

TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR FIBROMIALGIA EN CHILE DESDE EL AÑO 2019 A 2022

HOSPITAL DISCHARGE RATE FOR FIBROMYALGIA IN CHILE FROM 2019 TO 2022

Carla Ruggeri Raglianti^{a*}

Pablo Correa Santibáñez^a

Javiera Barraza Vega^b

Catalina Fernández Pizarro^b

Catalina del Pilar Recabarren Dueñas^a

Javiera Ignacia Navarro García^a

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

^bEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta.

Artículo recibido el 16 de junio, 2024. Aceptado en versión corregida el 23 de octubre 2024.

RESUMEN

Introducción: La Fibromialgia es la causa principal de dolor crónico generalizado, y suele asociarse a fatiga y trastornos del sueño y psiquiátricos. Tiene una prevalencia de entre 0,2 a 6,6% en la población general a nivel global. Es objeto de discusión su origen orgánico y/o psicogénico. **Objetivo:** Describir la tasa de egreso hospitalario por Fibromialgia durante el periodo 2019-2022 en Chile. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional y transversal, en el que se calculó la tasa de egreso hospitalario por Fibromialgia según grupo etario, sexo y promedio de días de hospitalización en el periodo 2019-2022 en Chile (N=188). Se utilizó la base de datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas. **Resultado:** La tasa de egreso hospitalario total del período estudiado fue de 0,27, siendo mayor en mujeres (0,47) que en hombres (0,05). El grupo etario de 40 a 49 años presentó la mayor tasa de egreso hospitalario (0,69). El promedio de estadía hospitalaria corresponde a 5,25 días. **Discusión:** La mayor prevalencia en mujeres de 40 a 49 años se puede atribuir a factores como fluctuaciones hormonales, la coexistencia de patologías psiquiátricas y la menor práctica de actividad física. La tasa de egreso hospitalario se vio disminuida durante los años 2020-2021, lo cual podría asociarse al contexto de pandemia. En los demás años tuvo una tendencia más bien estacionaria. **Conclusión:** Este estudio evidencia la importancia de aplicar criterios diagnósticos de forma global y permitirá seguir estudiando la clara asociación con el sexo femenino y condiciones psiquiátricas. **Palabras clave:** Fibromialgia, Dolor crónico, Epidemiología descriptiva, Prevalencia, Chile.

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia is the leading cause of generalized chronic pain and is often associated with fatigue, sleep disorders, and psychiatric conditions. Its prevalence ranges from 0,2% to 6,6% in the general population. There is ongoing debate about its organic and/or psychogenic origin. **Objective:** To describe the hospital discharge rate for Fibromyalgia during the period 2019-2022 in Chile. **Methodology:** This is a descriptive, observational, and cross-sectional study in which the hospital discharge rate for Fibromyalgia was calculated according to age group, sex, and average length of hospital stay during the period 2019-2022 in Chile (N=188). Data were obtained from the Department of Statistics and Health Information and the National Institute of Statistics. **Results:** The total hospital discharge rate for the studied period was 0,27, with higher rates in women (0,47) compared to men (0,05). The age group of 40 to 49 years had the highest hospital discharge rate (0,69). The average hospital stay was 5,25 days. **Discussion:** The higher prevalence in women aged 40 to 49 years may be attributed to factors such as hormonal fluctuations, the coexistence of psychiatric conditions, and lower physical activity. The hospital discharge rate decreased during the years 2020-2021, which could be associated with the pandemic context. In other years, the trend was relatively stable. **Conclusion:** This study highlights the importance of applying diagnostic criteria comprehensively and will contribute to further research on the clear association with female sex and psychiatric conditions. **Key words:** Fibromyalgia, Chronic pain, Descriptive epidemiology, Prevalence, Chile.

INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia (FM) constituye la causa más común de dolor musculoesquelético crónico generalizado, caracterizado por dolor corporal, fatiga, trastornos del sueño, alteraciones cognitivas y psiquiátricas y diversos síntomas somáticos¹. En la evaluación de esta afección, además de la sensibilidad generalizada de los tejidos blandos, el

resto del examen físico, estudios radiológicos y análisis de laboratorio, típicamente son normales². En términos epidemiológicos, se estima que la FM tiene una prevalencia que oscila entre 0,2% y 6,6% en la población general a nivel mundial, y aumenta con la edad, siendo la causa más común de dolor musculoesquelético generalizado en mujeres de entre 20 y 55 años^{1,3}. Es importante señalar que estas

*Correspondencia: carlaruggeri4@gmail.com
2024, Revista Confluencia, 7

estimaciones pueden variar según los criterios diagnósticos utilizados, ya que algunos incluyen la FM dentro del espectro del dolor crónico generalizado, una entidad que abarca otras patologías, donde el dolor en sí mismo se considera una enfermedad según la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)⁴. A lo largo del tiempo, la FM ha sido objeto de controversia, con interrogantes sobre si su origen radica en enfermedades orgánicas o si se trata de un trastorno de origen psicógeno o psicósomático. Estudios epigenéticos y familiares han señalado una posible alteración en las vías serotoninérgicas y opioides, aunque hasta el momento no se ha identificado un gen específico⁵. Además, investigaciones recientes sugieren que la FM podría estar vinculada con un trastorno en la regulación del dolor, particularmente asociado con la sensibilización central⁶. Éstas incluyen una reducción en el volumen de la sustancia gris, principalmente en áreas relacionadas con el estrés, el procesamiento del dolor y la función cognitiva⁷. Junto a estos hallazgos, factores como el sueño, el estado de ánimo y los trastornos cognitivos, junto con influencias genéticas y ambientales, contribuyen a un estado de hiperirritabilidad no solo en el sistema nervioso central, sino también en el sistema nervioso periférico y autónomo. Esto podría explicar la reacción hiperactiva ante situaciones de estrés⁸⁻⁹.

En cuanto al diagnóstico, se han desarrollado diversos criterios con el fin de alcanzar un consenso, principalmente para facilitar la realización de estudios clínicos y epidemiológicos¹⁰. En términos generales, el diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas y es especialmente relevante la experiencia del médico². El 2013 la Asociación de Oportunidades y Redes de Innovaciones de Traducciones de Ensayos Clínicos de Analgésicos, Anestésicos y Adicciones (ACTION), junto con la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE.UU. (FDA) y la Sociedad Estadounidense del Dolor (APS), impulsaron el programa ACTION-APS Taxonomy (AAPT), con el objetivo de crear un sistema diagnóstico con los siguientes criterios:

1. Dolor multisitio definido como 6 o más sitios de dolor de un total de 9 posibles sitios.
2. Trastorno del sueño moderado a severo o fatiga.
3. Dolor multisitio y fatiga o trastorno del sueño presentes por al menos 3 meses.

La presencia de otro trastorno del dolor o síntomas relacionados no excluye el diagnóstico¹⁰.

Respecto a su tratamiento, existen diferentes terapias que han demostrado ser eficaces, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinario e individualizado¹¹. Las medidas no farmacológicas son fundamentales para todos los pacientes, e incluye la educación sobre la enfermedad, higiene del sueño, actividad física de bajo impacto, psicoterapia como la terapia cognitivo-

conductual y otras herramientas como Mindfulness, meditación y técnicas de relajación¹¹⁻¹³. Cuando estas estrategias no son suficientes para controlar los síntomas o éstos afectan significativamente la calidad de vida, se puede considerar la terapia farmacológica¹¹. La selección del agente farmacológico depende de los síntomas predominantes. Si el dolor es el que impera, se utilizan antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para la depresión o fatiga severa, y fármacos como la Pregabalina para trastornos del sueño, entre otros^{1,11}.

