

Frecuencia de Fibromialgia en pacientes con Artritis Reumatoide y su asociación con la actividad de la Enfermedad en el Hospital José Carrasco Arteaga y el Hospital Santa Inés, Cuenca-Ecuador

Daniel Fernando Malo Malo¹, Fernanda Lucia Pacheco Dominguez¹, Sergio Vicente Guevara Pacheco², José Vicente Roldan Fernandez³, Cristian Eduardo Escandón Patiño¹, Kevin Israel González González¹.

1. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Azuay- Ecuador.
2. Servicio de Reumatología, Hospital Santa Inés, Cuenca-Ecuador.
3. Dirección de Escuela de la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Ecuador

CORRESPONDENCIA:

Daniel Fernando Malo Malo
Correo electrónico: malod25@gmail.com
Dirección: Ciudad de Cuenca y Cantón Montalvo Los Ríos. Código Postal: EC010214
Teléfono: +593 982760358
Código postal:010102

Fecha de Recepción: 30-11-2023.
Fecha de Aceptación: 14-12-2023.
Fecha de Publicación: 30-12-2023.

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Malo D, Pacheco F, Guevara S, Roldán J, Escandón C, González K. Frecuencia de Fibromialgia en pacientes con Artritis Reumatoide y su asociación con la actividad de la Enfermedad en el Hospital José Carrasco Arteaga y el Hospital Santa Inés, Cuenca-Ecuador.2023; 15 (3): 123-127. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2023.15.3.a.o.19>

ARTÍCULO DE ACCESO DIRECTO



©2023 Malo et al. Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-Non-Commercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/eh/homepagee.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La fibromialgia es un síndrome de sensibilidad central caracterizado por dolor crónico músculo-esquelético, no estudiado tan ampliamente en nuestro medio. Se ha estudiado la aparición de esta patología en relación con otras enfermedades reumatológicas, entre ellas la Artritis Reumatoide. Los objetivos de este estudio fueron determinar la frecuencia de la FM en pacientes con AR y su relación con la actividad de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional de corte transversal, con una muestra de 190 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide en dos hospitales de la ciudad de Cuenca-Ecuador. Los datos se obtuvieron mediante formularios. Se aplicó una encuesta a los pacientes y se revisó los expedientes clínicos en búsqueda de los valores de laboratorio y los datos para aplicar la escala DAS-28. Los datos se recolectaron en un formulario estructurado para el estudio, en el que constaban también los criterios de clasificación de FM 2016 revisados.

RESULTADOS: De los 190 pacientes, la media de edad fue de 52 años, el 90.53%(n=172) fueron mujeres, se obtuvo una frecuencia del 13.68%(n=26) de FM secundaria, de estos el 92.3%(n=24) presentaron una actividad de la enfermedad de moderada a alta, encontrándose asociación de riesgo (RP=19.74 IC=95%). Existió una diferencia de medias del DAS-28 entre ambos grupos de 1.6, la cual fue estadísticamente significativa (p=0.001). No se encontró relación estadística entre el tiempo de diagnóstico de artritis reumatoide y la presencia secundaria de fibromialgia (p=0.316).

CONCLUSIÓN: La frecuencia de fibromialgia secundaria a artritis reumatoide fue considerable en la población estudiada; se encontró una asociación entre la presencia de fibromialgia secundaria a artritis reumatoide y una mayor actividad de la enfermedad. No se encontró relación estadística entre el tiempo de diagnóstico de artritis reumatoide y la presencia secundaria de fibromialgia.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA. ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO OBSERVACIONAL.

ABSTRACT

Frequency of fibromyalgia in patients with rheumatoid arthritis and its association with disease activity at Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga Hospital and the Hospital Santa Inés, Cuenca-Ecuador

BACKGROUND: Fibromyalgia is a central sensitivity syndrome characterized by chronic musculoskeletal pain, not widely studied locally. The appearance of this pathology has been studied in relation to other rheumatic diseases, including rheumatoid arthritis. The aim of this study was to determine the frequency of FM in patients with RA and its relationship with disease activity.

