



Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

[www.reumatologiaclinica.org](http://www.reumatologiaclinica.org)



Original

## Conocimientos de fibromialgia en médicos de atención primaria de la provincia de Chiclayo-Perú, 2016



Fátima Evelin Acuña Ortiz<sup>a,\*</sup>, Victoria Alejandra Capitán de la Cruz<sup>a</sup> y Franco Ernesto León Jiménez<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Medicina, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú

<sup>b</sup> Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, Perú

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 10 de junio de 2016

Aceptado el 13 de agosto de 2016

On-line el 11 de octubre de 2016

#### Palabras clave:

Fibromialgia

Médicos de atención primaria

Conocimientos

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir los conocimientos en fibromialgia de los médicos de atención primaria de la provincia de Chiclayo durante el 2016.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal, con un muestreo no probabilístico, tipo censal. Se evaluaron 145 médicos mediante un cuestionario de 14 preguntas, validado por expertos y con una prueba piloto. El análisis univariado y bivariado se realizó con STATA v. 13.

**Resultados:** El acierto en las preguntas de diagnóstico fue del 41,1% y en las de tratamiento, del 65%. El 75,1% «habían visto pacientes con fibromialgia», previamente. La media de puntos dolorosos acertados fue de  $2,2 \pm 2,8$ . Solo el 2,8% identificaron de 11 a más puntos dolorosos; el 54,5% respondieron que «el diagnóstico es clínico y los exámenes son para el diagnóstico diferencial». El 46,1% de los médicos del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y el 28,3% de los del Seguro Social de Salud (EsSalud) respondieron correctamente el ítem de criterios diagnósticos ( $p=0,021$ ). El 65,7% respondieron que la psicoterapia, la pregabalina y el ejercicio aeróbico eran la tríada terapéutica más eficaz, sin diferencias entre MINSA y EsSalud, con un 61,5 y 68,6%, respectivamente ( $p=0,23$ ). El 59,3% respondieron que los fármacos con utilidad demostrada son: pregabalina, duloxetine y amitriptilina. El 66,2% respondieron que la terapia física más eficaz es el ejercicio aeróbico.

**Conclusiones:** El conocimiento en diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en médicos generales de Chiclayo es deficiente. Existen algunas diferencias en el conocimiento según la edad y el tipo de institución a la que pertenecen.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

## Knowledge on fibromyalgia among general practitioners, from Chiclayo-Peru, 2016

### ABSTRACT

**Objective:** Knowledge about fibromyalgia in general practitioners in the province of Chiclayo, Peru, 2016.

**Materials and methods:** Cross sectional descriptive study. Non-probability sampling, census type. In all, 145 physicians were evaluated through a questionnaire of 14 questions, validated by experts and a pilot. The analysis was performed using STATA v. 13.

**Results:** Accuracy in questions involving diagnosis was 41.1% and in questions about treatment: 65%; 75.1% 'had seen patients with fibromyalgia' previously. The average on locating pain points was  $2.2 \pm 2.8$ . Only 2.8% identified 11 or more painful points; 54.5% answered that 'the diagnosis is clinical and exams are for the differential diagnosis'; 46.1% in Ministerio de Salud (MINSA) and 28.3% in Seguro Social de

#### Keywords:

Fibromyalgia

Primary care physicians

Knowledge

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [evly.22@hotmail.com](mailto:evly.22@hotmail.com) (F.E. Acuña Ortiz).

Salud (EsSalud) answered the item about diagnostic criteria ( $P=.021$ ); 65.7% said that psychotherapy, pregabalin and aerobic exercise were the most effective therapeutic triad, with no differences between MINSA and EsSalud: 61.5% vs. 68.6% ( $P=.23$ ); 59.3% responded that drugs that had proved to be useful were: Pregabalin, duloxetine and amitriptyline; 66.2% responded that the most effective physical therapy is aerobic exercise.