Esta condición suele ser manejada a nivel de Atención Primaria, pero en algunos casos, se requiere de un control a nivel hospitalario. Esto se hace necesario principalmente en tres situaciones: a) cuando el dolor es extremadamente intenso e implica una seria incapacidad funcional, b) cuando la FM se acompaña de síntomas neurológicos o complicaciones graves, como, por ejemplo, una debilidad excesiva o trastornos del movimiento y, por último, c) cuando coexista alguna alteración psiquiátrica o de algún otro tipo, que amerite su hospitalización por poner en riesgo la vida de la o el paciente¹².

Esta enfermedad afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes, generando un impacto considerable tanto en el ámbito personal como en el sistema de salud. Esta condición se asocia con un alto consumo de servicios médicos, incluyendo consultas, estudios diagnósticos y tratamientos farmacológicos, debido a la complejidad y persistencia de los síntomas¹⁴. Aunque un diagnóstico certero podría reducir la necesidad de pruebas y consultas adicionales, no se ha observado una disminución relevante en los síntomas ni en la discapacidad asociada a la enfermedad, lo que perpetúa la demanda de atención médica¹⁴.

Los costos indirectos también son muy elevados. Entre el 75% y el 88% del costo total se debe a la pérdida de productividad, ya sea por ausentismo laboral o desempleo¹⁴. En varios estudios internacionales, el costo anual por paciente con FM ha sido estimado entre 2.274 y 13.000 USD, dependiendo de la gravedad de los síntomas y los métodos de cálculo utilizados. Estos costos son comparables, o incluso superiores, a los de otras enfermedades crónicas como la artritis reumatoide, diabetes o hipertensión¹⁴. En Chile, los costos asociados al dolor musculoesquelético, como la discapacidad, depresión, ansiedad y pérdida de productividad son elevados. Un estudio estimó un costo asociado a discapacidad de \$33.044.781 millones de pesos chilenos en pacientes con FM¹⁵.

La prevalencia de la FM a nivel global se estima entre un 0,2% y un 6,6%. En Chile, algunas fuentes indican una prevalencia de entre 1% y 4%¹⁵⁻¹⁶. Sin embargo, no existe información epidemiológica local reciente sobre esta patología, lo cual motivó la

realización de la presente investigación cuantitativa.

Dado el elevado impacto que la FM genera tanto en términos económicos como de calidad de vida, es fundamental contar con datos precisos que permitan dimensionar su carga en el sistema de salud chileno. Es importante destacar que, aunque no todos los pacientes con FM llegan a ser hospitalizados, aquellos que sí lo son representan casos más severos y complejos de la enfermedad. Esto permite utilizar los datos de egresos hospitalarios como una aproximación para entender la carga real de la FM en el sistema de salud. Además, los egresos hospitalarios ofrecen una perspectiva valiosa sobre los recursos de atención médica que se utilizan, así como la duración de la enfermedad en los casos más graves. Por esta razón, este estudio utiliza los datos de egresos hospitalarios como una fuente confiable para estimar la prevalencia y las características de la atención hospitalaria relacionada con la FM en Chile.

A raíz de todo lo expuesto anteriormente, surgen como preguntas de investigación: ¿cuál es la prevalencia de Fibromialgia en Chile, y cómo varía en los distintos grupos epidemiológicos? y ¿cuál es el promedio de días de hospitalización por esta causa?

Como autores, se hipotetiza que la FM presenta una prevalencia similar a lo observado en otros países, afectando más a personas del sexo femenino que masculino y al rango etario que comprende la adultez media (40-60 años), con estadías hospitalarias que no suelen superar los 10 días.

Se expondrán en primer lugar los objetivos planteados, el cálculo de las Tasas de Egreso Hospitalario (TEH) según sexo, edad y grupo etario a nivel nacional en los años 2019 a 2022, que corresponde a la metodología utilizada para responder las preguntas antes señaladas. Posteriormente, se detallarán los resultados e interpretación de estos.

Objetivo

- Analizar la TEH por FM en Chile en los años 2019 a 2022.

