



4^a EDICIÓ

REUMATOLOGIA PER METGES DE FAMÍLIA



15 I 22 DE NOVEMBRE DE 2022

Format Online

Acreditació:



Patrocinadors



Reuma

Novartis
Reumatologia



**Contigo, juntos, reimaginando la
reumatología**

Primària

Docents

Ponents:

Inés Alejandra Betancourt. Medicina Família.
EAP Nord. Sabadell.

Marta Arévalo. Servei de Reumatologia.
Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell

Joan Calvet. Servei de Reumatologia.
Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell

Sílvia Fernández. Medicina Família.
EAP Concòrdia. Sabadell.

Silvia Garcia. Servei de Reumatologia.
Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell

Alba Gómez. Medicina Família.
EAP Serraparera. Cerdanyola del Vallès.

Maria Llop. Servei de Reumatologia.
Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell

Antonio Checa. Medicina Família.
EAP Ca N'Oriac. Sabadell.

Acreditació



Activitat acreditada pel Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries - Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud¹. 09/033434-MD. Crèdits: 0,4



Programa



Horari: de 13:30 a 15:00h

Dimarts, 15 de novembre de 2022

- 13:30 – 13:40h **Benvinguda**
Dr. Enrique Casado. Servei Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell
Dra. Lúdia Palau. Suport Assistencial Vallès Occidental. Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord.
- 13:40 – 14:20h **Interpretació de les proves de laboratori i Reumatologia**
Dra. Marta Arévalo. Servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell
Dra. Inés Alejandra Betancourt. Medicina Família. EAP Nord. Sabadell
- 14:20 – 15:00h **Fenomen de Raynaud**
Dra. Sílvia Garcia. Servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell
Dra. Sílvia Fernández. Medicina Família. EAP Concòrdia. Sabadell

Dimarts, 22 de novembre de 2022

- 13:30 – 13:35h **Benvinguda i resum de la primera jornada**
Dr. Enrique Casado. Servei Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell
- 13:35 – 14:15h **Dolor lumbar: anamnesi i proves complementàries**
Dra. Maria Llop. Servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell
Dra. Alba Gómez. Medicina Família. EAP Serraparera. Cerdanyola del Vallès
- 14:15 – 14:50h **Maneig del dolor crònic**
Dr. Joan Calvet. Servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell
Dr. Antonio Checa. Medicina Família. EAP Ca N'Oriac. Sabadell
- 14:50 – 15:00h **Torn de preguntes**
- 15:00 h **Cloenda**
Dr. Jordi Gratacós. Cap de Servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell

Reuma

Primària

Objectius del curs

➤ **Objectiu general:**

- Conèixer els avenços en els mètodes diagnòstics i les novetats terapèutiques en algunes de les malalties de l'aparell locomotor més prevalents

➤ **Objectius específics:**

- Saber interpretar les principals proves de laboratori i posar-les en el context clínic del pacient.
- Aprendre a identificar el fenomen de Raynaud i conèixer l'algoritme diagnòstic i terapèutic d'aquesta manifestació.
- Revisar les malalties reumàtiques que poden manifestar-se en forma de fenomen de Raynaud.
- Saber diferenciar el dolor lumbar mecànic del dolor lumbar inflamatori a partir de diferents casos clínics i revisar les darreres recomanacions en el diagnòstic i tractament de les espondiloartritis.
- Millorar el maneig dels analgèsics a la pràctica clínica, amb especial atenció als opiacis majors.



Reuma

Novartis
Reumatologia



**Contigo, juntos, reimaginando la
reumatología**

Primària

IV CURS DE REUMATOLOGIA PER METGES DE FAMÍLIA

Dolor lumbar: anamnesi i proves complementàries

Alba Gómez Vilar. Medicina de Família. EAP Serraparera. Cerdanyola del Vallès.

Maria Llop Vilaltella. Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell.

22 Novembre 2022



Cas clínic

MALALTIA ACTUAL

Dona 33 a que consulta per **dorsolumbàlgia** d'inici subagut de 2 anys d'evolució

- Refereix que la despertava de matinada i millora amb el moviment
- No recorda desencadenant previ
- Resposta parcial a analgèsia de primer esglaió (Ibuprofè, Naproxè)
- El dolor va durar uns 5 mesos fins que va millorar
- Actualment dolor lleu (EVA 2/10)
- Des de fa 6 mesos presenta dolor a natges bilateral de predomini en costat esquerre



Cas clínic

ANTECEDENTS

- Al·lèrgies: calamicina en col·liri
- No tòxics
- No FRCV
- Antecedents quirúrgics: cap
- Antecedents patològics: uveïtis anterior aguda UD al Novembre 2020
- Antecedents socials: Natural de Cuba. Treballa en neteja. Prèviament va treballar com ballarina
- Antecedents familiars: mare amb malaltia mixta del teixit connectiu (afectació articular). Pare sa. 3 germans, 1 de ells amb hipotiroïdisme autoimmune.



Cas clínic

EXPLORACIÓ FÍSICA

- Escoliosi dorsal lleu
- Dolor a la palpació de caixa toràcica anterior
- Nº articulacions dolorides (NAD) e inflamades (NAI) 0
- No dactilitis ni entesitis
- No psoriasis



Dolor lumbar – en què ens hem de fixar?

Criterios ASAS de Dolor Lumbar Inflamatorio por Expertos (Dolor Lumbar Crónico; n=648)

Dolor mecànic o
inflamatori?

- edad al inicio < 40 años
- inicio insidioso
- mejoría con el ejercicio
- no mejoría con el reposo
- dolor nocturno (con mejoría al levantarse)

Sensibilidad: 79.6%; Especificidad: 72.4%

Dolor lumbar inflamatorio presente si se cumplen al menos 4 de los 5 parámetros.



Dolor lumbar – en què ens hem de fixar?



Antecedents
familiars?



Mare amb malaltia del teixit connectiu i germà
amb malaltia immunitària (hipotiroïdisme)

Manifestacions
perifèriques?



∅

Manifestacions
extra múscul-
esquelètiques?



Uveïtis anterior aguda Nov 2020

Dolor lumbar: proves complementàries

- Analítica (amb RFA i HLA B27)
 - 08/03/2021: HG normal, BQ normal, FR neg, VSG: 8, PCR: 0.33 mg/dl, ANA 1/80
 - 24.05.21: HG normal, BQ normal, PCR: 0,07 mg/dl, VSG: 10, HLA-B27 NEGATIU
- Prova d'imatge: Rx +/- RMN



Dolor lumbar: proves complementàries

Reuma

Primària



RX COLUMNA
DORSAL

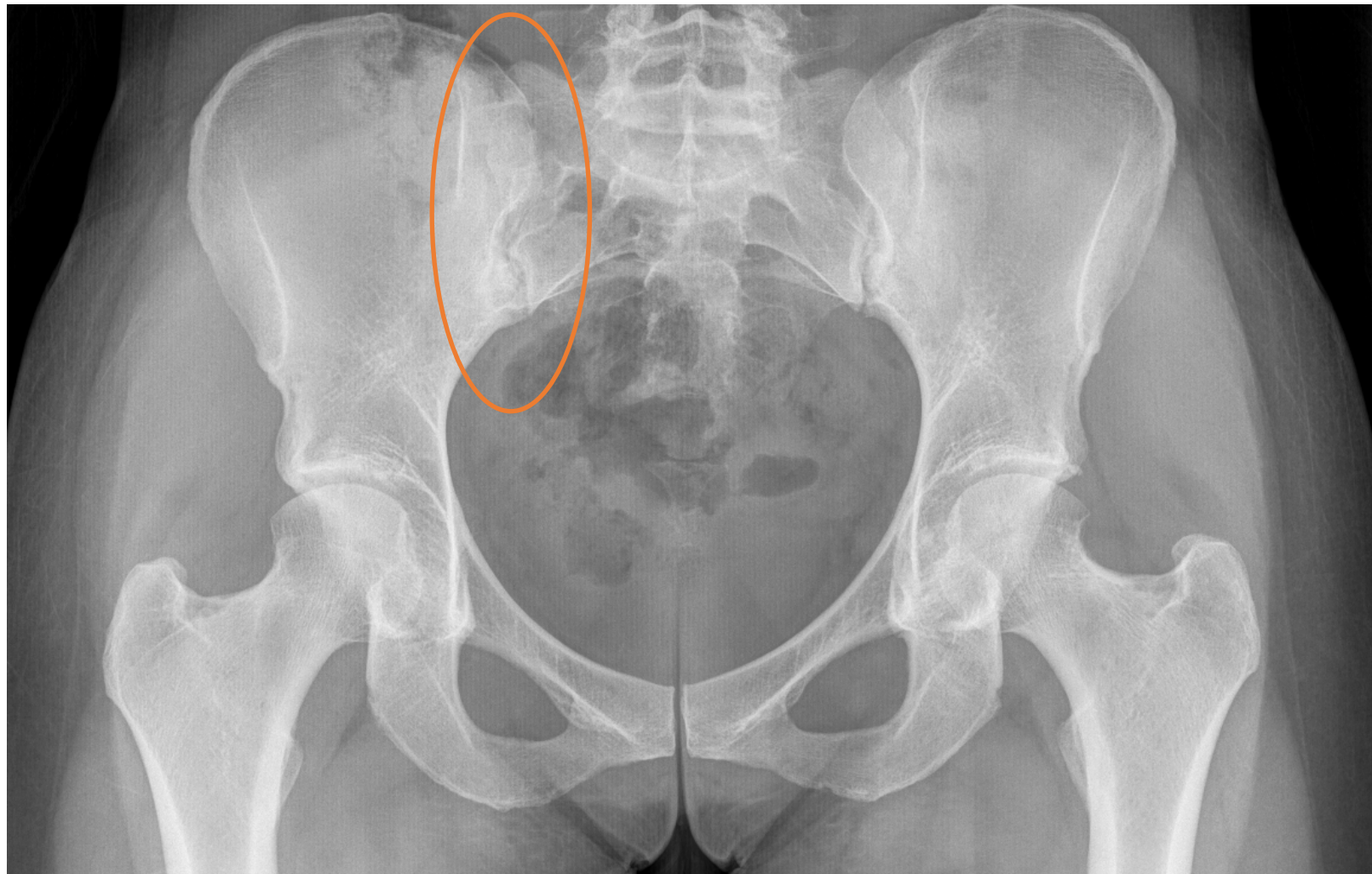
RX COLUMNA
LUMBOSACRA



Dolor lumbar: proves complementàries

RX PELVIS:

- Art. sacroilíaca dreta amb signes de **sacroiliïtis** (esclerosi i disminució de l'espai articular)
- Art. sacroilíaca esquerra amb lleu esclerosi



Reuma

Primària

Dolor lumbar: proves complementàries

RMN:
Signes compatibles
amb **sacroiliïtis**



Criterios ASAS de Clasificación para la Espondiloartritis Axial (EsP)

En pacientes con dolor lumbar ≥ 3 meses y edad de inicio < 45 años

Sacroilitis en imagen*

y

≥ 1 característica de EsP

O

HLA-B27

y

≥ 2 otras características de EsP

- *Sacroilitis en imagen
- inflamación activa (aguda) en RM altamente sugestiva de sacroilitis asociada a EsP
 - sacroilitis radiográfica definida según criterios de NY modificados

Características de EsP:

- dolor lumbar inflamatorio
- artritis
- entesitis (talón)
- uveítis
- dactilitis
- psoriasis
- enf. Crohn/colitis ulcerosa
- buena respuesta a AINE
- historia familiar para EsP
- HLA-B27
- PCR elevada

n=649 pacientes con dolor lumbar;

Global

Sensibilidad: 82.9%, Especificidad: 84.4%

Sólo brazo imagen

Sensibilidad: 66.2%, Especificidad: 97.3%

Sólo brazo clínico

Sensibilidad: 56.6%, Especificidad: 83.3%

Espondiloartritis axial

- L'espondiloartritis axial (EspAax) és una malaltia inflamatòria crònica amb símptomes predominantment axials, cursa amb inflamació principalment en les articulacions sacroilíaqües i a la columna.
- Característicament la malaltia es manifesta amb dolor i rigidesa, i pel desenvolupament de nova formació òssia que comporta l'anquilosi de l'esquelet axial.