**Conclusions:** Knowledge of the diagnosis and treatment of fibromyalgia by general doctors in Chiclayo is poor. There are some differences in knowledge depending on the age and type of institution to which each belongs.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

## Introducción

La fibromialgia es un trastorno de etiología multicausal<sup>1</sup>, frecuente en la población general<sup>2</sup> y en consulta externa<sup>3</sup>. Su coexistencia con problemas de salud mental y la alteración de la calidad de vida que produce hace necesario su reconocimiento temprano. El diagnóstico es eminentemente clínico, no existiendo ningún examen auxiliar que determine si alguien padece o no la enfermedad<sup>1</sup>. Lamentablemente, como ocurre con varias enfermedades, su diagnóstico es tardío, muchas veces por la falta de sospecha de su presencia. Una buena anamnesis y un prolijo examen clínico pueden diagnosticarla. Los criterios diagnósticos fueron establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR 1990)<sup>4</sup>.

La prevalencia a nivel mundial es de 0,5-5%<sup>2</sup>. En Chiclayo la prevalencia es de 4,25%<sup>5</sup> y en el distrito de Lambayeque, de 2,9%<sup>6</sup>. En consulta externa de medicina interna en Chiclayo se halló una frecuencia de 9,4%<sup>3</sup>.

La mayoría de pacientes son diagnosticados por el reumatólogo<sup>7</sup>. Ello hace que el tiempo que demoran en ser diagnosticados sea largo. Choy et al., en el 2010, en un estudio realizado en 8 países, hallaron que los pacientes con fibromialgia habían sido evaluados por 3,7 médicos antes de ser diagnosticados; el diagnóstico se obtiene aproximadamente 2,3 años después de experimentar los síntomas y varía de meses a 23 años<sup>8,9</sup>. Dada su elevada prevalencia e importancia deberían ser los médicos de atención primaria quienes sospechen su presencia.

En España, en consulta de medicina general, la prevalencia es del 5-7%; aproximadamente pasan desapercibidos 2 o 3 pacientes por consulta<sup>10</sup>.

Perrot et al., en el 2012, realizaron un estudio en 8 países y obtuvieron que el 61% de los médicos de atención primaria informaron tener dificultades en el diagnóstico, el 45% tuvieron muy poca formación y el 34% consideraban no conocer la enfermedad<sup>7</sup>.

Kamoun et al.<sup>11</sup> en el 2010 en Túnez y Blotman et al.<sup>12</sup> en el 2005 en Francia describieron que el 54 y 25%, respectivamente, de los médicos de atención primaria tuvieron conocimiento de la identificación de puntos dolorosos para el diagnóstico.

Con relación al tratamiento, los médicos recomendaron ejercicio físico, natación, caminar regularmente y ciclismo<sup>12</sup>. En otros estudios utilizan como terapia farmacológica los analgésicos y antidepresivos<sup>11</sup>. En los estudios encontrados la mayoría informaron no haber recibido formación durante el pregrado<sup>7,11,12</sup>.

Pastor et al. en el 2012, en España, hallaron que los médicos de atención primaria conciben la fibromialgia como importante, con pobre control sobre la misma y asociada a alteraciones psicológicas<sup>13</sup>. Hayes et al. en Canadá hallaron que el 23% de los médicos generales consideraban los pacientes con fibromialgia como «simuladores» en comparación con el 12% de los reumatólogos<sup>14</sup>.

En la provincia de Chiclayo no se ha encontrado información acerca del conocimiento en el diagnóstico y tratamiento de fibromialgia en atención primaria. Ante la situación actual de esta

enfermedad, y por ser un problema con tendencia creciente en morbilidad, se justifica la realización de este trabajo. El objetivo del estudio fue describir los conocimientos en fibromialgia de los médicos de atención primaria de Chiclayo-Lambayeque durante el 2016.

