Méx. 53 supl.
- Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, Fitzcharles MA, Paiva ES, Staud R, Sarzi-Puttini P, Buskila D. & Macfarlane GJ. (2019). AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Pain* **20**, 611-628.
- Asociación Chilena para Estudio de Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED) (2018). Recomendaciones nacionales para el diagnóstico, prevención y tratamiento del dolor crónico en pacientes adultos: Consenso chileno de expertos, pp 15-19. Accedido en: https://www.ached.cl/upfiles/userfiles/file/interact-consenso-Dolor-Adultos_ACHED-2018-150ppp.pdf el 9 de octubre de 2021.
- Bair MJ. & Krebs EE. (2020). Fibromyalgia. *Ann Intern Med*. Bair MJ. & Krebs EE. (2020). Fibromyalgia. *Ann Intern Med*. **3**, 172: ITC33-ITC48.
- Baron R, Perrot S, Guillemin I, Alegre C, Dias-Barbosa C, Choy E, Gilet H, Cruccu G, Desmules J, Margaux J, Richards S, Serra E, Spaeth M. & Arnould, B. (2014). Improving the primary care physicians' decision making for fibromyalgia in clinical practice: development and validation of the Fibromyalgia Detection (FibroDetect®) screening tool. *Health Qual. Life Outcomes* **12**, 1-11.
- Bilbeny N. (2019). Dolor crónico en Chile. *Rev. Med. Clin. Condes* **30**, 397-406.
- Briones-Vozmediano E, Ronda-Pérez E. & Vives-Cases C. (2015). Percepciones de pacientes con fibromialgia sobre el impacto de la enfermedad en el ámbito laboral. *Atención Primaria: Aten Primaria*, **47**, 205-212.
- Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G. & Trillo-Mata JL. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica: Med Clin*. **149**, 441-448.
- Cámara de Diputados (2019). Declara a la fibromyalgia, comprendiendo su investigación, diagnóstico, asistencia integral y rehabilitación, como una enfermedad de interés nacional para efectos de la atención primaria de salud. Cámara de Diputados, Gobierno de Chile. Accedido en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SIAL&prmID=50027&formato=pdf> el 20 de noviembre de 2020.
- Cámara de Representantes (2018). Declaración de Interés Nacional el Tratamiento de la Fibromialgia. Ley N°19.728. Parlamento del Uruguay. Accedido en: <http://impo.com.uy/bases/leyes/19728-2018> el 20 de noviembre de 2020.
- Dydyk AM. & Givler A. (2020). Central Pain Syndrome. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 31971703.
- Ericsson A, Palstam A, Larsson A, Löfgren M, Bileviciute-Ljungar I, Bjersing J, Gerdle B, Kosek E. & Mannerkorpi K. (2016). Resistance exercise improves physical fatigue in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther*. **30**, 18:176.
- Fitzcharles M-A, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinière M, Ko G, Moulin DE, Panopalis P, Proulx J. & Shir Y. (2013). 2012 Canadian Guidelines for the Diagnosis and Management of Fibromyalgia Syndrome: executive Summary. *Pain Res Manag* **18**, 119-26.
- Galvez-Sánchez C. & Reyes del Paso G. (2020). Diagnostic criteria for fibromyalgia: critical review and future perspectives. *J. Clin. Med*. **23**, 9:1219.
- Gil-Sola CM. (2019). Comunicación terapéutica en Fibromialgia. *Revista Española de Comunicación en Salud: RECS*, **10**, 179.
- Goldenberg D. (2016). Fibromyalgia: The prototype Central Pain Sensitization. In: Chronic Widespread Pain: Lessons Learned from Fibromyalgia and Related Disorders, pp. 15-33 ed. Goldenberg. Practical Pain Management.
- Häuser W, Ablin J, Perrot S. & Fitzcharles MA. (2017). Management of fibromyalgia: key messages from recent evidence-based guidelines. *Pol Arch Intern Med*, **127**, 47-56.
- Knight T, Schaefer C, Chandran A, Zlateva G, Winkelmann A. & Perrot S. (2013). Health-resource use and costs associated with fibromyalgia in France, Germany, and the United States. *Clinicoecon Outcomes Res*. **5**, 171-80.

- Lunn MP, Hughes RA. & Wiffen PJ. (2014). Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia *Cochrane Database Syst Rev.* Jan 3, CD007115.