Prevalença



Reuma

Primària

Manifestacions perifèriques



Oligoartritis de
genolls i turmells



Dactilitis



Entesitis aquilea

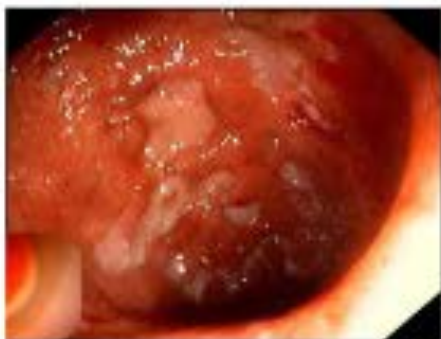
Reuma

Primària

Manifestacions extra múscul-esquelètiques



~ 25%



~ 5%



~ 10%

Reuma

Primària

Reuma

Primària

Estadío no radiològic

Estadío radiogràfic

Criterios de Nueva York modificados 1984



Rudwaleit M et al. Arthritis Rheum. 2005;52:1000-8 (con autorización).

Reuma



**Espondiloartritis no-
radiogràfica**



**Espondiloartritis
radiogràfica**

Primària

En pacientes con dolor lumbar ≥ 3 meses y edad de inicio < 45 años

Sacroilitis en imagen*

y

≥ 1 característica de EsP

O

HLA-B27

y

≥ 2 otras características de EsP

*Sacroilitis en imagen

- inflamación activa (aguda) en RM altamente sugestiva de sacroilitis asociada a EsP
- sacroilitis radiográfica definida según criterios de NY modificados

Características de EsP:

- dolor lumbar inflamatorio
- artritis
- entesitis (talón)
- uveítis
- dactilitis
- psoriasis
- enf. Crohn/colitis ulcerosa
- buena respuesta a AINE
- historia familiar para EsP
- HLA-B27
- PCR elevada

n=649 pacientes con dolor lumbar;

Global

Sensibilidad: 82.9%, Especificidad: 84.4%

Sóloamente brazo imagen

Sensibilidad: 66.2%, Especificidad: 97.3%

Sóloamente brazo clínico

Sensibilidad: 56.6%, Especificidad: 83.3%

Reuma

Síntomas

Dolor lumbar
inflamatorio



Imagen



Laboratorio

VSG/PCR

HLA-B27

Historia del paciente

Buena respuesta a AINEs

Primària

Reuma

Primària

	Sensibilidad	Especificidad	LR+	LR-
• dolor lumbar inflamatorio	71-75 %	75-80 %	3.1	0.33
• entesitis (talalgia)	16-37 %	89-94 %	3.4	0.71†
• artritis periférica	40-62 %	90-98 %	4.0	0.67†
• dactilitis	12-24 %	96-98 %	4.5	0.85†
• uveítis anterior	10-22 %	97-99 %	7.3	0.80†
• psoriasis	10-20 %	95-97 %	2.5	0.94†
• enfermedad inflamatoria intestinal	5-8 %	97-99 %	4.0	0.97†
• historia familiar positiva para EsP	7-36 %	93-99 %	6.4	0.72
• buena respuesta a AINE	61-77 %	80-85 %	5.1	0.27
• reactantes de fase aguda elevados	38-69 %	67-80 %	2.5	0.63
• HLA-B27 (afectación axial)	83-96 %	90-96 %	9.0	0.11
• Sacroilitis en RM	60-85 %	90-97 %	20.0*	0.41
• Sacroilitis (≥ grado 3) en Rx	40%	98 %	20.0*	0.61

Likelihood ratio positivo (LR+) = sensibilidad / (100 – especificidad)

Likelihood ratio negativo (LR-) = (100 – sensibilidad) / especificidad

* mejor estimación

† Se recomienda ignorar el resultado negativo de estos tests en un estadio precoz de posible EsP axial

Modificado de: Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2006;65:1251-2



Posible Algoritmo de Cribado para EsP Axial en Pacientes con Dolor Lumbar Crónico



Recomendaciones ASAS para la derivación precoz de pacientes con sospecha de espondiloartritis axial

Los pacientes con **dolor lumbar crónico (duración ≥ 3 meses)** e **inicio del dolor lumbar antes de los 45 años de edad** deberían derivarse al reumatólogo si al menos una de las siguientes características está presente:

- Dolor lumbar inflamatorio;
- HLA-B27 positivo;
- Sacroilitis en imagen si está disponible (radiografía o resonancia magnética);
- Manifestaciones periféricas (artritis, entesitis, dactilitis);
- Manifestaciones extra-articulares (psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, uveítis);
- Antecedentes familiares de EsP;
- Buena respuesta a anti-inflamatorios no esteroideos;
- Reactantes de fase aguda elevados.



Diagnòstic diferencial

- Dolor axial mecànic per patologia degenerativa
 - Fractura vertebral
 - Hiperostosis anquilosant, DISH
 - Osteïtis condensans



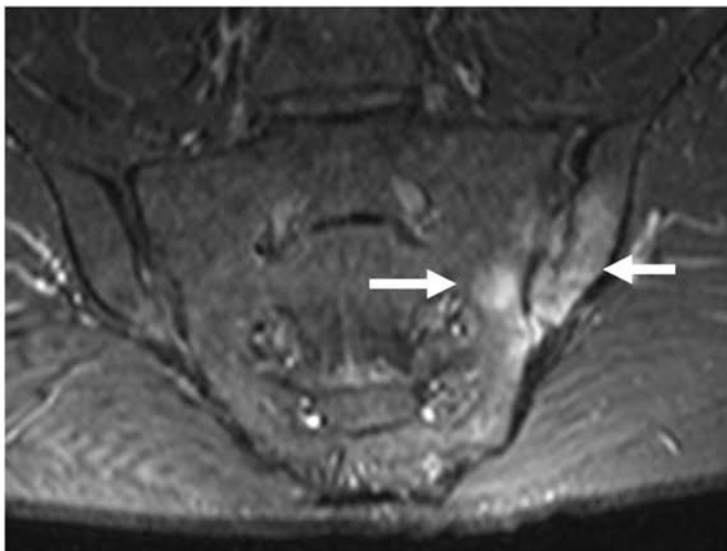
Sacroilitis Grado 0 (Normal)