METHODS: Observational cross-sectional study, with a sample of 190 patients diagnosed with rheumatoid arthritis in two hospitals in the city of Cuenca-Ecuador. Data was obtained using forms. A survey was applied to the patients and the clinical records were reviewed in search of laboratory values and data to apply the DAS-28 scale. The data was collected in a structured form for the study, which also included the revised FM 2016 classification criteria.

RESULTS: Of the 190 patients, the mean age was 52 years, 90.53% (n=172) were women, a frequency of 13.68% (n=26) of secondary FM was obtained, of these 92.3% (n=24) presented a moderate to high disease activity, finding a risk association (PR=19.74 CI=95%). There was a difference in means of the DAS-28 between both groups of 1.6, which was statistically significant (p= 0.001). No statistical relationship was found between the time of diagnosis of rheumatoid arthritis and the secondary presence of fibromyalgia (p=0.316).

CONCLUSION: The prevalence of fibromyalgia secondary to rheumatoid arthritis was considerable in the population studied; an association was found between the presence of fibromyalgia secondary to rheumatoid arthritis and a higher disease activity. No statistical relationship was found between the time of diagnosis of rheumatoid arthritis and the secondary presence of fibromyalgia.

KEYWORDS: FIBROMYALGIA, RHEUMATOID ARTHRITIS, OBSERVATIONAL STUDY.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es un síndrome de sensibilidad central caracterizado por dolor crónico músculo-esquelético, no estudiado tan ampliamente en nuestro medio. Las estadísticas refieren una prevalencia general entre el 2 y 5 %; su presentación es mayor en el sexo femenino, con una relación de 9:1 [1,2]. Esta patología se presenta en la mediana edad, con una mayor prevalencia entre los 20 y 50 años [3]. En España tiene una prevalencia del 2.4%, con un perfil de paciente fibromiálgico que es mujer en el 96.6% de los casos [4]. Se ha estudiado la aparición de esta patología en relación con otras enfermedades reumatológicas, entre ellas la Artritis Reumatoide (AR), encontrándose mayor actividad inflamatoria de dicha enfermedad cuando existe FM concomitante; estos datos se ha cuantificado mediante la aplicación de varias escalas, siendo el más usado el DAS-28 (Disease Activity Score) [5,6]. Estudios demuestran que existe un aumento del valor de DAS-28 en pacientes con AR que presentan FM secundaria [6,7,8].

Los objetivos de este estudio fueron determinar la frecuencia de la FM en pacientes con AR y su relación con la actividad de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio observacional, de corte transversal. El área de estudio fue la consulta externa del Servicio de reumatología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga (HJCA) y el Hospital Santa Inés, ambos en la ciudad de Cuenca, Ecuador. El universo estuvo conformado por pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Artritis Reumatoide que asistieron a consulta externa de ambos hospitales durante el periodo comprendido entre junio 2021 y septiembre 2021. El tamaño muestral mínimo calculado fue de 66 pacientes, esperando un 20% de no participación. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, participaron los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Se incluyeron aquellos pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de AR que firmaron el consentimiento informado; se excluyeron pacientes con otras causas de un dolor crónico como endocrinopatías, enfermedad terminal de hígado o riñón, cáncer, infecciones, enfermedades metabólicas del hueso; y pacientes con historial médico incompleto. Se seleccionaron 200 pacientes, de los cuales fueron excluidos 10 con una muestra final de 190.

Las variables sociodemográficas fueron: sexo, edad, estado civil, ocupación. Las variables modificadoras de efecto fueron: la presencia o no de fibromialgia (FM) secundaria y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de AR; esta última se categorizó en 2 grupos: de 1 a 9 años y 10 o más años. La variable resultado fue la actividad de la enfermedad (AR), variable determinada a partir de la escala DAS-28 y categorizada en 2 grupos: remisión-actividad baja y actividad moderada-actividad alta. La escala DAS-28 se calculó a partir de reactantes de fase aguda (VSG o PCR), dolor de 28 articulaciones y la salud global del paciente.