## Materiales y métodos

Estudio descriptivo transversal; la población fueron los médicos de atención primaria de la provincia de Chiclayo durante el 2016. El muestreo fue no probabilístico, tipo censal; se contactó a 145 médicos de atención primaria de la provincia de Chiclayo del Ministerio de Salud (MINSA) y del Seguro Social de Salud (EsSalud).

Escenario: la provincia de Chiclayo pertenece al departamento de Lambayeque, al norte del Perú. Tiene 857.405 habitantes, 52,9% mujeres y 47,08% hombres; en el 2012, el 28,9% tenían menos de 15 años, el 63,2% entre 15 y 64 años y un 8,0% eran mayores o iguales a 65 años. Estos últimos datos exactos pertenecen al departamento de Lambayeque en su totalidad. La distribución en la provincia de Chiclayo es muy similar<sup>15</sup>.

En el Perú el sistema de salud está compuesto por: el sector público (MINSA, EsSalud y Fuerzas Armadas) y el sector privado. El MINSA al igual que el EsSalud son los entes rectores del sector salud con mayor representatividad a nivel nacional (92% del total de hospitales, 69% de los centros de salud y 99% de los puestos de salud). Por la representatividad y la factibilidad del estudio, solo se consideraron los médicos del MINSA y EsSalud. En el MINSA, principalmente se atienden pacientes de pobreza y pobreza extrema y en EsSalud, pacientes de mayor nivel socioeconómico que han laborado durante toda su vida. El primer contacto del paciente es con el médico de atención primaria y posteriormente, si lo amerita, será referido a un especialista. Sin embargo, un porcentaje importante de pacientes acuden de forma directa al especialista<sup>16</sup>.

Se elaboró un cuestionario de 14 preguntas de alternativa múltiple con una única alternativa correcta con base en la revisión bibliográfica y en los criterios de fibromialgia ACR 1990 para evaluar tópicos en diagnóstico (10 preguntas) y tratamiento (4 preguntas). Fue sometido a validez de contenido por 4 reumatólogos, quienes evaluaron la pertinencia e inteligibilidad de cada pregunta mediante una escala de Likert en la que «1» indicaba estar «totalmente en desacuerdo» y «5» «totalmente de acuerdo», obteniéndose un promedio de 4. Se realizó una prueba piloto en 15 médicos residentes de medicina interna de Chiclayo, sin hallarse problemas de redacción. El tiempo promedio de duración del cuestionario fue 15 min. En el cuestionario se incluyó una figura humana para evaluar la ubicación de los 18 puntos dolorosos.

Se realizó un análisis univariado para el cálculo de medidas de tendencia central, de dispersión para las variables numéricas y frecuencias, y porcentajes para las variables categóricas. Se realizó un análisis exploratorio para evaluar la asociación entre las respuestas a las preguntas y las variables sociodemográficas. El análisis de los datos se realizó con STATA 13 y Excel 2010.

**Tabla 1**  
Características sociodemográficas de los médicos encuestados

Característica	n	%
<b>Edad</b>		
< 35 años	49	33,8
> 35 años	96	66,2
<b>Sexo</b>		
Hombre	100	41,2
Mujer	45	37,1
<b>Institución de salud</b>		
MINSa	78	53,7
EsSalud	67	46,2
<b>Nivel de complejidad</b>		
MINSa		
I-3	26	17,9
I-2	20	13,8
I-4	18	12,4
I-1	14	9,6
EsSalud		
I-3	64	44,1
I-1	3	2,1

EsSalud: Seguro Social de Salud; I: categorización según el nivel de complejidad del establecimiento; MINSa: Ministerio de Salud.

El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Para garantizar la confidencialidad de los participantes se hizo entrega de un consentimiento informado en el que se explicó los objetivos del estudio. A los médicos se les entregó un díptico informativo en relación con los tópicos de tratamiento y diagnóstico en fibromialgia.