Objetivos específicos

- Identificar el sexo con mayores TEH.
- Especificar el grupo etario con mayores TEH.
- Comparar descriptivamente la TEH según sexo y grupo etario.
- Determinar el promedio de días de hospitalización por año.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional transversal, que tiene como universo los egresos hospitalarios por FM como diagnóstico principal en el periodo de 2019 a 2022 en Chile (N=188). Este diseño es adecuado para responder a la pregunta de investigación, ya que permite evaluar la distribución de la FM en la población hospitalizada y observar las tendencias en

función de variables demográficas, sin intervención en el fenómeno estudiado.

La información utilizada se obtuvo del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) y los datos poblacionales se obtuvieron a partir del CENSO 2017. Se ocupó como diagnóstico principal: "FIBROMIALGIA", a partir de la clasificación CIE 10, código M797 en el diccionario DEIS. Esta entidad se encuentra dentro del grupo diagnóstico que lleva por nombre: "Otros trastornos de partes blandas y los no especificados, no clasificados bajo otro concepto".

Para el análisis de datos, se empleó un enfoque estadístico descriptivo usando como variables el rango etario (0-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80 y más años) y sexo (femenino y masculino). Esta clasificación permite evaluar las características demográficas de la población hospitalizada y facilita la identificación de tendencias en el diagnóstico de la FM. Los datos se analizaron mediante Microsoft Excel, utilizando la fórmula descrita a continuación:

$$TEH = \frac{\text{Número de egresos hospitalarios por FM en el periodo}}{\text{Población total en riesgo}} \times 100.000$$

Este cálculo estandariza la frecuencia de egresos, permitiendo comparaciones significativas entre diferentes grupos demográficos. Mediante el uso de Microsoft Excel, se generaron tablas y gráficos que muestran la distribución de egresos hospitalarios por FM según el rango etario y el sexo. Esto facilita la interpretación de resultados.

Se discuten los resultados obtenidos, comparándolos con hallazgos de investigaciones internacionales similares. Además, se plantean hipótesis que los expliquen desde una perspectiva científica, analizando posibles factores subyacentes y su relevancia en el contexto de la FM.

Este estudio no requirió la participación de un comité de ética, debido a la disposición pública y anónima de la información utilizada. No se identificaron conflictos de interés que declarar ni se recibió ningún tipo de financiamiento para la realización de este trabajo.

RESULTADO

Se estudiaron un total de 188 egresos hospitalarios por FM en el periodo de 2019 a 2022. Se determinó una TEH de 0,27 por cada 100.000 habitantes, donde la mayor tasa se obtuvo el año 2019 con 0,28, mientras que la menor se observó los años 2020 y 2021, con 0,26. En tanto, el año 2022 se obtuvo una TEH de 0,27.

En cuanto a los resultados por sexo, en el caso de las mujeres, se obtuvo una TEH considerablemente más alta de 0,47, en comparación a los hombres que fue de 0,05. Esta predominancia en el sexo femenino se evidenció durante todo el periodo estudiado y en

todas las edades (Figura 1). El análisis de las tasas por grupo etario reveló una mayor TEH para el grupo de 40 a 49 años en el período estudiado, con una TEH de 0,69, seguido del grupo de 50 a 59 años que presentó una tasa de 0,48. No se reportaron egresos en menores de 9 años o mayores de 70 y la TEH más baja de los grupos con egresos reportados fue aquel que comprende los 10 a 19 años (Tabla 1).

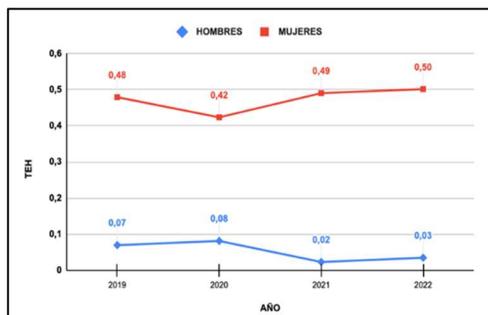


Figura 1: Tasa de Egreso Hospitalario (TEH) por Fibromialgia (casos cada 100.000 habitantes) según sexo, en el período 2019 a 2022 en Chile.