Una vez seleccionados los pacientes según los criterios de inclusión, se solicitó durante la consulta la firma del consentimiento informado a los participantes de la investigación. Se aplicó una encuesta a los pacientes y se revisó los expedientes clínicos en búsqueda de los valores de laboratorio y los datos de la escala DAS-28. Los datos se recolectaron en un formulario estructurado para el estudio, en el que constaban también los criterios de clasificación de FM 2016 revisados.

Para la recopilación de información se creó una base de datos en Excel en donde se ingresó la información tomada en los formularios. Se usó el programa SPSS26 con licencia educativa para el análisis de los datos. Para la presentación de los resultados, se usaron tablas simples y compuestas. Para resumir variables cuantitativas se emplearon media aritmética y la desviación estándar; las variables cualitativas se presentan mediante frecuencias (N) y por-

centajes (%). En la comparación de los datos y con el propósito de comprobar la diferencia entre grupos se usó T de Student para variables cuantitativas considerando la significancia estadística con una $p < 0.05$ y para variables cualitativas se usó el estadístico Chi cuadrado considerando diferencias estadísticas significativas una $p < 0.05$. Para el análisis de asociación de factores, se organizaron los datos en una tabla de 2x2 y se determinó la Razón de Prevalencia (RP) con intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

RESULTADOS

De los 200 pacientes con diagnóstico de AR, 6 presentaban otras comorbilidades y 4 de ellos no contaban con datos de laboratorio, quedando una muestra final de 190 pacientes. El rango de edad fue de 18 a 80, con una media de 52 años (DS \pm 13.31). La mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino (90.53%). Más de la mitad de los pacientes (53.68%) estaban casados y un 23.16% eran solteros. La mayoría (38.42%) se dedicaba a los quehaceres domésticos, seguidos de un 10.53% que estaban jubilados (Tabla 1).

El rango de tiempo desde el diagnóstico de AR fue de 1 a 43 años con una media de 10.89 (DS \pm 8.34). La media de la escala DAS-28 fue de 3.36 (DS \pm 1.26) con un mínimo de 1.1 y un máximo de 7.1 (Tabla 2). El 13.68% de participantes tuvo diagnóstico de FM. El 45.3% tuvo una actividad de la enfermedad de moderada a alta (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas, diagnóstico de FM y actividad de la enfermedad de 190 pacientes con diagnóstico de AR del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga y Hospital Santa Inés, Cuenca, 2021.

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	172	90.53
	Masculino	18	9.47
Estado civil	Casado/a	102	53.68
	Soltero/a	44	23.16
	Divorciado/a	31	16.32
	Viudo/a	13	6.84
Ocupación	Q.Q.D.D.	73	38.42
	Jubilado	20	10.53
	Comerciante	17	8.95
	Docente	16	8.42
	Estudiante	8	4.21
	Enfermera	6	3.16
	Agricultora	5	2.63
	Empleada doméstica	4	2.11
	Otros	41	21.61
	Dx* FM	Si	26
No	164	86.32	
Actividad de la Enfermedad (AR)	Moderada a alta	86	45.30
	Remisión a baja	104	54.70

Variables	n	Rango	Mínimo	Máximo	Media	DE	Varianza
Edad	190	63	18	80	52.11	13.31	177.24

*Diagnóstico
Fuente: Base de datos del estudio.
Elaborado por: Los Autores.

Tabla 2. Distribución de 190 pacientes con diagnóstico de AR del Hospital José Carrasco Arteaga y Hospital Santa Inés según tiempo de diagnóstico de AR, y DAS-28, Cuenca, 2021

Variables	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	DE	Varianza
Tiempo Dx AR	190	42	1	43	10.89	8.34	69.62
DAS-28	190	6	1.1	7.1	3.36	1.26	1.58

Fuente: Base de datos del estudio.
Elaborado por: Los Autores.