- Macfarlane G, Kronisch C, Dean L, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, Choy E, Kosek E, Amris K, Branco J, Dincer F, Leino-Arjas P, Longley K, McCarthy G, Makri S, Perrot S, Sarzi-Puttini P, Taylor A. & Jones G. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases* **76**, 318-328.
- Maffei ME. (2020). Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies. *Int J Mol Sci.* **23**, 21- 7877.
- Martínez-Lavín M. (2018). Fibromyalgia and small fiber neuropathy: the plot thickens!. *Clin Rheumatol.* **37**, 3167-3171.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011). Fibromialgia. Gobierno de España, pp.13-80. Accedido en: www.mscbs.gob.es el 12 de octubre de 2021.
- Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Segunda Edición (2019). Guía de actualización en la valoración de fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, sensibilidad orgánica múltiple y electrosensibilidad. Gobierno de España, pp. 5-114. Accedido en: <file:///C:/Users/mgonzalez/Downloads/documento.pdf> el 12 de octubre de 2021.
- Moldofsky H, Lue FA, Mously C, Roth-Schechter B. & Reynolds WJ. (1996). The effect of zolpidem in patients with fibromyalgia: a dose ranging, double blind, placebo controlled, modified crossover study. *J. Rheumatol.* **23**, 529-533.
- Queiroz LP. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Curr. Pain. Headache Rep.* **17**, 356.
- Ryabkova V, Churilov L, Shoenfeld Y. (2019). Neuroimmunology: what role for autoimmunity, neuroinflammation, and small fiber neuropathy in fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and adverse events after human papillomavirus vaccination? *Int. J. Mol. Sci.* **20**, 5164.
- Sanabria-Mazo JP. & Gers-Estrada M. (2019). Repercusiones del Dolor Crónico en las Dinámicas de Pareja: Perspectivas de Mujeres con Fibromialgia. *Rev. Colom. Psicol.* **28**, 47-61.
- Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Marotto D. & Atzeni F. (2020). Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. *Nat Rev Rheumatol* **16**, 645-60.
- Spaeth M. (2008). Is pregabalin a safe and effective treatment for patients with fibromyalgia? *Nat Clin Pract Rheumatol.* **4**, 514-5.
- Stewart JA, Mailler-Burch S, Müller D. et al (2019). Rethinking the criteria for fbromyalgia in 2019: the ABC indicators. *J. Pain Res.* **12**, 2115-24.
- Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Discapacidad y rehabilitación (2016). Orientación Técnica. Abordaje de la Fibromialgia. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Accedido en: <https://rehabilitacion.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/06/OT-Fibromialgia-2016.pdf> noviembre de 2020.
- Superintendencia de Pensiones (2016). Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores afiliados al Nuevo Sistema Previsional. Gobierno de Chile, pp. 27-28. Accedido en: www.spensiones.cl el 12 de octubre de 2021.
- Torres X, Collado A, Gómez E, Arias A, Cabrera-Villalba S, Messina OD, Vidal LF, Clark P, Ríos C. & Salomón PA. (2013). The Spanish version of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool: translation, validity and reliability. *Rheumatology (Oxford)* **52**, 2283-91.
- Triviño-Martínez Á, Solano-Ruiz MC. & Siles-González J. (2014). La cronicidad de la fibromialgia. Una revisión de la literatura. *Enfermería Global: Enferm Global* **13**, 273-292.
- Üçeyler N, Sommer C, Walitt B. & Häuser W. (2013). Anticonvulsants for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* **16**, CD010782.
- Vargas C, Bilbeny N, Balmaceda C, Rodríguez M, Zitko P, Rojas R, Eberhard E, Ahumada M. & Espinoza M. (2018). Costs and consequences of chronic pain due to musculoskeletal disorders from a health system perspective in Chile. *PAIN Reports* **3**, e656.
- Walitt, B, Klose P, Üçeyler N, Phillips T. & Häuser, W. (2016). Antipsychotics for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2**, 2016:CD011804.
- Zitko P, Bilbeny N, Vargas C, Balmaceda C, Eberhard ME, Ahumada M, Rodríguez MF, Flores J, Markkula N. & Espinoza MA. (2021). Different alternatives to assess the burden of disease using attributable fraction on a disability variable: The case of pain and chronic musculoskeletal disorders in Chile. *Value Health Reg Issues.* **26**, 15-23.