Tabla 1. Tasa de Egreso Hospitalario por Fibromialgia (casos cada 100.000 habitantes) según grupo etario, en el período 2019 a 2022 en Chile.

Grupo etario (años)	2019	2020	2021	2022	Promedio
0 a 9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10 a 19	0,17	0,08	0,17	0,08	0,13
20 a 29	0,14	0,17	0,10	0,21	0,16
30 a 39	0,32	0,56	0,44	0,32	0,41
40 a 49	0,85	0,42	0,72	0,76	0,69
50 a 59	0,58	0,36	0,36	0,63	0,48
60 a 69	0,00	0,40	0,20	0,00	0,15
70 a 79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
80 y más	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Los datos analizados revelaron que el promedio de estadía hospitalaria para pacientes con diagnóstico de FM fue de 5,25 días. Se observa una tendencia a la baja, siendo el año 2019 aquel donde los pacientes presentaron mayor cantidad de días hospitalizados con un promedio de 6,04, mientras que en el 2022 se obtuvo la menor cantidad de días con un promedio de 4,19 días de hospitalización (Figura 2).

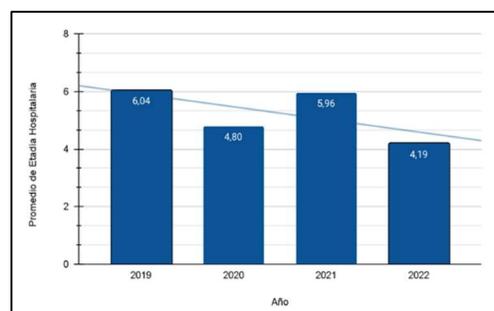


Figura 2: Promedio de estadía hospitalaria por FM en el período 2019 a 2022 en Chile.

DISCUSIÓN

El presente estudio evidenció una tendencia estacionaria en la TEH por FM en el período en cuestión (2019-2022), sin embargo, se observó una leve disminución en la tasa en los años 2020 y 2021. Se hipotetiza que esto pudo haber ocurrido como consecuencia de la pandemia de COVID-19 en el sentido de que diferentes patologías de salud mental evidenciaron una disminución en la atención hospitalaria, con un evidente subdiagnóstico, lo que pudo ocurrir de forma similar para la FM¹⁷. Esta baja de consultas psiquiátricas se puede deber a diferentes razones, entre las cuales destacan un acceso limitado a los establecimientos de salud por la saturación del sistema, el miedo a contraer la enfermedad por COVID-19 al acudir al hospital y dificultades para el libre traslado producto de las medidas de confinamiento tomadas por diferentes gobiernos.

En cuanto a los resultados por género, durante el período de estudio completo, se observó que la TEH en mujeres era 9,4 veces superior a la de los hombres, lo que está respaldado por la literatura internacional. Diversos estudios han indicado que entre el 80% y el 96% de los casos de FM se presentan en mujeres¹⁸, sin embargo, es importante señalar que la proporción de hombres a mujeres varía significativamente entre investigaciones¹⁹. Esta disparidad de género se atribuye principalmente a diferencias en el procesamiento del dolor, la que ha descrito que las mujeres tienen un umbral del dolor más bajo y presentan un mayor número de “puntos gatillo” en comparación con los hombres¹⁷. Además, se especula que el estigma social asociado a los hombres que buscan ayuda por dolor crónico, así como la percepción de la FM como una patología “femenina”, podría influir en esta brecha, ya que se ha demostrado que los hombres tienden a consultar menos por esta causa¹⁸⁻²⁰. Por otro lado, se ha reportado que el sexo femenino presenta niveles más altos de ansiedad y una mayor prevalencia de depresión, condiciones que están altamente relacionadas con la FM¹⁸. Esta situación podría estar vinculada al hecho de que las mujeres tienden a realizar menos actividad física, un factor que se ha demostrado que actúa como protector en el desarrollo de patologías como la depresión y la FM²¹.