Existió una diferencia de medias estadísticamente significativa del DAS-28 de 1.6 puntos, siendo mayor para los pacientes con diagnóstico de FM ($p < 0.001$) (Tabla 3). Existió una diferencia de medias del tiempo de diagnóstico de AR, de 2 años, siendo mayor para los pacientes con diagnóstico de FM, pero esta no fue estadísticamente significativa ($p = 0.316$) (Tabla 4).

Tabla 3. Diferencia de medias de DAS-28 en relación con el diagnóstico de FM en 190 pacientes con diagnóstico de AR del Hospital José Carrasco Arteaga y Hospital Santa Inés, Cuenca, 2021.

Dx Fibromialgia		DAS-28					t	p valor
		Media	Desviación estándar	Rango	Mínimo	Máximo		
Dx Fibromialgia	Si (n=26)	4.74	1.21	4.8	2.3	7.1	6.692	<0.001*
	No (n=164)	3.14	1.12	5.54	1.1	6.64		

*Estadísticamente significativo ($p < 0.05$) por el Test de T de Student

Fuente: Base de datos del estudio.

Elaborado por: Los Autores.

Tabla 4. Diferencia de medias de Tiempo de Dx de AR con relación al diagnóstico de FM de 190 pacientes con diagnóstico de AR del Hospital José Carrasco Arteaga y Hospital Santa Inés, Cuenca, 2021.

Dx FM		Tiempo de dx AR					t	p valor
		Media	Desviación estándar	Rango	Mínimo	Máximo		
Dx FM	Si (n=26)	12.42	9.24	29	30	1	1.005	0.316*
	No (n=164)	10.65	8.20	42	43	1		

*Estadísticamente significativo ($p < 0.05$) por el Test de T de Student

Fuente: Base de datos del estudio.

Elaborado por: Los Autores.

Los pacientes con diagnóstico secundario de FM tuvieron una frecuencia más alta de actividad moderada a alta de la enfermedad (92.3%). Estas diferencias observadas son estadísticamente significativas ($p < 0.001$). Se encontró una asociación de riesgo para una mayor actividad de la enfermedad (RP:19.74; IC 95% 4.51-86.43) (Tabla 5).

Tabla 5. Relación entre el diagnóstico de FM y el nivel de actividad de la enfermedad de 190 pacientes con diagnóstico de AR del Hospital José Carrasco Arteaga y Hospital Santa Inés, Cuenca, 2021.

Variables		Dx Fibromialgia				Chi-cuadrado	p valor	RP	IC 95%	
		Si		No						
		Frecuencia (n=164)	Porcentaje %	Frecuencia (n=164)	Porcentaje %					
Nivel de Actividad	Moderada a alta (n=86)	24	92.3%	62	37.80%	26.908	0.001*	19.74	4.51	86.43
	Remisión a baja (n=104)	2	7.70%	102	62.19%					

*Estadísticamente significativo ($p < 0.05$) por el Test de Chi Cuadrado

Fuente: Base de datos del estudio.

Elaborado por: Los Autores.