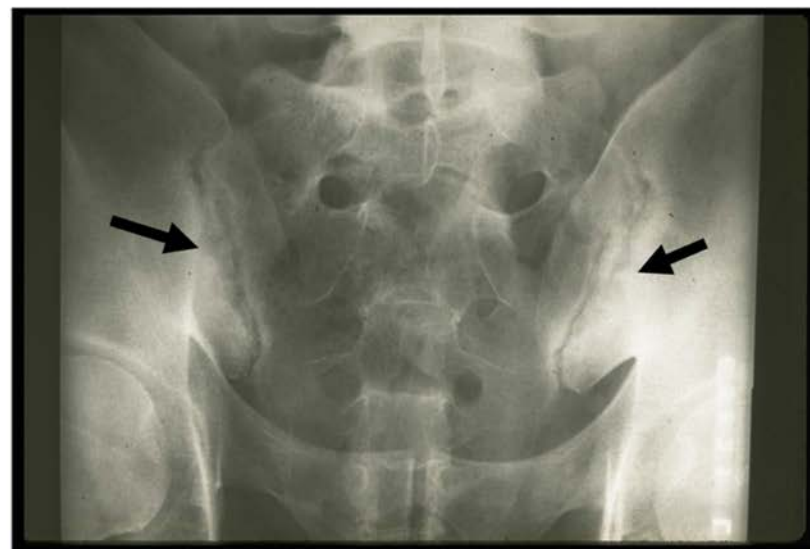
Sacroilitis Grado 4 Bilateral



Sacroilitis en RM y Rx de Pacientes con Espondiloartritis Axial



Sacroilitis inflamatoria activa sin
cambios óseos



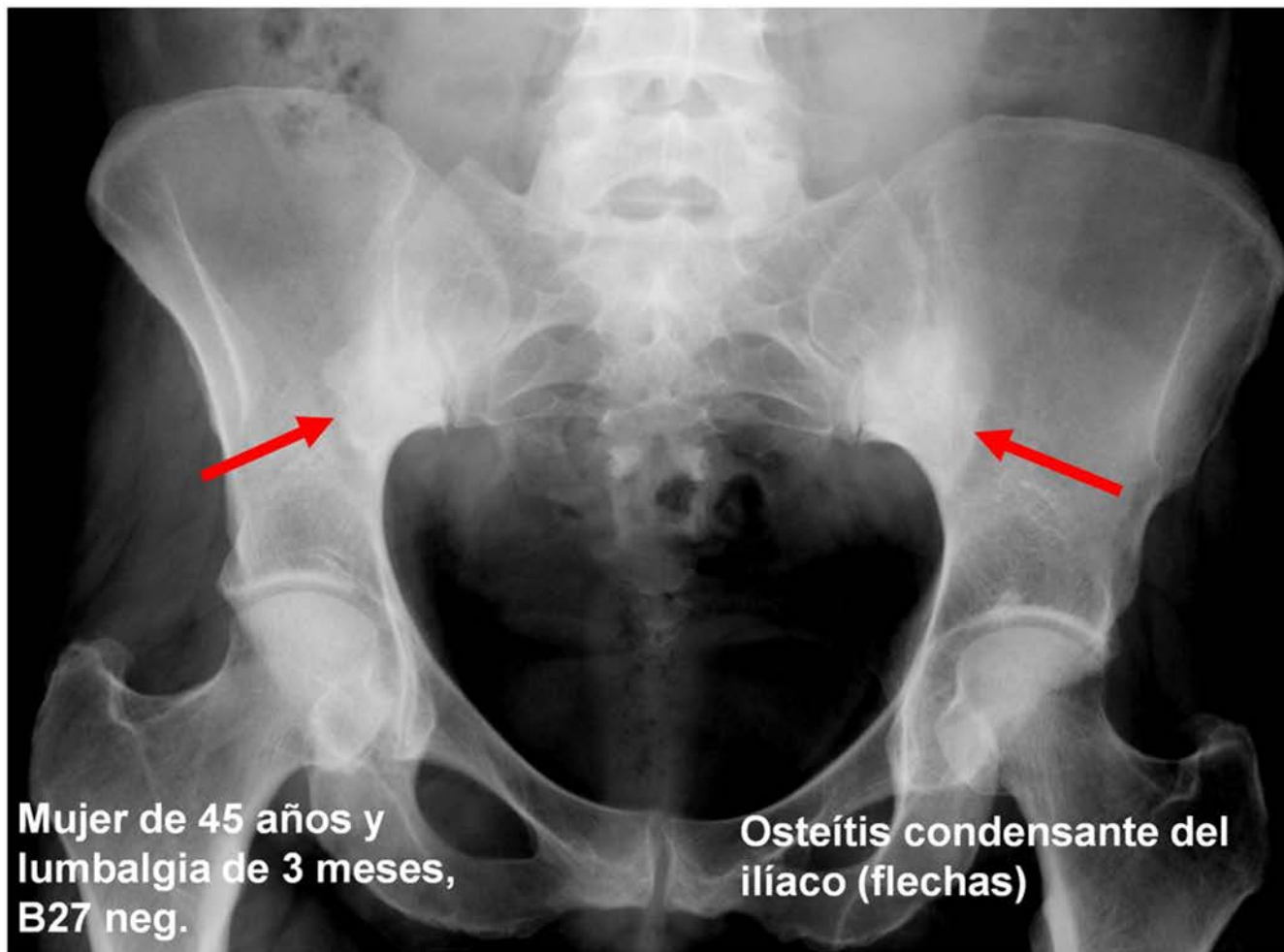
Sacroilitis con cambios
óseos (grado II)



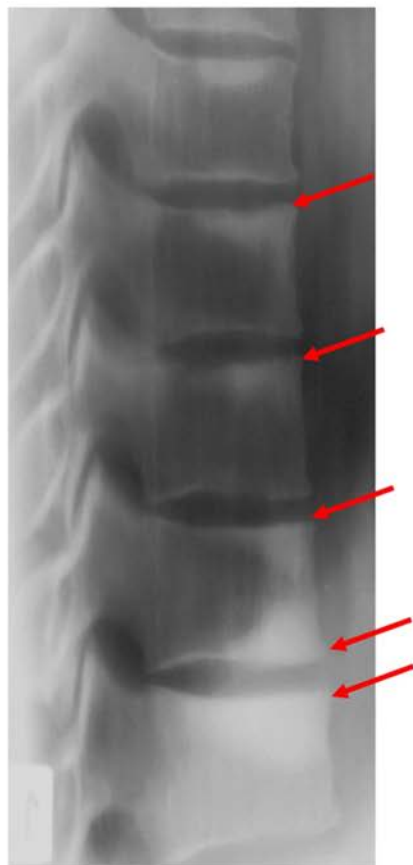
Reuma

Primària

Diagnóstico Diferencial de Sacroilitis



Evidencia de Cambios Espinales Crónicos en Espondilitis Anquilosante



Esclerosis
„ángulos
brillantes“



Sindesmofitos
(y espondilofitos)



Puentes
óseos



Hiperostosis Esquelética Idiopàtica Difusa (DISH) or Enfermedad de Forrester

Reuma

Primària

Puentes voluminosos unilaterales, espondilofitos simulando sindesmofitos mixtos



Calcificación extensa del ligamento espinal anterior



Punts claus

Davant lumbàlgia que es presenti a la consulta, valorar:

- Presència de dolor inflamatori
- Presència de manifestacions perifèriques
- Presència de manifestacions extra múscul-esquelètiques
- Demanar proves complementàries: AS (RFA, HLA B27) y/o prova d'imatge

En cas d' inici abans del 45 anys i durada d' almenys 3 mesos...

Sospita de ESPONDILOARTRITIS





Moltes gràcies!!!



Reuma

Novartis
Reumatologia

**Contigo, juntos, reimaginando la
reumatología**

Primària



Maneig del dolor crònic

Joan Calvet Fontova, MD PhD, Reumatologia, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell

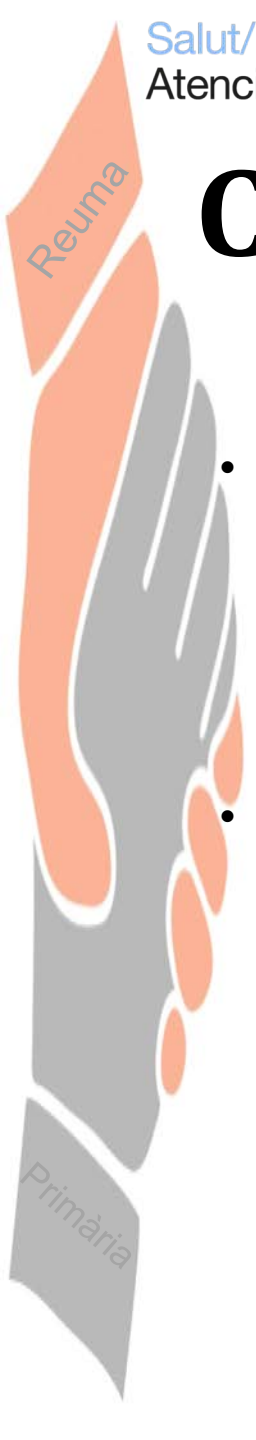
Antoni Checa Garrido, Medicina de Família, EAP Ca N'Oriach, Sabadell

Raquel Cazorla Lorenzo, Resident de Medicina de Família, EAP Ca N'Oriach, Sabadell

Data 22/11/2022

Cas clínic

- Dona de 43 anys , sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, originària de la República de Geòrgia (barrera idiomàtica important), refugiada política, arribada a Barcelona el 2018 procedent de Múrcia i que vivia al carrer
- Antecedents:
 - Hipotiroïdisme en tractament substitutiu.
 - Insuficiència venosa crònica EII (episodi de varicoflebitis al juny 2018)
 - Des de llavors en tractament ocasional amb paracetamol i/o ibuprofè



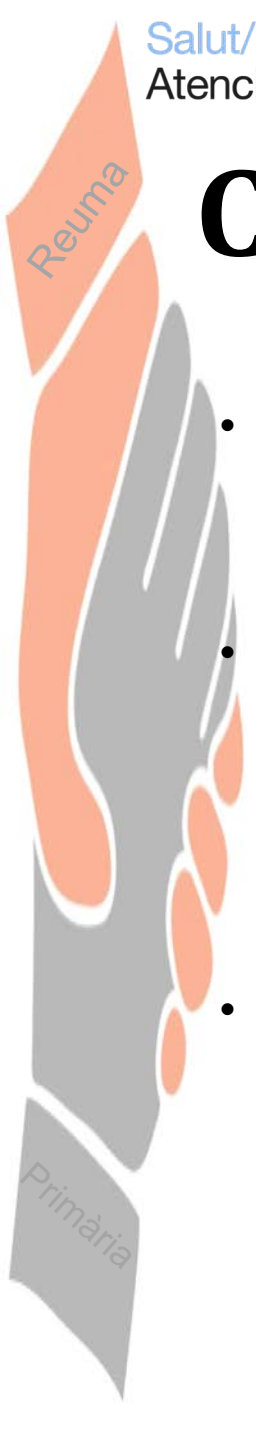
Cas clínic

- Episodis previs de lumbàlgies mecàniques (3) des de 2018
- Rx previa columna lumbar:
 - **Lumbarització** parcial de S1
 - Discrets canvis d' **espondiloartrosi lumbar** de predomini en xarnel.la dorsolumbar
- Analgèsia (paracetamol/tramadol) + rehabilitació



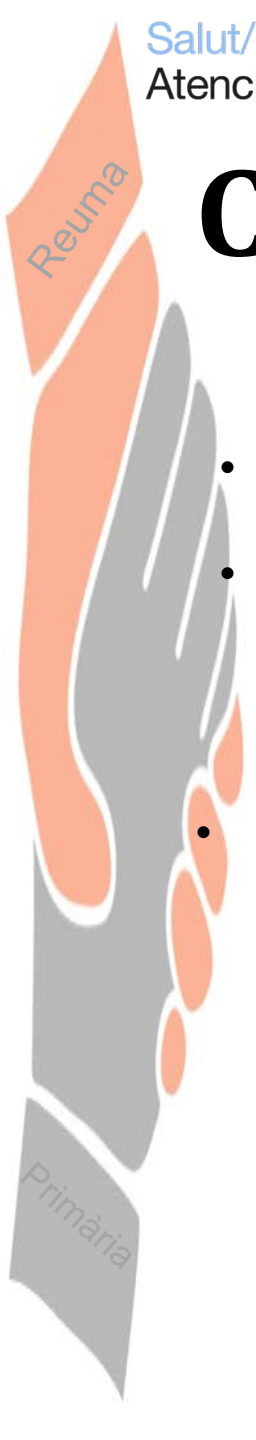
Cas clínic

- Durant la pandèmia es trasllada a Sabadell, viu sola i troba ocupació com a treballadora de la llar. Segueix amb problemes de barrera idiomàtica i es fa ajudar per intèrpret
- Consulta al febrer de 2022:
 - Dolors raquidis disseminats (lumbar i dorsals) de llarga evolució
 - Caràcter mecànic sense signes d'alerta
 - Poca resposta a tractament amb AINEs i paracetamol
- Exploració: destacava actitud escoliòtica dolor en la palpació d'espines cervicals i lumbar, dolor a l'inici de flexo-extensió i lateralitzacions cervicals, dorsàlgia amb la rotació de tronc, dolor en extensió lumbar sense irradiació neurològica a extremitats