Es fundamental destacar que la práctica de actividad física está relacionada tanto con la incidencia de FM como con el manejo de sus síntomas y comorbilidades²¹. Según la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) de Chile (2016-2017), la prevalencia de inactividad física en adultos fue del 31,5%, definida como la falta de participación en deportes o actividad física durante al menos 30 minutos, tres o más veces por semana, fuera del horario laboral, en los últimos 30 días. Dentro de este grupo, el 40,7% eran mujeres, mientras que solo el 26,8% eran hombres²². Al examinar las razones

detrás de esta brecha en la práctica de actividad física, se identifican varios factores que podrían explicarla. Desde una perspectiva socio-cultural, a menudo se asignan a las mujeres responsabilidades domésticas y el cuidado de los hijos, lo que reduce su tiempo de ocio²³. Además, las normas de género establecidas desde la niñez pueden llevar a que las niñas tengan menos confianza en sus habilidades deportivas y disfruten menos de la actividad física, afectando su autoeficacia²³. También, existe una menor inversión en deportes femeninos, lo que limita su acceso a instalaciones, equipos y entrenadores²³. Por otro lado, razones biológicas también podrían jugar un papel. Durante la menstruación, las fluctuaciones hormonales pueden afectar el rendimiento físico y la motivación, mientras que en el climaterio, la disminución de los niveles de estrógenos puede conllevar a una pérdida de masa muscular, reduciendo la capacidad física y, a menudo, la autoeficacia²⁴. Estos factores podrían contribuir a que las mujeres dediquen menos tiempo a la actividad física, lo que a su vez podría estar asociado con una mayor prevalencia de FM en esta población.

El grupo etario que presentó las TEH más altas, corresponde al de 40-49 años, lo que también coincide con estudios epidemiológicos de la enfermedad, que lo asocian a la mayor incidencia de comorbilidades presentes en la población de esta edad. Si bien se muestra un claro aumento en la tasa a medida que aumenta la edad, se observa que disminuye después de los 60 años. Esto podría explicarse por la atribución que se le da a otras causas de dolor crónico en este grupo etario, como la osteoartritis u otras enfermedades degenerativas²⁵.

En relación con la duración de las hospitalizaciones, se observa una tendencia ligeramente decreciente durante el período de estudio. Se destaca que los años con mayores días de hospitalización fueron 2019 y 2021, mientras que los años 2020 y 2022 registraron períodos de menor estadía hospitalaria. Este fenómeno podría estar relacionado con el impacto desproporcionado que la pandemia de COVID-19 tuvo en los sistemas de salud chilenos durante el año 2020. En este contexto, es plausible que pacientes con condiciones médicas menos críticas, como la FM, hayan experimentado una reducción en sus días de hospitalización, dada la necesidad de priorizar recursos para atender emergencias asociadas al virus. Además, se cree que esta disminución en la duración de las hospitalizaciones podría estar influenciada por mejoras en las estrategias de manejo del dolor por parte del personal médico, lo que podría contribuir a una atención más efectiva y enfocada en el bienestar del paciente, que haya generado menores estadías hospitalarias.

Este estudio presenta fortalezas notables. En primer lugar, el uso de una base de datos nacional de

acceso público garantizó una muestra representativa, lo que permite un análisis exhaustivo y confiable. Además, este trabajo constituye un valioso aporte para la comunidad científica al establecer un perfil sociodemográfico de la FM en Chile, que podría servir como base o referencia para futuras investigaciones. Asimismo, al exponer y discutir algunas de las variables que podrían influir en las diferencias de prevalencia entre los distintos grupos estudiados, el estudio invita a otros investigadores a profundizar en el análisis de estos factores.