DISCUSIÓN

En el presente estudio realizado en 190 pacientes que recibían atención en la ciudad de Cuenca, la prevalencia de FM secundaria a AR fue del 13.68% ($n = 26$) utilizando los criterios de FM del 2016. Respecto a estudios previos sobre la prevalencia de FM en pacientes con AR, estos varían en sus resultados dependiendo del lugar en donde fueron realizados; esto se corrobora en un meta-análisis realizado en Reino Unido, con la revisión de 40 artículos, en los que el rango de prevalencia de la FM en pacientes con AR fue de 4.9% a 52.4% [5]. Dentro de estos estudios, se encuentra uno realizado en Egipto en 50 pacientes con AR, se obtuvo una prevalencia de FM del 14% [9]; resultados similares a los reportados en un artículo publicado en Dinamarca, en el cual, de 162 pacientes, la prevalencia de FM fue de 15.4%; en México, Fajardo L, encontró una prevalencia del 20% en 624 pacientes con AR [10]. En Turquía, en un estudio donde participaron 130 pacientes con AR, utilizando los criterios del 2016, se obtuvo una prevalencia mucho mayor a la de los estudios mencionados anteriormente, del 40% [6]. Por el contrario, un estudio realizado en Francia, con 325 pacientes, reportó un porcentaje de FM secundaria a AR del 4.9% [11]. Como se puede observar, en el presente estudio la prevalencia obtenida se encuentra dentro de los rangos de los estudios realizados previamente. Este rango amplio de variación de prevalencia en las diferentes poblaciones puede ser explicado, entre una de las causas, por los distintos criterios utilizados para el diagnóstico de fibromialgia, pues no se ha determinado un Gold standard.

En este estudio se obtuvo una media del DAS-28 de 4.74 en los pacientes con diagnóstico secundario de FM, mientras que en el grupo de pacientes sin FM la media fue de 3.14, siendo 1.6 puntos más baja; esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa ($p < 0.001$). De esta manera se confirmó que los pacientes con diagnóstico de FM secundaria tienen una mayor actividad de la enfermedad en comparación con los pacientes con diagnóstico de AR únicamente. En la literatura se encontraron resultados similares; como los del estudio realizado en el año 2018, en Pakistán, donde se obtuvo una media de DAS-28 de 5.39 para los pacientes con FM secundaria, mientras los que no presentaban FM presentaron un valor medio de 3.54 con una $p < 0.001$ [8]; otro trabajo realizado en el Indus Hospital, también en Pakistán, obtuvo una media de DAS-28 de 7.04, que fue 2.14 puntos mayor que la de los pacientes que no tenían FM secundaria [12]. En el artículo publicado en el año 2020, en Ankara, Turquía por Mulkoglu et.al [13], la diferencia de medias del DAS-28 fue de 1.3 ($p < .05$), siendo la media de 2.9 para los pacientes con FM secundaria y de 1.6 para los pacientes con AR únicamente. En Dinamarca el grupo FM tenía un valor de 4.9 y el grupo no FM un valor de 2.9 ($p < 0.001$) [7]. Finalmente, Shreshet et al. [6], en un estudio realizado en 130 pacientes en Ismailia, Egipto, obtuvo una media de DAS-28 de 6.1 en el grupo con FM secundaria, contrastando con los pacientes sin FM secundaria en donde se obtuvo una media de 5.2 ($p = 0.002$). Al igual que en estudios anteriores, se evidencia asociación entre la mayor actividad de la enfermedad y la presencia de FM secundaria.

En el presente estudio se analizó la duración de AR en años, comparada entre los dos grupos de pacientes, a pesar de que hubo una

diferencia de medias de 2 años, esta no fue estadísticamente significativa ($p=0.316$). De igual manera, en el estudio de Shresher et al. [6], obtuvieron una diferencia de medias entre estas variables de 1 año, la cual no fue estadísticamente significativa ($p=0.597$). Mulkoglu y Ayhan [13] también corroboran el resultado obtenido en este estudio, presentando una diferencia de medias de 1 año entre ambos grupos, con $p=0.06$, la cual no resulta significativa.

Como posible limitación en nuestro estudio se puede señalar que la muestra fue de pacientes atendidos en consulta externa, que presentaban actividad de la enfermedad baja, pudiendo presentar un sesgo de exclusión de pacientes hospitalizados con actividad de la enfermedad moderada a alta. El tratamiento que presentaban los pacientes no fue registrado en el formulario por lo que puede haber afectado la actividad de la enfermedad. Otra limitación que se puede señalar, es que no hay un consenso entre los investigadores de fibromialgia sobre un Gold Standard para su diagnóstico de FM. Debido a la variabilidad que existe en la prevalencia en los diferentes estudios, se recomienda continuar con investigaciones buscando la estandarización de los criterios diagnósticos y aplicarlos en una muestra más homogénea, para así evitar sesgos.