## Resultados

El total de médicos abordados fue 172; se negaron a responder 14 (8,5%) y no se hallaron 13 (7,5%), encuestándose finalmente 145 (84%); 78 (53,7%) fueron del MINSa y 67 (46,2%) de EsSalud. El 100% de los encuestados fueron médicos generales, no hubo médicos de la especialidad de medicina familiar. El cuestionario se aplicó finalizada la consulta médica.

La media de la edad fue  $39,9 \pm 11,1$  años, mediana = 38 y rango de 24 a 67; 100 (68,9%) fueron hombres. La media de la edad en varones fue  $41,2 \pm 11,7$  años y en mujeres  $37,03 \pm 9,5$  años. Los hombres fueron mayores que las mujeres ( $p \geq 0,004$ ).

La media de años de egresado fue de  $12,6 \pm 9,7$ , mediana = 10 y rango de 1 a 36 años.

Otras características figuran en la [tabla 1](#).

Con relación al cuestionario, el promedio de acierto en las preguntas de diagnóstico fue del 41,1% y en las preguntas de tratamiento, del 65%.

La distribución de respuestas correctas del cuestionario en el total de encuestados se resumen en la [tabla 2](#).

Los médicos que mencionaron «haber oído hablar de fibromialgia» fueron 142 (97,9%), y 109 (75,1%) respondieron que «sí habían visto pacientes con fibromialgia».

Con relación a los criterios diagnósticos, 24 (48,9%) y 31 (39,3%) médicos menores y mayores a 35 años respondieron correctamente,  $p=0,005$ . Los años de egresado de los médicos que respondieron correctamente esta pregunta fue:  $13,5 \pm 9,6$  y  $10,9 \pm 9,6$  en los que se equivocaron,  $p=0,058$ . De los 109 médicos que mencionaron haber visto pacientes con fibromialgia, solo 38 (34,9%) respondieron acertadamente la pregunta sobre criterios diagnósticos, sin diferencias por sexo,  $p=0,1$ , pero sí por instituciones de salud: MINSa con un 46,1% y EsSalud con un 28,3%,  $p=0,021$ .

Para el total de preguntas, no se halló diferencia estadística en el conocimiento entre hombres y mujeres. La media del número de puntos dolorosos ubicados correctamente fue  $2,2 \pm 2,8$ ,

**Tabla 2**  
Distribución de respuestas correctas del cuestionario en el total de encuestados

Tópicos que evalúan las preguntas	Respuesta correcta	
	n	%
<b>Diagnóstico</b>		
Edad y grupo etario característico	93	64,1
El diagnóstico es clínico	79	54,5
Comorbilidades de salud mental	74	51,0
Enfermedades con síntomas parecidos	64	44,1
Comorbilidades asociadas	62	42,8
Criterios diagnósticos ACR 1990	55	37,9
Características del sueño	46	31,7
Ubicación de puntos dolorosos	4	2,8
<b>Tratamiento</b>		
Equipo multidisciplinario ideal	101	69,7
Terapia física más eficaz	96	66,2
Alternativas terapéuticas	94	64,8
Fármacos con utilidad demostrada	86	59,3

ACR: Colegio Americano de Reumatología.

mediana = 2. Los menores de 35 años ubicaron más puntos dolorosos en la figura (promedio de puntos de 2,8;  $p=0,02$ ); 56 (38,8%) médicos no ubicaron ningún punto doloroso y solo 4 (2,8%) ubicaron 11 o más puntos correctos. Se halló diferencia en el número de puntos dolorosos acertados según la institución de salud:  $3,1 \pm 3,2$  en MINSa y  $1,2 \pm 1,6$  en EsSalud,  $p < 0,001$ .

Fueron 79 (54,4%) los que respondieron: «el diagnóstico es eminentemente clínico y los exámenes son para el diagnóstico diferencial», 46,1% en MINSa y 64,1% en EsSalud ( $p=0,022$ ).