Cas clínic

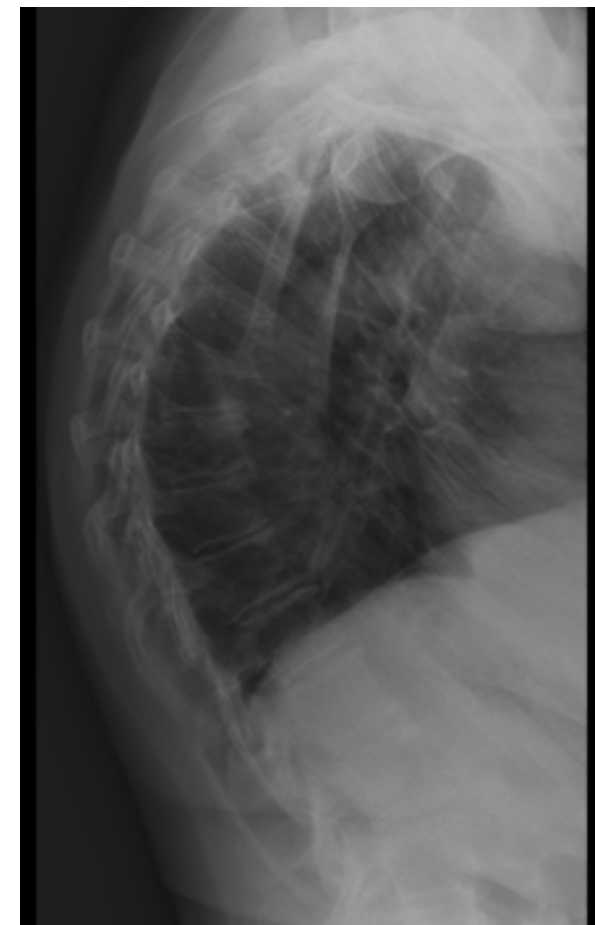
- Tipus de dolor de la pacient → nociceptiu somàtic
- No resposta a tractament amb AINEs ni paracetamol
 - Dubtes d'adherència (poques dispensacions de farmàcia, dificultat de la pacient per recordar la posologia).
- Possibles causes d'incompliment terapèutic:
 - **Situació personal, social i econòmica:** baixos ingressos, en situació de baixa laboral llarga pendent d' intervenció quirúrgica per insuficiència venosa crònica d' extremitat inferior esquerra, viu sola, la família viu a Geòrgia, barrera idiomàtica, pobra xarxa social



Reuma

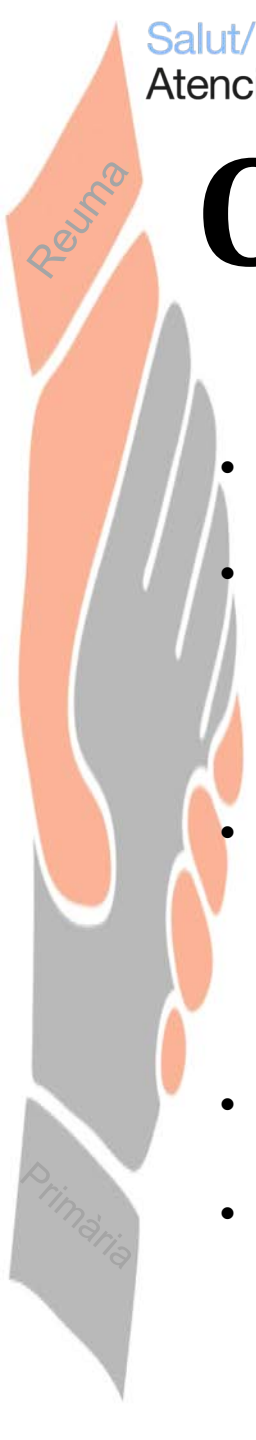
Cas clínic

Primària



Cas clínic

- Tractament:
- Intentar millorar la situació social
 - Centre Cívic del barri per a millorar la integració tant idiomàtica com social a través de les activitats que hi ofereixen.
- Tractament farmacològic
 - Adherència (intèrpret)
 - Tramadol/Paracetamol, a dosi de 75mg/650mg cada 12h
- En control al cap d'un mes canvi a naproxè + metamizol +RHB
- Curs tòrpid amb milloria parcial



Dolor crònic

- Persisteix en un període de temps superior als tres mesos de forma contínua o intermitent, més de cinc dies per setmana
- Passa de ser un símptoma a una malaltia amb entitat pròpia

Diferències entre dolor agut i crònic

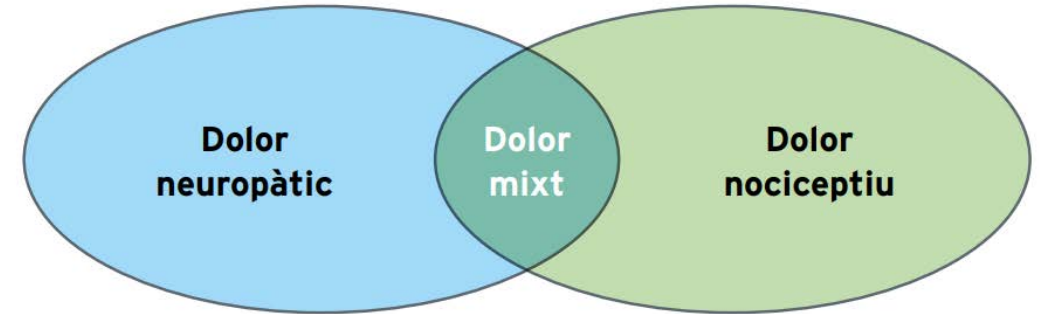
	Dolor agut	Dolor crònic
Durada	Hores-dies	Mesos (>3)-Anys
Patologia associada	Present	No sempre
Pronòstic	Previsible	Imprevisible
Problemes associats	Poc comú	Depressió, ansietat
Sistema nerviós autònom	Present	Absent
Tractament	Analgèsia	Multimodal

Font: Abordatge del dolor crònic no oncològic. Grup d'experts i Direcció de Farmàcia de la Regió Sanitària. Barcelona (CatSalut), març 2016.



Tipus de dolor

- El dolor crònic no oncològic es classifica per la seva procedència en nociceptiu, neuropàtic i mixt.



Exemples	Exemples	Exemples
Perifèric <ul style="list-style-type: none"> Neuropatia diabètica perifèrica Neuràlgia postherpètica del trigemin Síndrome del túnel carpià Dolor del membre fantasma 	<ul style="list-style-type: none"> Lumbàlgia o cervicàlgia amb radiculàlgia Dolor oncològic 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor postfractura Artrosi Dolor postoperatori visceral Còlic hepàtic/renal
Central <ul style="list-style-type: none"> Dolor neuropàtic postictus, lesió medul·lar Esclerosi múltiple 		

Font: Model d'atenció al dolor crònic a Catalunya del Departament de Salut, desembre 2010.

	1. Dolor nociceptiu		2. Dolor neuropàtic
	Dolor somàtic	Dolor visceral	
Origen	Estimulació nociceptors	Estimulació nociceptors	Lesió nerviosa
Funció nerviosa	Normal	Normal	Alterada
Localització de la lesió	Teixit (pell, múscul, os)	Vísceres (abdominal, toràctic)	Nervis
Descripció	Sord, agut, constant, ben localitzat (punta de dit)	Difús, inespecífic, difícil localització (mà), intermitent, referit	Cremer, formigueig, lancinants
Sensacions anormals	No	No	Habituals (al·lodínia, hiperalgèsia)

Dolor crònic

- La lumbàlgia és un dels motius més freqüents de consulta a AP:
 - 82% dels pacients amb dolor lumbar crònic contacten amb el seu metg@ de família en un any
 - 8 de cada 10 persones patiran algun cop a la vida un episodi de lumbàlgia
 - Primera causa d'incapacitat laboral en la població activa menor de 45 anys
- Un 10-20% de les lumbàlgies agudes evolucionaran a crònica
- Els factors de risc de cronificació són de tipus psicosocial:
 - Depressió i ansietat
 - Insatisfacció laboral
 - Treballs monòtons i ininterromputs

Segons l'etiologia, el dolor crònic presenta un origen no oncològic en més del 90% dels pacients:

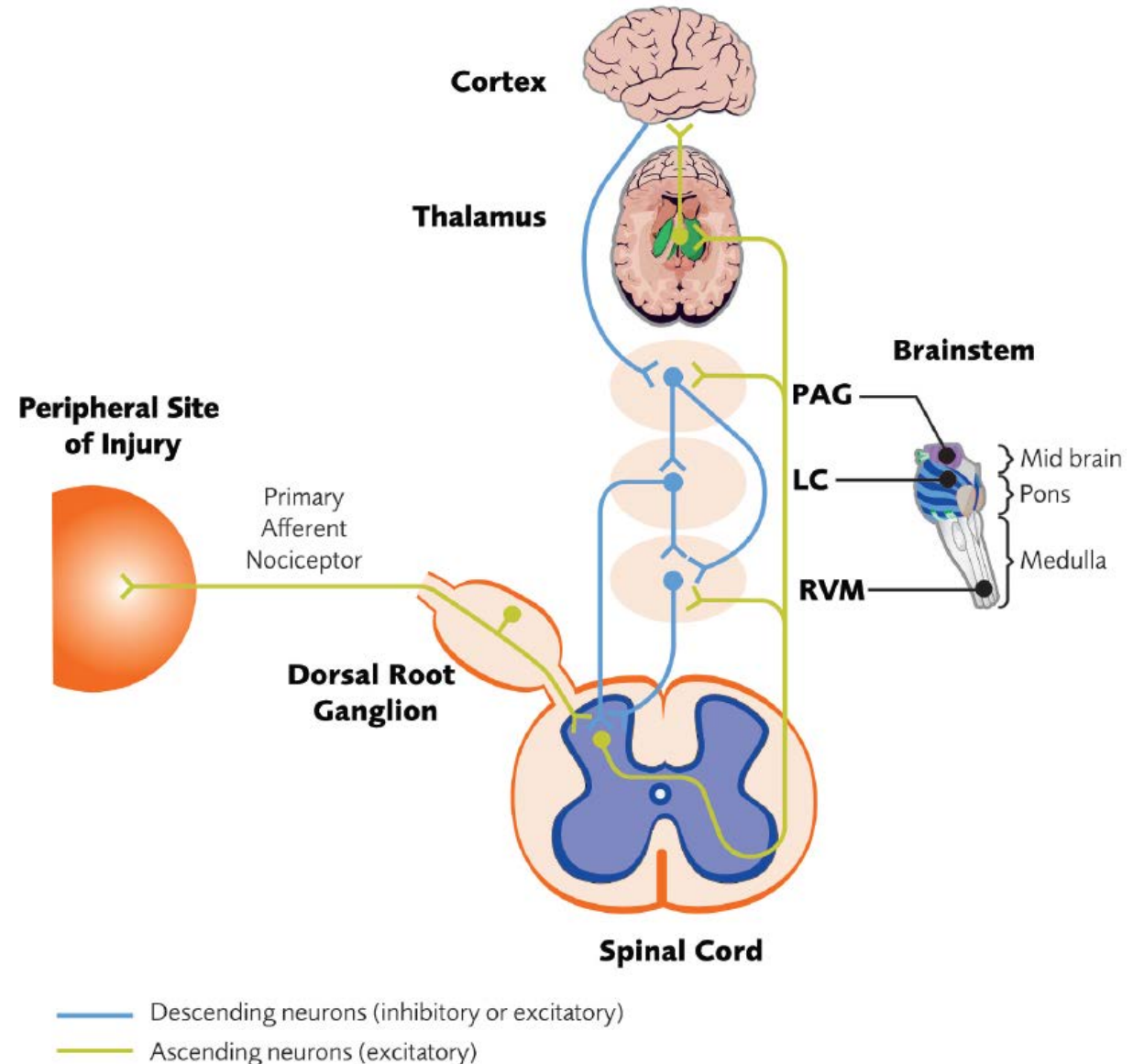
- El 70% és musculoesquelètic.
- El 10-20% és neurològic-neuropàtic.
- El 2% és dolor visceral o altres.