Sin embargo, es importante considerar ciertas limitaciones. La FM presenta dificultades diagnósticas debido a la variabilidad en los criterios diagnósticos empleados en diferentes países, lo que puede llevar a confusión con otras condiciones médicas. Además, la falta de consenso en algunas definiciones de enfermedades relacionadas puede influir en la precisión del diagnóstico. Otra limitación a tener en cuenta es el uso de datos del CENSO 2017, que podrían reflejar información demográfica desactualizada, introduciendo así un margen de error en las tasas de egresos hospitalarios analizadas.

CONCLUSIÓN

Se concluye que en Chile la FM afecta predominantemente a personas en la cuarta década de vida y mayoritariamente a mujeres, lo que coincide con lo reportado en la literatura internacional. Además, los pacientes hospitalizados por FM se mantienen o permanecen en promedio cinco días en el centro hospitalario correspondiente.

Es fundamental que toda formación de pregrado incluya la enseñanza de las manifestaciones y bases del tratamiento general de la FM, con el fin de promover un diagnóstico precoz y un manejo integral sin estigmatización en la práctica médica. Este trabajo constituye un aporte valioso para la formación de pregrado al ofrecer una actualización sobre la prevalencia de la enfermedad en el contexto nacional y proporcionar un panorama básico de la patología.

En este estudio la TEH como indicador epidemiológico permite identificar los grupos en los que se requiere mayor investigación, así como la intensificación de medidas preventivas y la orientación en la formulación de políticas destinadas a optimizar el manejo de la FM.