En relación con la tríada terapéutica más eficaz, 94 (65,7%) respondieron que era psicoterapia, pregabalina y ejercicio aeróbico, y 22 (15,4%) respondieron que era psicoterapia, paracetamol y ejercicio anaeróbico; el 69,7% de los mayores de 35 años respondieron correctamente esta pregunta ( $p=0,059$ ), sin diferencias entre MINSa y EsSalud: 61,5 y 68,6%, respectivamente ( $p=0,23$ ); el 59,3% respondieron acertadamente cuáles eran los fármacos con utilidad demostrada: pregabalina, duloxetina y amitriptilina; el 66,2% respondieron que la terapia física más eficaz era el ejercicio aeróbico y el 69,7% respondieron que el equipo multidisciplinario ideal para la atención integral del paciente sería: un reumatólogo, un psicólogo y un terapeuta físico.

## Discusión

Este es el primer estudio sobre conocimientos de fibromialgia en médicos de atención primaria en nuestro país. Con relación al diagnóstico, se encontró que solo 4 (2,8%) médicos ubicaron correctamente al menos 11 puntos dolorosos para el diagnóstico (ACR 1990). Kamoun et al. en el 2010 en Túnez, en un estudio transversal en 440 médicos generales, encontraron que el 54% referían conocer la ubicación de los puntos<sup>11</sup> y Blotman et al. en el 2005, en Francia, hallaron que el 25% de los médicos evaluados conocían el número de puntos dolorosos<sup>12</sup>. Sin embargo, en estos estudios no se evaluó el conocimiento de la localización de los puntos. El dato solo es referencial. Estos resultados podrían explicarse por el desconocimiento de la existencia de la enfermedad, a pesar de que el 75,1% de los encuestados referían haber visto pacientes con este problema. Otra posibilidad es la dificultad en la localización anatómica de los puntos, que podría mejorarse si la enseñanza de este aspecto fuera práctica (en pacientes). Desconocemos la realidad de este tópico en el pregrado en Lambayeque. En estudios internacionales, los médicos de atención primaria refieren que su formación en fibromialgia ha sido inadecuada —un 54% en el estudio de Perrot et al.<sup>7</sup>— o no haber tenido ninguna formación<sup>11,12</sup>.

Además, el tiempo en consulta externa es corto para diagnosticar una enfermedad como esta. En el estudio de Perrot et al. esta opinión la tuvieron el 79% de los encuestados<sup>7</sup>.

También se encontró que del total de médicos que habían visto pacientes con fibromialgia, solo el 34,8% conocían los criterios diagnósticos ACR 1990. Diversos estudios describen conocimientos de los criterios diagnósticos; las cifras van desde el 14 al 59%<sup>7,11,12,14</sup>. Perrot et al., en un estudio realizado en 1.622 médicos (entre ellos, 809 médicos generales) en 8 países (6 europeos, México y Corea del Sur), hallaron que el 53% refirieron dificultades en el diagnóstico y que solo el 40% conocían los criterios<sup>7</sup>.

En nuestro estudio se halló que el 55,8% desconocen las entidades que se parecen a la fibromialgia; se consideró el hipotiroidismo, la depresión mayor y el síndrome de fatiga crónica como diagnósticos diferenciales. Perrot et al. hallaron un 90% en este tópico. Deficiencias en el pregrado podrían explicar estos hallazgos<sup>7</sup>.

Solo el 31,7% de los participantes reconocieron que el insomnio de segunda mitad es un hallazgo frecuente en estas personas. En el 2013, en pacientes de Chiclayo, la frecuencia de insomnio fue de un 80%, siendo la sensación de sueño no reparador el tipo de insomnio más frecuente: un 84,6%<sup>3</sup>.

Diversos estudios describen que los médicos de atención primaria tienen dificultades en distinguir entre depresión y fibromialgia<sup>12</sup>. Los síntomas son parecidos y frecuentemente coexisten. En un estudio local se halló que el 96,2% de los pacientes con fibromialgia tuvieron algún grado de depresión, siendo severa en el 38,4%<sup>17</sup>.