- En el 8% dels pacients el dolor és d'origen oncològic.

Dolor crònic

• De dolor agut a crònic

- Increment de l'excitabilitat
- Sensibilització del nociceptor perifèric
- Sensibilització del nociceptor central
- Canvis en el sistema immune adaptatiu i innat
 - Gangli de l'arrel dorsal
- Sensibilització neuronal
 - St nerviós simpàtic
- Predisposició personal

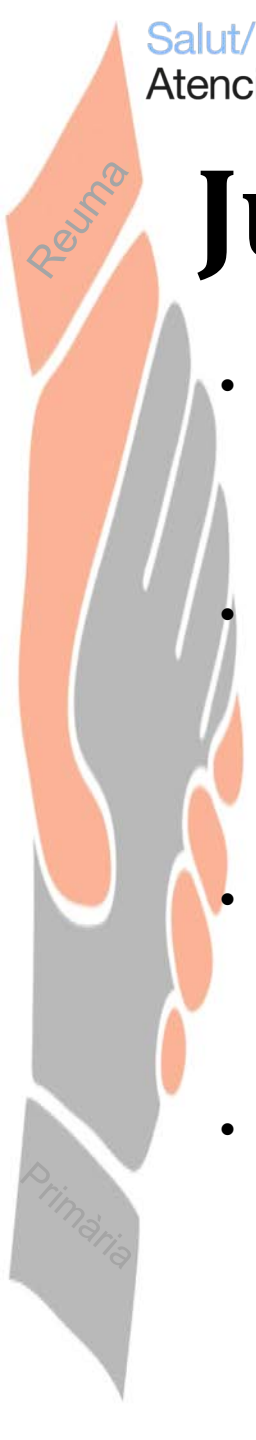


Reuma

Primària

Justificació

- El coneixement del maneig del dolor crònic per als metges d'Atenció Primària, independentment de la seva etiologia, és prioritari.
- Això és degut a l'elevada prevalença del dolor crònic, derivat de patologia osteomuscular, i del dolor neuropàtic, que generen una taxa elevada de consultes en Atenció Primària.
- El dolor crònic constitueix un important problema de salut amb elevada repercussió individual, social i econòmica
- L'OMS considera que un 20% de la població mundial pateix dolor crònic en algun grau.



Situació

- A Espanya, la freqüència de dolor crònic en població adulta:
 - 15-25% dels adults sofreixen dolor crònic en un moment donat
 - 50% en els majors de 65 anys
- “Pain Proposal “
 - Federació Europea de l'Associació Internacional de l'Estudi del Dolor (EFIC)
 - Federació Europea d'Associacions Neurològiques (EFNA)

TABLA I. RESULTADOS DEL PAIN PROPOSAL EN ESPAÑA

Prevalencia del dolor crónico	17 %
Porcentaje de pacientes aislados socialmente a causa del dolor*	27 %
Porcentaje de pacientes que tardaron más de un año en ser diagnosticados	39 %
Tiempo medio de diagnóstico	2,2 años
Porcentaje de pacientes que consideran recibir un tratamiento no adecuado	29 %
Tiempo medio en recibir un tratamiento adecuado	1,6 años
Porcentaje de pacientes descontentos con el tiempo de espera para recibir un tratamiento adecuado	48 %
Número de consultas médicas realizadas al año a causa del dolor	6,6
Media anual de días de baja laboral a causa del dolor*	14 días
Porcentaje de pacientes incapaces de trabajar a causa del dolor*	21 %
Porcentaje de médicos que expresaron su deseo de recibir formación adicional sobre el manejo del dolor crónico*	85 %

**Datos del conjunto de Europa.*

Objectius en dolor crònic

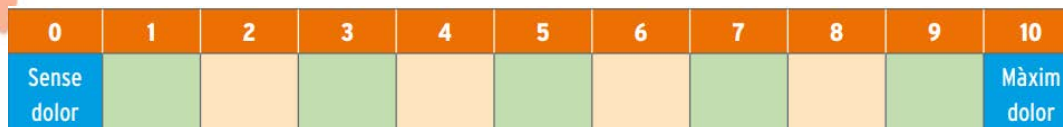
- Implicació del MAP en el tractament inicial del dolor crònic
 - Independentment del seu origen
 - Alta prevalença
 - Primer a valorar al pacient i iniciar el tractament del dolor de la manera més precoç per intentar evitar la cronificació
- L'abordatge exitós de les patologies d'alta prevalença es fonamenta en el coneixement per part dels MAPs per:
 - Optimitzar el tractament
 - Derivar a Atenció Especialitzada els pacients de risc o evolució tòrpida
 - Conèixer les opcions terapèutiques de l'Atenció Especialitzada.



Anamnesi i exploració

- Manera objectiva de registrar sistemàticament els símptomes és l'anamnesi dirigida i ordenada
 - mètodes verbals
 - escales d'avaluació del dolor
 - correcta exploració física

- Escala EVA



A	Aparició
L	Localització
I	Intensitat
C	Característiques
I	Irradiació
A	Atenuants i agreujants

Reuma

Primària

Anamnesi i exploració

- Utilització escales dolor neuropàtic
 - Es pot considerar nociceptiu quan no compleix criteris de neuropàtic
- DN4 ≥ 4
- Pain detect > 19
- Dolor neuropàtic localitzat

Entrevista		
Pregunta 1: ¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?		
	SÍ	NO
1. Quemazón		
2. Frio doloroso		
3. Calambres eléctricos		
Pregunta 2: ¿Está asociado el dolor con uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?		
4. Hormigueo		
5. Afileres y agujas		
6. Entumecimiento		
7. Picazón		
Examen físico		
Pregunta 3: ¿Está el dolor localizado en una zona donde el examen físico puede mostrar una o más de las siguientes características?		
8. Hipoestesia al tacto		
9. Hipoestesia a pinchazos		
Pregunta 4: En la zona dolorosa, el dolor es causado o incrementado por:		
10. Cepillado suave de la piel		
Por cada respuesta positiva asigne un punto, por cada respuesta negativa asigne un valor de 0 (cero). Sume los puntos; si es mayor o igual a 4 se considera que hay dolor neuropático.		
Puntuación del paciente: ---/10		

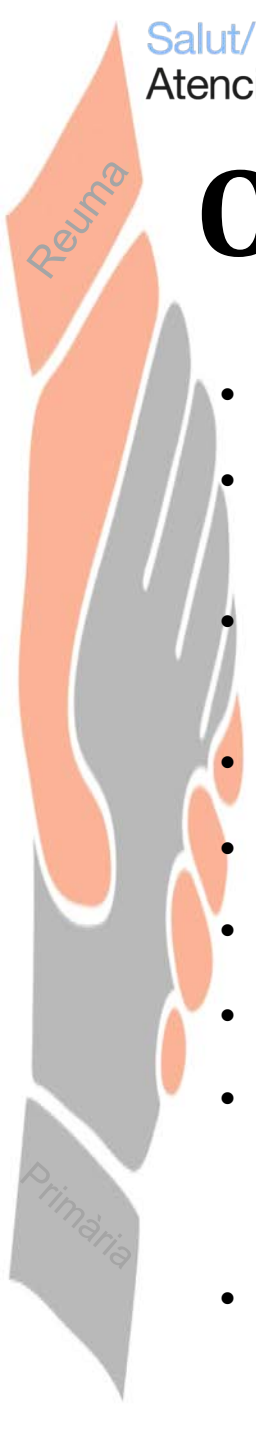
Font: Pérez C, Gálvez R, Huelbes S, Insausti J, Bouhassira D, Díaz S et al. Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or somatic component. Health Qual Life Outcomes. 2007;5(1):66.

Principal motivo de consulta		
	Sí	No
1. ¿La historia del paciente sugiere una lesión o enfermedad nerviosa relevante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Resulta coherente la distribución del dolor desde el punto de vista neuroanatómico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Muestra el examen neurológico algún signo sensorial positivo o negativo en la zona del posible nervio afectado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 x Sí → al menos Dolor Neuropático Probable		
4. ¿La zona dolorosa está delimitada y es menor que una hoja de tamaño A4?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 x Sí → al menos Dolor Neuropático Localizado Confirmado

Objectius del tractament

- 1. Individualitzar el tractament.
- 2. Negociar o pactar un pla de tractament amb el pacient, buscant l'equilibri entre alleugeriment del dolor, millora funcional i efectes adversos.
- 3. Utilitzar estratègies combinades d'abordatge del problema: tractament no farmacològic i farmacològic.
- 4. Seleccionar el tipus d'analgèsic en funció de la tipologia del dolor i de la seva intensitat.
- 5. Prioritzar la via d'administració oral.
- 6. Pautar l'analgèsia, no a demanda.
- 7. Incrementar la dosi en funció de la resposta.
- 8. Seleccionar l'estratègia de tractament segons la tipologia de pacient: fràgil, polimedicat, edat avançada i segons la seva comorbiditat: demència, insuficiència renal, insuficiència hepàtica, risc cardiovascular.
- 9. No oblidar i insistir en les mesures o abordatge preventiu (evitar: sedentarisme, obesitat).