CONCLUSIÓN

El grupo de 190 pacientes con diagnóstico de AR estuvo constituido principalmente por mujeres, por pacientes casados, con una edad promedio de 52 años y un tiempo promedio desde el diagnóstico de AR de 11 años. Existieron 26 pacientes con FM secundaria a AR, obteniéndose una frecuencia de 13.68%. En cuanto a la media del DAS-28, para el grupo de pacientes con diagnóstico de FM fue de 4.74 y se presentó una relación entre la mayor actividad de la enfermedad y FM secundaria. Finalmente, no existe una relación estadísticamente significativa entre la FM secundaria a AR y el número de años desde el diagnóstico de AR.

ABREVIATURAS

FM: Fibromialgia; AR: Artritis reumatoide; DAS-28: Disease Activity Score; HJCA: Hospital José Carrasco Arteaga; VSG: Velocidad de sedimentación globular; PCR: Proteína C reactiva.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes, la Dra. María del Carmen Ochoa, las autoridades de Hospital José Carrasco Arteaga.

FINANCIAMIENTO

Este estudio fue autofinanciado.

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

La revisión bibliográfica se realizó por los autores en base a artículos indexados y en revistas de alto impacto. Los datos fueron recolectados a través de formularios físicos, a su vez registrados en el programa SPSS 26, cuyo registro reposa en la biblioteca de la Universidad de Cuenca.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

DM: revisión bibliográfica, recolección e interpretación de información, redacción del manuscrito, análisis estadístico, análisis crítico. FP: revisión bibliográfica, recolección e interpretación de la información, redacción del manuscrito, análisis estadístico, análisis crítico. SG: interpretación de la información, supervisión de la redacción del manuscrito, análisis crítico. JR: interpretación de la información, supervisión de la redacción del manuscrito, análisis estadístico. CE: recolección e interpretación de información, análisis estadístico, análisis crítico. KG: recolección e interpretación de información, análisis estadístico, análisis crítico.


INFORMACIÓN DE LOS AUTORES


-Daniel Fernando Malo Malo. Médico General egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Ecuador.

 ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-3545-7424>

-Fernanda Lucía Pacheco Domínguez: Médico General egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Ecuador.

 ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8705-9915>

-Sergio Vicente Guevara Pacheco. Posgrado en la Universidad Nacional, Bogotá – Colombia; fellowship Cooper Hospital, Universidad New Jersey – Estados Unidos; Maestría en Investigación de la Salud, Universidad de Cuenca; Maestría en la Especialidad de Enfermedades Autoinmunes en la Universitat de Barcelona – España; Doctorado en Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional de Tumbes – Perú; PhD. (CUM LAUDE) en Medicina e Investigación Traslacional en la Universitat de Barcelona – España; Reconocimiento de Distinguido Maestro Benemérito en Reumatología por la Asociación Colombiana de Reumatología.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6466-3933>

-José Vicente Roldán Fernández. Médico, Magister en investigación, Docente titular de farmacología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Azuay-Ecuador.  ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3406-4101>

-Kevin Israel González González. Médico General egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Ecuador.

 ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6389-0376>

-Cristian Eduardo Escandón Patiño. Médico General egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Ecuador.

 ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9955-3070>

CONFLICTOS DE INTERÉS

Este artículo se realizó en base al trabajo previo a la titulación de los autores principales. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/38903>

APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

El protocolo de investigación fue aprobado por un Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Además previo a la recolección de la información se contó con la autorización de las instituciones participantes en la investigación. Los participantes firmaron un consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Los autores dieron su consentimiento para la publicación del presente artículo.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Malo D, Pacheco F, Guevara S, Roldán J, Escandón C, González K. Frecuencia de Fibromialgia en pacientes con Artritis Reumatoide y su asociación con la actividad de la Enfermedad en el Hospital José Carrasco Arteaga y el Hospital Santa Inés, Cuenca-Ecuador.2023; 15 (3): 123-127. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2023.15.3.ao.19>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hofman J, Vara M Definición, criterios de clasificación y diagnóstico, clasificación, epidemiología. En: Oberlander M. Guías argentinas de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de fibromialgia. 1a ed. Argentina: Novelti Med; 2016. p. 8-12. Disponible en: https://www.reumatologia.org.ar/recursos/guia_fibromialgia_2016.pdf
2. Guzman S, Muñoz D, Mendoza G, Orozco G, Rodríguez J, García de la Torre I, Orozco , et al.. Fibromialgia. El Residente. 2018; 13(2) :62-67. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2018/rr182d.pdf>
3. Azteni F, Cirillo MT, Masala I, Alciati A. La síndrome fibromiálgica: dalla diagnosi alla terapia. L' Endocrinologo. 2019; 20: 361-369. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40619-019-00650-w>
4. Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Fibromialgia: Prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. Med Clin (Barc). 2017;149(10):441-448. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>
5. Duffield S, Miller N, Shao S, Goodson N. Concomitant fibromyalgia complicating chronic inflammatory arthritis: a systematic review and meta-analysis. Rheumatology. 2018; 57(8): 1453-1460. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/rheumatology/key112>
6. Shreshher M, Mohamed AE, Elshahaly MH. Performance of 2016 revised fibromyalgia criteria in patients with rheumatoid arthritis. Rheumatology International. 2019; 39: 1703-1710. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04403-8>
7. Lage-Hansen P, Chrysidis S, Lage-Hansen M, Hougaard A, Ejstrup L, Amris K. Concomitant fibromyalgia in rheumatoid arthritis is associated with the more frequent use of biological therapy: a cross-sectional study. Scandinavian Journal of Rheumatology. 2016; 45(1): 45-48. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/03009742.2015.1046484>
8. Rehman AU, Haque T, Rasheed A, Wagan A, Asghar A, Rukh S. Impact of Fibromyalgia on DAS-28 score in rheumatoid arthritis. Pak Armed Forces Med J. 2018; 68(5): p. 1210-1214. Disponible en: <https://www.pafmj.org/PAFMJ/article/view/2294>
9. El-Rabbat S, Mahmoud N, Gheita T. Clinical significance of fibromyalgia syndrome in different rheumatic diseases: Relation disease activity and quality life. Reumatologia clinica. 2017; 14(5): 285-289. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reumae.2017.02.007>
10. Fajardo Hermosillo L. Fibromialgia en pacientes mexicanos con artritis reumatoide. Annrheumdis. 2021;10(11). Disponible en: 10.1136/annrheumdis-2021-eular.1013
11. Fan A, Pereire B, Tournadre A, Tatar Z, Malochet-Guinamad S, Mathieu S. Frequency of concomitant fibromyalgia in rheumatic diseases: Monocentric study of 691 patients. Seminars in Arthritis and Rheumatism. 2017; 47(1): 129-132. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.01.005>
12. Lubna A, Fakhir H. Fibromyalgia complicating disease Management in Rheumatoid Arthritis. Journal of the College of Physician and Surgeons Pakistan. 2014; 24(6): p. 424-427. Disponible en: <https://www.jcpsp.pk/archive/2014/Jun2014/12.pdf>
13. Mulkoglu C, Ayhan F. The impact of coexisting fibromyalgia syndrome on disease activity in patients with psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis: A cross sectional study. Modern Rheumatology, Japan College of Rheumatology. 2020; 31(4): p. 827-833. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14397595.2020.1823069>