En relación con el tratamiento, es llamativo que más de la mitad de las preguntas acertadas (65%) sean de tratamiento en comparación con las preguntas de diagnóstico (41,1%). Este resultado difiere de otros estudios<sup>12,14</sup>. Kianmehr et al. en Irán hallaron que el 52,1% de los médicos indicaron que los antiinflamatorios no esteroideos eran una opción de tratamiento<sup>18</sup>. En nuestro estudio, el uso de antiinflamatorios no esteroideos se evaluó dentro de alternativas múltiples y no se puede determinar esta cifra.

La mayoría de médicos (69,7%) respondieron que los pacientes deberían ser atendidos por un equipo multidisciplinario: psicólogo, terapeuta físico y reumatólogo. La fibromialgia es una enfermedad en la que es fundamental el manejo conjunto para el éxito de la terapia. Sin embargo, en la pregunta, todas las opciones de respuesta incluían varios profesionales, por lo que este dato se debe tomar con cautela. Kamoun et al.<sup>11</sup> y Blotman et al.<sup>12</sup> encontraron que el 40,2 y el 54,6% de los médicos derivaron a los pacientes al médico reumatólogo. Si bien es cierto que sería ideal reconocerla en atención primaria, el manejo de pacientes con resistencia al tratamiento o muchas comorbilidades es competencia de un especialista.

Los médicos menores de 35 años acertaron con mayor frecuencia las preguntas de puntos dolorosos y criterios diagnósticos. Esto probablemente refleja conocimientos adquiridos recientemente en rotaciones por especialidades de hospitales de mayor complejidad o contacto más frecuente con guías de práctica clínica; sin embargo, los mayores de 35, con mayor frecuencia, respondieron correctamente la pregunta sobre la necesidad de ejercicio aeróbico, uso de pregabalina y necesidad de psicoterapia. Ello podría deberse a la experiencia laboral. No se han encontrado estudios que reporten hallazgos similares. Los años de egresado no se asociaron a mayor conocimiento, resultado similar al de Kianmehr et al. en Irán en el 2015<sup>18</sup>.

Los médicos del MINSA en comparación con los de EsSalud reconocieron con mayor frecuencia los criterios diagnósticos y la ubicación de puntos. Sin embargo, los segundos respondieron más frecuentemente que el diagnóstico es clínico y refirieron la necesidad de ejercicio aeróbico, el uso de pregabalina y la necesidad de psicoterapia como alternativa de manejo. No se encontraron estudios en los cuales se haya evaluado la relación de las instituciones de salud con el nivel de conocimiento. Este resultado puede ser

útil para dirigir los recursos en la capacitación del personal médico según las instituciones.

En este estudio se consideraron los criterios del ACR 1990<sup>4</sup>, sin embargo, el Colegio Americano de Reumatología publicó en el 2010 nuevos criterios diagnósticos<sup>19</sup>. Los estudios publicados miden el conocimiento en relación con los del ACR 1990. Actualmente todavía están vigentes. La aplicación de los nuevos criterios en atención primaria no ha sido valorada por estudios prospectivos; incluye síntomas comunes y prescinde del examen físico. Si bien el diagnóstico se basa fundamentalmente en parámetros subjetivos ampliamente aceptados en la práctica clínica, la utilización de los nuevos criterios conlleva el riesgo de omitir hallazgos significativos del examen clínico que pudieran orientar a diagnósticos alternativos<sup>20</sup>. Sin embargo, hay que reconocer que aplicar los criterios ACR 1990 es más difícil en consulta externa.

Cabe resaltar que se evaluó personalmente a cada médico mediante un cuestionario estructurado de conocimientos, en comparación con otros estudios que utilizaron un autocuestionario con base en una escala sin la posibilidad de verificar los datos.