Tractament segons classificació

Nociceptiu visceral

Nociceptiu somàtic

Neuropàtic
central-perifèric

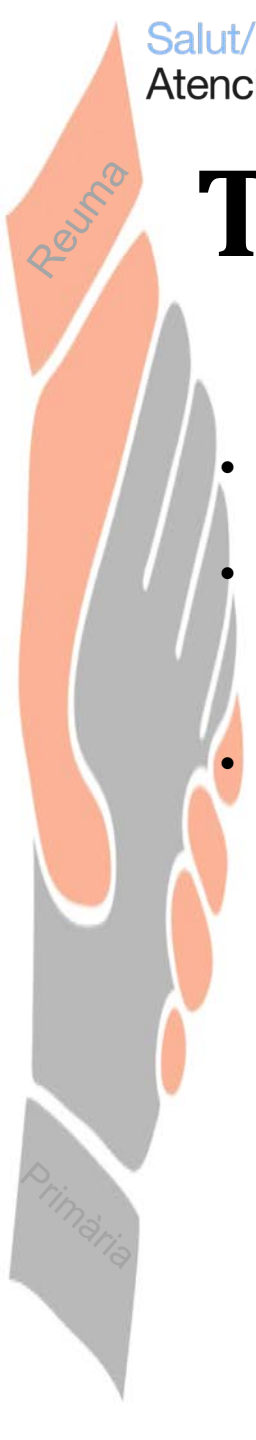
Mixt

- Divisió important:
 - abordatge diagnòstic i terapèutic,
 - perfil de resposta dels diferents fàrmacs
 - tractaments no farmacològics
- Quadres mixtos, nociceptius-neuropàtics, comparteixen característiques
- Valorar la intensitat d'aquest dolor segons característiques de
 - lleu (EVA 1-3)
 - moderat (EVA 4-6)
 - intens (EVA 7-10)



Tractament no farmacològic

- Fonamental juntament amb pactar objectius
- Intervenció psico-educativa
 - Tècniques cognitives, d'afrontament i relaxació
- Intervenció física i rehabilitadora
 - Exercici físic
 - Flexibilitat, resistència i aeròbic (ioga, Tai-Txi)
 - Teràpia física
 - Neuroestimulació, acupuntura
 - Teràpia manual



Tractament no farmacològic

- DCG: dolor crònic generalitzat; LC: lumbàlgia crònica (inespecífica). OA: artrosi/osteoartritis; AR: artritis reumatoide.
- +, Efectes positius en el dolor i/o la funció física; 0, cap efecte; X: en conflicte o falta de proves.
- TENS: estimulació nerviosa elèctrica transcutània.
- a: artrosi de genoll.
- b: efectes sobre el dolor localitzat.
- c: mans.

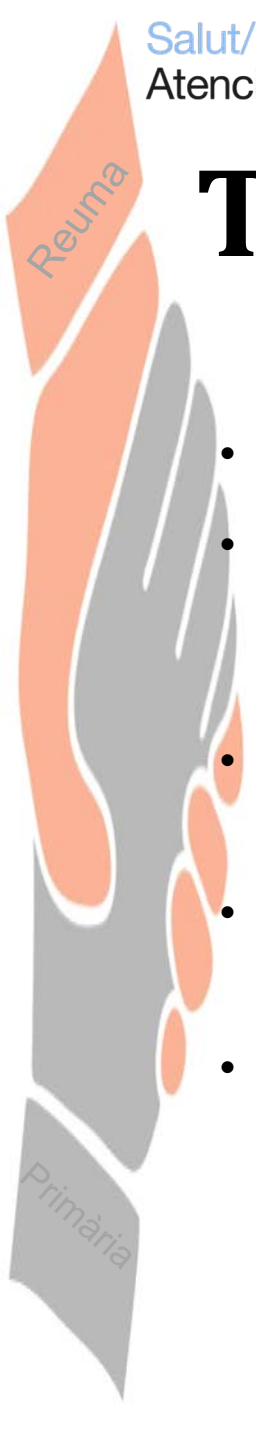
	DCG	LC	OA	AR
Activitat física	+	+	+	+
Educació del pacient	+	+	+	+
Teràpia cognitiva conductual	+	+	+	+
Programa d'exercici	+	+	+	+
Teràpia de consciència corporal, tai-txi, txi-kung	+	X	+	+
Acupuntura	X	X	+ ^a	X
TENS	+ ^b	X ^b	+ ^a	+ ^c
Ultrassó	X	X	0 ^a	+ ^c
Termoteràpia	X	X		
Gel			+ ^a	
Calor				+ ^c
Manipulació	X	+	X	X
Mobilització	X	X	X	X
Tracció	X	0	X	X
Massatge	X	X	X	X

Reuma

Primària

Tractament farmacològic

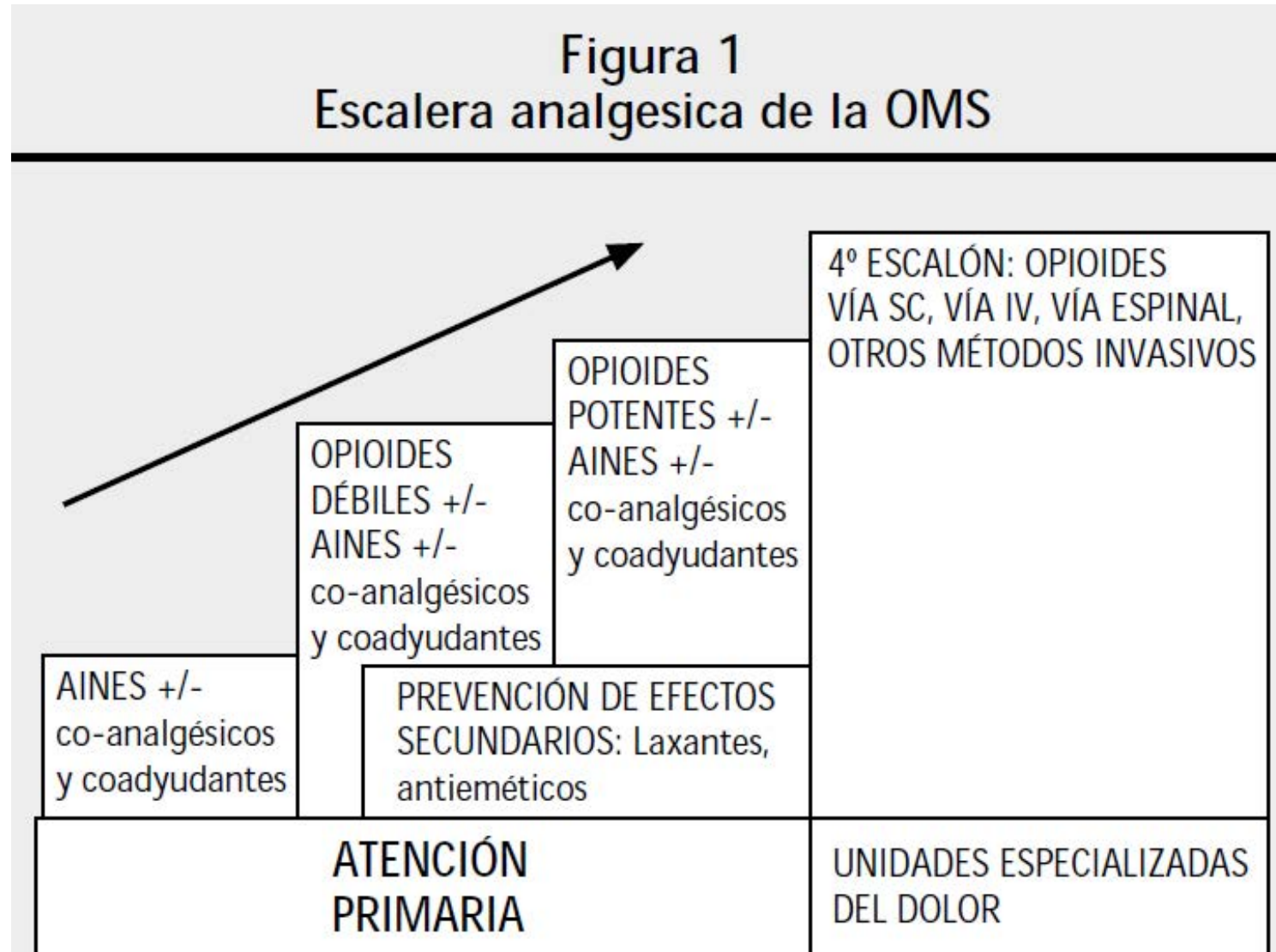
- Els **AINE i paracetamol** poden ser útils per a la **inflamació i nocicepció perifèrica**.
- Els **opioides** són potents i **eficaços** en el tractament del **dolor nociceptiu** (somàtic/visceral) i només **parcialment** eficaços en l'alleujament del **dolor neuropàtic**.
- Davant la manca d'evidència sobre l'eficàcia i seguretat dels opioides a llarg termini, es recomana **reavaluar als 3 mesos** el tractament del DCNO amb opioides.
- Els **antidepressius i els anticonvulsivants** són de **primera línia** en el dolor neuropàtic.
- Els coanalgèsics i els coadjuvants són tractaments que s'utilitzen per millorar el control del dolor.
 - Els **coanalgèsics** són fàrmacs que tenen efecte analgèsic pel seu mecanisme d'acció secundari (corticoides, antidepressius, anticonvulsivants)
 - Els **coadjuvants** són fàrmacs sense efecte analgèsic però que milloren altres símptomes que acompanyen el dolor crònic (ansiolítics, laxants, hipnòtics, etc.)



Tractament farmacològic

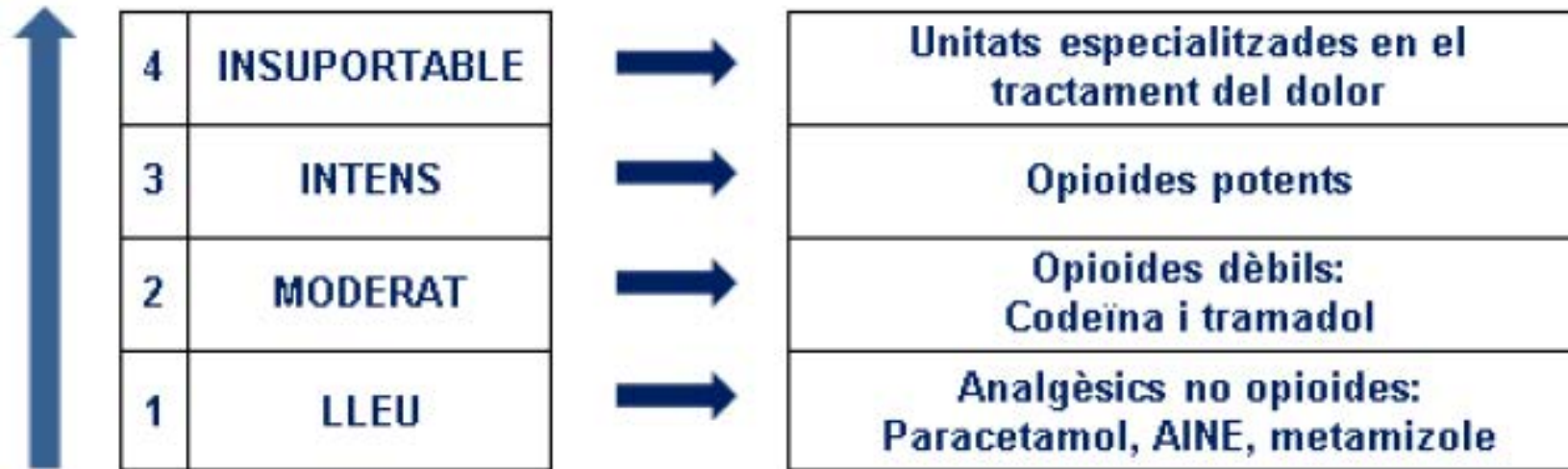
Reuma

Primària



Tractament farmacològic

CONCEPTE DE L'ASCENSOR ANALGÈSIC



Torres LM, et al. Rev Soc Esp Dolor. 2002



Tractament farmacològic

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC EN EL DOLOR NOCICEPTIU SOMÀTIC

DOLOR CRÒNIC LLEU	DOLOR CRÒNIC MODERAT - GREU	DOLOR CRÒNIC INTENS
Paracetamol Rescat* AINE/Metamizole	Paracetamol + Tramadol Rescat* AINE/Metamizole	Opioides potents +/- Paracetamol Rescat* AINE/Metamizole

És el provocat per les lesions tissulars quan afecta estructures musculoesquelètiques o cutànies. Exemples: fractures, traumatismes, artrosi i el dolor postoperatori.