Por último, se subraya la necesidad de estandarizar el proceso diagnóstico de esta patología y de continuar con la investigación y producción de literatura sobre el tema en Chile. El presente estudio evidencia la necesidad de evaluar factores adicionales en el desarrollo de la FM, como los factores geográficos y ambientales que podrían desempeñar un papel en su aparición. También resulta crucial identificar con mayor precisión los factores genéticos asociados y comprender cómo otras comorbilidades afectan el curso de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mascarenhas RO, Souza MB, Oliveira MX, Lacerda AC, Mendonça VA, Henschke N, et al. Association of Therapies With Reduced Pain and Improved Quality of Life in Patients With Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2021 [citado el 5 de junio 2024];181(1):104-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.5651>
2. Goldenberg DL. Diagnosing Fibromyalgia as a Disease, an Illness, a State, or a Trait? *Arthritis Care Res* [Internet]. 2019 [citado el 5 de junio 2024];71(3):334-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/acr.23727>
3. Vincent A, Lahr BD, Wolfe F, Clauw DJ, Whipple MO, Oh TH, et al. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. *Arthritis Care Res* [Internet]. 2013 [citado el 5 de junio 2024];65(5):786-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/acr.21896>
4. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* [Internet]. 2019 [citado el 5 de junio 2024];160(1):19-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
5. Tour J, Löfgren M, Mannerkorpi K, Gerdle B, Larsson A, Palstam A, et al. Gene-to-gene interactions regulate endogenous pain modulation in fibromyalgia patients and healthy controls-antagonistic effects between opioid and serotonin-related genes. *Pain* [Internet]. 2017 [citado el 5 de junio 2024];158(7):1194-203. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000896>
6. Pomares FB, Funck T, Feier NA, Roy S, Daigle-Martel A, Ceko M, et al. Histological Underpinnings of Grey Matter Changes in Fibromyalgia Investigated Using Multimodal Brain Imaging. *J Neurosci* [Internet]. 2017 [citado el 5 de junio 2024];37(5):1090-101. Disponible en: <https://doi.org/10.1523/jneurosci.2619-16.2016>
7. Jensen KB, Srinivasan P, Spaeth R, Tan Y, Kosek E, Petzke F, et al. Overlapping structural and functional brain changes in patients with long-term exposure to fibromyalgia pain. *Arthritis Rheum* [Internet]. 2013 [citado el 5 de junio 2024];65(12):3293-303. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/art.38170>
8. Sluka KA, Clauw DJ. Neurobiology of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Neuroscience* [Internet]. 2016 [citado el 5 de junio 2024];338:114-29. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.06.006>
9. Rizzi M, Radovanovic D, Santus P, Airoidi A, Frassanito F, Vanni S, et al. Influence of autonomic nervous system dysfunction in the genesis of sleep disorders in fibromyalgia patients. *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. 2017 [citado el 5 de junio 2024];35 Suppl 105(3):74-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-eular.3365>
10. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, et al. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Pain* [Internet]. 2019 [citado el 5 de junio 2024];20(6):611-28. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.10.008>
11. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA* [Internet]. 2014 [citado el 5 de junio 2024];311(15):1547-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.3266>
12. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2017 [citado el 5 de junio 2024];76(2):318-28. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
13. Kundakci B, Hall M, Atzeni F, Branco J, Buskila D, Clauw D, et al. International, multidisciplinary Delphi consensus recommendations on non-pharmacological interventions for fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2022 [citado el 5 de junio 2024];57:152101. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2022.152101>
14. Ghavidel-Parsa B, Bidari A, Amir Maafi A, Ghalebagh B. The Iceberg Nature of Fibromyalgia Burden: The Clinical and Economic Aspects. *Korean J Pain* [Internet]. 2015 [citado el 5 de junio 2024];28(3):169-76. Disponible en: <https://doi.org/10.3344/kjp.2015.28.3.169>
15. Bilbeny N. Dolor crónico en Chile. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2019 [citado el 5 de junio 2024];30(6):397-406. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.08.002>
16. Vargas C, Bilbeny N, Balmaceda C, Rodríguez MF, Zitko P, Rojas R, et al. Costs and consequences of chronic pain due to musculoskeletal disorders from a health system perspective in Chile. *Pain Rep* [Internet]. 2018 [citado el 5 de junio 2024];3(5):e656. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000656>
17. Ornell F, Borelli WV, Benzano D, Schuch JB, Moura HF, Sordi AO, et al. The next pandemic: impact of COVID-19 in mental healthcare assistance in a nationwide epidemiological study. *Lancet Reg Health Am* [Internet]. 2021 [citado el 5 de junio 2024];4:100061. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100061>
18. Ruschak I, Montesó-Curto P, Rosselló L, Aguilar Martín C, Sánchez-Montesó L, Toussaint L. Fibromyalgia Syndrome Pain in Men and Women: A Scoping Review. *Healthcare* [Internet]. 2023 [citado el 5 de junio 2024];11(2):223. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare11020223>
19. Bhargava J, Hurley J. Fibromyalgia [Internet]. USA: StatPearls; 2023 [citado el 5 de junio 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK540974/>.
20. Costa LP, Ferreira M de A. Fibromyalgia from the gender perspective: Triggering, clinical presentation and coping. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2023 [citado el 5 de junio 2024];32:e20220299. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0299en>
21. Masquelier E, D'haeyere J. Physical activity in the treatment of fibromyalgia. *Joint Bone Spine* [Internet]. 2021 [citado el 5 de junio 2024];88(5):105202. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2021.105202>
22. Fernández-Verdejo R, Suárez-Reyes M. Inactividad física versus sedentarismo: análisis de la Encuesta Nacional de Salud de Chile 2016-2017. *Rev Méd. Chile* [Internet]. 2021 [citado el 5 de junio 2024];

- 2024];149(1):103-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872021000100103>
23. The Lancet Public Health. Time to tackle the physical activity gender gap. Lancet [Internet]. 2019 [citado el 5 de junio 2024];4(8):e360. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(19\)30135-5](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30135-5)
24. Bondarev D, Finni T, Kokko K, Kujala UM, Aukee P, Kovanen V, et al. Physical performance during the menopausal transition and the role of physical activity. J Gerontol A Biol Sci Med Sci [Internet]. 2021 [citado el 5 de junio 2024];76(9):1587-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa292>
25. Nicol AL. Fibromyalgia. In: Conn's Current Therapy 2024 [Internet]. Elsevier; 2024 [citado el 5 de junio 2024] p. 1016-19. Disponible en: <https://elsevier.com/books/conn-current-therapy-2024/kellerman/978-0-443-12151-7>