Varios estudios locales hacen referencia a que los conocimientos de enfermedades frecuentes en la población son inadecuados<sup>17</sup>. Ello podría reflejar problemas en la formación durante el pregrado que deberían ser evaluados a nivel de las Universidades y del Colegio Médico. Es importante adaptar la educación médica continua y el entrenamiento de los profesionales de la salud a las necesidades nacionales y regionales de educación médica. Además, es importante que los programas educativos concuerden con la realidad epidemiológica del país, así como con las políticas y los programas nacionales de salud.

## Conclusiones

Los conocimientos en diagnóstico y tratamiento de fibromialgia en médicos de atención primaria de Chiclayo son deficientes.

Los médicos más jóvenes y del MINSA reconocieron con mayor frecuencia los criterios diagnósticos y los puntos dolorosos.

Los médicos mayores y de EsSalud respondieron más acertadamente la pregunta sobre la tríada más eficaz en el tratamiento.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- González J, del Teso M, Waliño C, Criado J, Sánchez J. Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria. *Reumatol Clin.* 2015;11:22–6.
- Queiroz LP. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17:1–6.
- León F. Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia en un centro asistencial de Chiclayo. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2010;23:10.

4. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160–72.
5. León F, Loza C. Prevalencia de fibromialgia en el distrito de Chiclayo. *Rev Medica Hered.* 2015;26:147–59.
6. Montoya J, Suárez F, León F. Fibromialgia en el distrito de Lambayeque: un estudio preliminar. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2012;25:112–6.
7. Perrot S, Choy E, Petersel D, Ginovker A, Kramer E. Survey of physician experiences and perceptions about the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:356.
8. Escudero M, Toyos N, Rodríguez M, Corral O, Cerdá J. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatol Clin.* 2010;6:16–22.
9. Choy E, Perrot S, Leon T, Kaplan J, Petersel D, Ginovker A, et al. A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:102.
10. Suárez ES, Ferrero MG, Bastus MG. Fibromialgia: un diagnóstico centicenta. *Aten Primaria.* 2000;26:415–8.
11. Kamoun S, Elleuch M, Le Lay K, Feki H, Taieb C, André E, et al. Evaluation of knowledge of fibromyalgia in Tunisia. *Tunis Med.* 2010;88:703–6.
12. Blotman F, Thomas E, Myon E, Andre E, Caubere JP, Taieb C. Awareness and knowledge of fibromyalgia among French rheumatologists and general practitioners. *Clin Exp Rheumatol.* 2005;23:697–700.
13. Pastor M, Roig S, Johnston M, Gracia R, Daza P. Clinical self-efficacy and illness beliefs in ambiguous chronic pain conditions: General practitioners' management of fibromyalgia. *An Psicol.* 2012;28:417–25.
14. Hayes S, Myhal G, Thornton J, Camerlain M, Jamison C, Cytryn K, et al. Fibromyalgia and the therapeutic relationship: Where uncertainty meets attitude. *Pain Res Manag.* 2010;15:385–91.
15. INEI.gob. Indicadores demográficos, sociales, económicos y de gestión municipal [portal en Internet]. Lima: INEI.gob.2012 [consultado 1 Ago 2016]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/>
16. Rabanal A, Gonzales F, Nigenda G. Sistema de Salud de Perú. *Salud Pública Mex.* 2011;2:243–54.
17. Alvarado J, Montenegro K. Asociación entre depresión-ansiedad y el síndrome de fibromialgia en 3 centros asistenciales del distrito de Chiclayo. *Rev Méd Risaralda.* 2013;20:75–9.
18. Kianmehr N, Haghighi A, Bidari A, Sharafian Y, Karimi M. Are general practitioners well informed about fibromyalgia? *Int J Rheum Dis.* 2015, <http://dx.doi.org/10.1111/1756-185X.12716>.
19. Wolfe F, Clauw D, Fitzcharles M, Goldenberg D, Katz R, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010;62:600–10.
20. Moyano S, Kilstein J, Alegre C. Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse? *Reumatol Clin.* 2015;11:210–4.