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC EN EL DOLOR NOCICEPTIU VISCERAL

DOLOR CRÒNIC LLEU	DOLOR CRÒNIC MODERAT - GREU	DOLOR CRÒNIC INTENS
Paracetamol Rescat* Metamizole(**) + /- coanalgèsic	Paracetamol + Tramadol Rescat* Metamizole (**)	Paracetamol + Opiode potent Rescat* Metamizole(**) + /- coanalgèsic (antidepressiu)

És el provocat per les lesions tissulars que afecta òrgans. Exemples: dolor abdominal i el dolor postoperatori.

Tractament farmacològic

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC EN EL DOLOR NEUROPÀTIC

DOLOR CRÒNIC LLEU	DOLOR CRÒNIC MODERAT - GREU	DOLOR CRÒNIC INTENS
Amitriptilina + Rescat* Tramadol	Amitriptilina (2a. línia: Duloxetina) + /- anticonvulsivant (gabapentina, si manca resposta: pregabalina; En neuràlgia del trigemin: carbamazepina) +/- Tramadol +/- Tractament tòpic (***)	Amitriptilina (2a. línia: Duloxetina) +/- anticonvulsivant (gabapentina, i si manca de resposta: pregabalina; En neuràlgia del trigemin: carbamazepina) +/- Opioide potent +/- Tractament tòpic (***)



Tractament farmacològic

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC EN EL DOLOR MIXT

DOLOR CRÒNIC LLEU	DOLOR CRÒNIC MODERAT - GREU	DOLOR CRÒNIC INTENS
Paracetamol Corticoides Relaxants musculars + /- coanalgèsic (antidepressiu)	Paracetamol +/- coanalgèsic (antidepressiu tricíclic, anticonvulsivant) +/- tramadol +/- Tractament tòpic (***)	Paracetamol +/- coanalgèsic (antidepressiu tricíclic, anticonvulsivant) +/- opioide potent +/- Tractament tòpic (***)



Tractament farmacològic

- Paracetamol: d'elecció i més segur per dolor lleu moderat
- AINEs: útils per al dolor lleu-moderat, principalment per al no visceral, com el dolor múscul-esquelètic
 - Naproxè
 - COX-2 (dolor agut)
- Metamizol
 - De rescat en dolor visceral

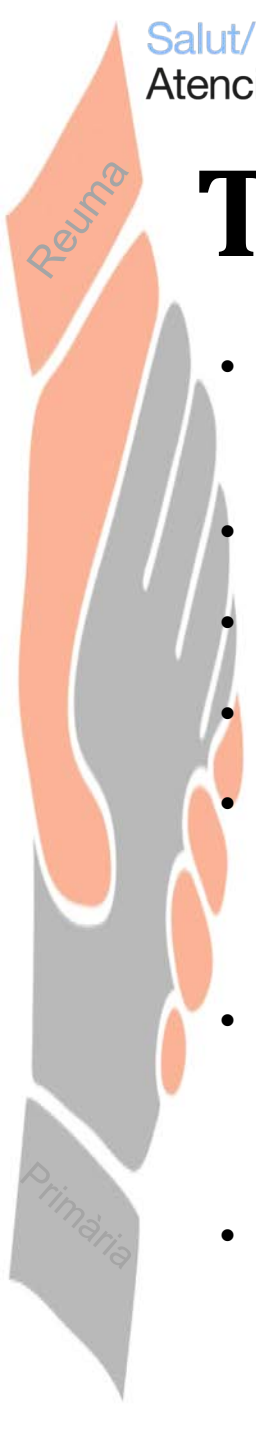
Recomanacions per reduir el risc gastrointestinal associat als AINE en funció del risc gastrointestinal (GI) i cardiovascular (CV) dels pacients ¹³			
RISC GASTROINTESTINAL			
	Baix*	Moderat*	Elevat*
Risc CV baix	AINE menys ulcerogènic, dosis eficaç més baixa possible	AINE més IBP	AINE més IBP
Risc CV alt **	Naproxèn més IBP	Naproxèn més IBP	AINE contraindicat

Reuma

Primària

Tractament farmacològic- opioides

- **L'eficàcia i seguretat** dels opioides a **llarg termini no està ben establerta** en el maneig del DCNO
 - Segona línia de tractament
- Previ al seu ús, cal haver pres de forma optimitzada paracetamol i/o AINE
- El tramadol seria el de primera elecció
- Cal fer una valoració del risc potencial d'abús o dependència abans d'iniciar tractament
- Es recomana avaluar l'eficàcia del tractament, mesurant la intensitat del dolor i canvis en la funcionalitat i qualitat de vida. **L'erradicació completa del dolor és altament improbable**, però s'hauria d'aspirar a una millora d'almenys un **30%**
- Les **dosis > 100 mg/dia** en dosi equivalent de **morfina** (DEM) incrementen el risc de sobredosi i es recomana **intensificar el control** en aquests pacients. Si no s'aconsegueix controlar el dolor amb **dosis de 180 mg/dia** en DEM, es recomana **derivar** a una unitat del dolor.
- En **canviar d'un opioide** a un altre, es recomana que la dosi inicial del nou fàrmac no excedeixi el **50-75% de la dosi prèvia**.



Tractament farmacològic- opioides

FÀRMACO	VÍA	DOSIS INICIO	RESCATES	ADVERTENCIAS
Tapentadol*	VO	50 mg/12 h	Tramadol: 50 mg/6 h	<p>-Comprimidos retard/oros: tomarse enteros, sin partir ni triturar</p> <p>-Ancianos: Ajustar dosis según aclaración hepático y/o renal, Prevención de efectos secundarios, Riesgo aumentado de depresión respiratoria.</p> <p>-Insuficiencia renal y hepática: dosis inicial: 1/3-1/2 dosis usual. Si insuficiencia severa: disminuir dosificación. En IR mejor fentanilo y en IH la morfina</p> <p>-Oxicodona, tapentadol: no en < 18 años</p> <p>-Hidromorfona: no en < 12 años</p> <p>-Parches: fiebre aumenta absorción</p> <p>-Oxicodona/Naloxona y Tapentadol: menos efectos adversos gastrointestinales</p> <p>-Tapentadol: *Efecto ahorrador μ, inhibe recapatación de Nadr *Si tto previo con tramadol < 400mg/día, comenzar con 100 mg/12 h</p>
Morfina ¹	VO, IV, SC	5-10 mg/4 h	Morfina de acción rápida: 10% dosis total diaria	
Morfina retard**	VO	10 mg/12 h		
Fentanilo***	TTS	25 μ g / 72 h	<p>-Parche 25: 5-10 mg morfina vo o 100-200 μg fentanilo Transmucoso</p> <p>-Parche 50: 10-20 morfina vo o 400 μg fentanilo Transmucoso</p> <p>-Dosis equianalgésicas fentanilo de rescate: 50 μg nasal=120 μg bucal=200 μg transmucoso</p>	
	Transmucoso	200 μ g/6 h		
	Nasal	100 μ g/6 h (1 puff)		
	Bucal	100 μ g/6 h		
	SL	50 μ g/6 h		
	IV ¹	50-100 μ g/30-60 min		
Oxicodona* rápida	VO	5 mg/ 4-6 h	<p>Si 10mg/12h: 5-10 mg morfina o 5 mg oxicodona rápida vo o 200μg fentanilo Transmucoso/ Nasal/Bucal</p> <p>Morfina de acción rápida: mismos mg que de hidromorfona</p>	
Oxicodona* retard**		5-10 mg/12 h		
Oxicodona*/Naloxona retard**		5/2,5-10/5 mg/12 h		
Hidromorfona retard**		4 mg/12 h		
Hidromorfona oros**		4 mg/24 h		
Buprenorfina	TTS	35 μ g /72 h	Buprenorfina s.l.: 0.2 mg	
	SL	0,4 mg/6h		
Meperidina ¹	IV	0,5-1 mg/kg.		

*Oxicodona y Tapentadol: indicados para dolor neuropático
 **Formulaciones retard u Oros: Se desaconsejan titular dosis, mejor usar morfina rápida vo y luego cambiar según dosis equivalentes.
 ***Tiempo de inicio acción: Transmucoso: 10 min; Nasal: 10 min; Bucal: 15 min; SL 30 min
¹ Recomendado vía: iv: para dolor agudo severo; vo: para dolor irruptivo
 TTS: Transdérmico; SL: sublingual; IV: intravenoso; VO: vía oral; SC: subcutáneo

Reuma

Primària

Tractament farmacològic- opioides

Tramadol oral (mg)		150-300		450		
Tramadol iv (mg)		100-200		300	400	
Tapentadol (mg/12 h)	50	100		300	400	500
Morfina vo/rectal (mg/24 h)	15-30	30	60	90	120-150	200
Morfina iv (mg/24 h)	5-10	10	20	30	40	80
Morfina sc (mg/24 h)	7,5-30	15	30	45	60-75	100
Morfina retard (mg/12 h)	7,5-30	15	30	45	60-75	100
Fentanilo TTS ($\mu\text{g}/72\text{ h}$)	12	25	37	50	75	100
Oxicodona ev (mg/24h)	5	10	20	30	40	80
Oxicodona retard (mg/12 h)	10	20	40	60	80	160
Oxicodona/Naloxona retard (mg/12h)	10	20	40	60	80	160
Buprenorfina TTS ($\mu\text{g}/72\text{ h}$)	20	35		52,5	70	140
Hidromorfona retard (mg/12 h)	4	8	12	15	24	40
Hidromorfona oros (mg/24 h)	8	16	24	30	48	80



Tractament farmacològic- opioides

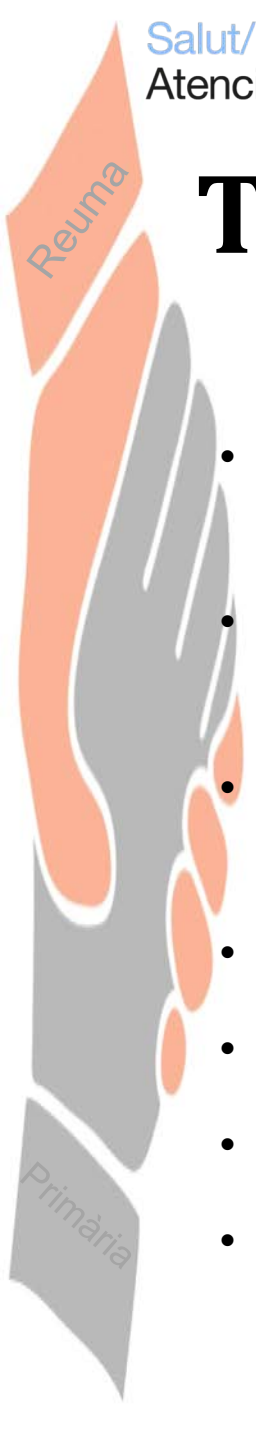
Efectes adversos més freqüents associats al tractament amb analgèsics opioides

Sistemes	Síntomes
Sistema gastrointestinal	Nàusees, vòmits, restrenyiment
Sistema nerviós autònom	Xerostomia, retenció urinària, hipotensió postural
Sistema nerviós central	Somnolència, trastorns cognitius, al·lucinacions, deliri, depressió respiratòria, mioclònies, convulsions, hiperalgèsia
Pell i teixits	Picors, suors



Tractament farmacològic coanalgèsics

- **Amitriptilina:** 10-25 mg a la nit. Incrementar gradualment segons l'efecte obtingut, fins a un màxim de 75 mg/24h¹¹
- **Gabapentina:** 300 mg/8h, i s'han d'incrementar 300 mg cada setmana fins aconseguir la mínima dosi eficaç tolerada (màxim 3.600 mg/ dia)
- **Carbamacepina:** 100 mg/12-24h i incrementar a poc a poc fins que s'instauri l'analgèsia (generalment 200mg 3-4 vegades al dia);
- **Duloxetina:** 30 mg amb augment a 60-120 mg
- **Pregabalina:** inici a 25 mg i augment fins 75-150 mg/12h fins 300 mg/12h
- **Capsaicina tòpica**
- **Lidocaína tòpica**



Tractament farmacològic

• **COMPTE**

- Pacient ancià → fragilitat
- Polimedicació → interaccions
- Insuficiència renal
- Patologia hepàtica
- Malalties cardíaco-respiratòries
- Malalties cerebrals o cerebro-vasculars, alteracions cognitives



Effectiveness and safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs and opioid treatment for knee and hip osteoarthritis: network meta-analysis.

Bruno R da Costa et al; BMJ 2021;375:n2321

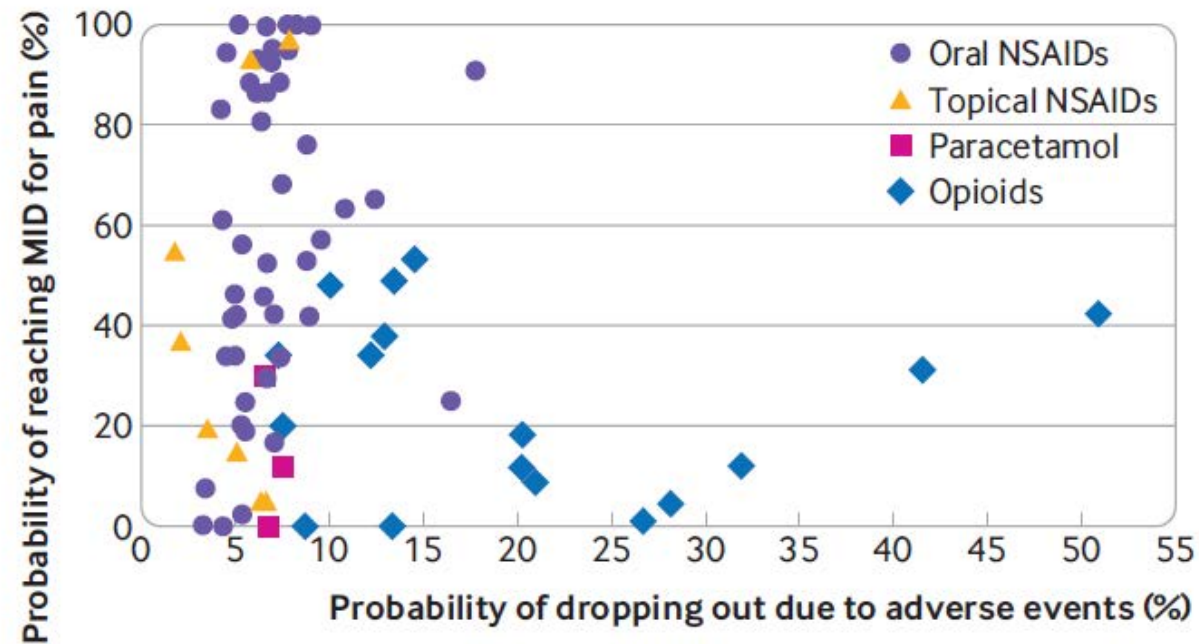


Fig 4 | Two-dimensional graph showing probability of drugs having minimum clinically important difference compared with oral placebo and probability of participants interrupting treatment due to adverse event. Probability of participants on oral placebo dropping out due to adverse event is 5%. MID=between group minimum clinically important difference; NSAID=non-steroidal anti-inflammatory drug



Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients With Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain. The SPACE Randomized Clinical Trial

JAMA. 2018;319(9):872-882

Outcome	Opioid Group, Mean (SD) (n = 119)	Nonopioid Group, Mean (SD) (n = 119)	Between-Group Difference (95% CI) ^a	Overall P Value ^b
Pain-Related Function (Primary Outcome)				
BPI interference scale (range, 0-10; higher score = worse) ^c				
Baseline	5.4 (1.8)	5.5 (2.0)	-0.1 (-0.6 to 0.4)	.58
3 mo	3.7 (2.1)	3.7 (2.2)	0.0 (-0.6 to 0.6)	
6 mo	3.4 (2.1)	3.6 (2.4)	-0.2 (-0.8 to 0.4)	
9 mo	3.6 (2.2)	3.3 (2.4)	0.4 (-0.2 to 1.0)	
12 mo	3.4 (2.5)	3.3 (2.6)	0.1 (-0.5 to 0.7)	
Pain Intensity (Secondary Outcome)				
BPI severity scale (range, 0-10; higher score = worse) ^d				
Baseline	5.4 (1.5)	5.4 (1.2)	0.0 (-0.4 to 0.3)	.03
3 mo	4.3 (1.8)	4.0 (1.7)	0.3 (-0.2 to 0.7)	
6 mo	4.1 (1.8)	4.1 (1.9)	0.0 (-0.5 to 0.5)	
9 mo	4.2 (1.7)	3.6 (1.7)	0.7 (0.2 to 1.2)	
12 mo	4.0 (2.0)	3.5 (1.9)	0.5 (0.0 to 1.0)	

Table 3. Adverse Outcomes and Measures of Potential Misuse Among Patients With Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain Randomized to Opioid vs Nonopioid Medication

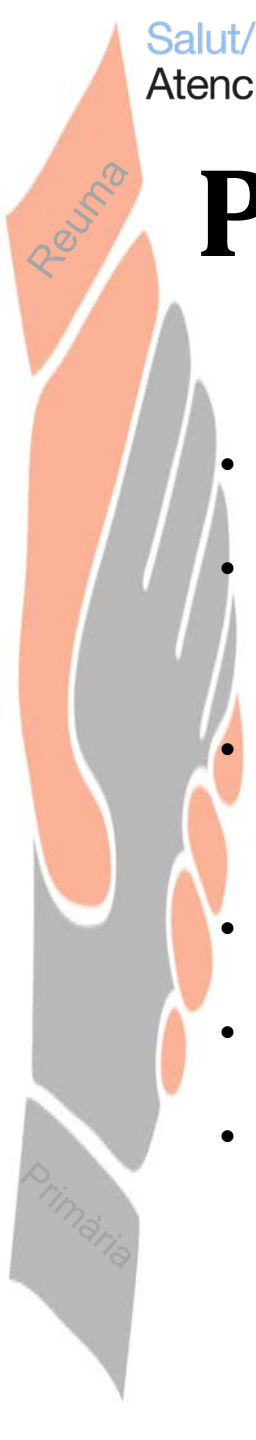
Outcome	Opioid Group	Nonopioid Group	Between-Group Difference (95% CI) ^a	P Value
Primary Adverse Outcome				
Medication-related symptom checklist (0-19; higher score = worse), mean (SD) ^b				
Baseline	1.2 (1.9)	1.2 (1.9)	0.0 (-0.5 to 0.5)	.03 ^c
3 mo	2.3 (2.5)	1.3 (1.8)	1.0 (0.5 to 1.6)	
6 mo	2.1 (2.7)	1.3 (2.3)	0.7 (0.1 to 1.4)	
9 mo	1.9 (2.8)	0.9 (1.9)	1.0 (0.4 to 1.6)	
12 mo	1.8 (2.6)	0.9 (1.8)	0.9 (0.3 to 1.5)	

Outcome	Opioid Group, Mean (SD) (n = 119)	Nonopioid Group, Mean (SD) (n = 119)	Between-Group Difference (95% CI) ^a	Overall P Value ^b
MIDAS headache disability (range, 0-270; higher score = worse)^h				
Baseline	6.1 (16.5)	6.1 (16.2)	-0.1 (-4.2 to 4.1)	.82
6 mo	3.8 (12.6)	5.5 (18.8)	-1.7 (-6.0 to 2.5)	
12 mo	3.7 (11.6)	3.2 (11.6)	-0.5 (-2.7 to 3.6)	
ASEX sexual function (range, 5-30; higher score = worse)ⁱ				
Baseline	17.4 (5.6)	17.7 (6.0)	-0.3 (-1.8 to 1.3)	.49
12 mo	17.9 (6.0)	19.0 (6.5)	-1.1 (-2.8 to 0.7)	
MFI general fatigue (range, 4-20; higher score = worse)^j				
Baseline	13.8 (3.8)	12.8 (4.1)	1.0 (-0.0 to 2.0)	.68
6 mo	12.7 (3.9)	12.5 (4.3)	0.2 (-0.9 to 1.3)	
12 mo	12.5 (3.9)	12.0 (4.4)	0.6 (-0.6 to 1.7)	
MFI mental fatigue (range, 4-20; higher score = worse)^j				
Baseline	10.0 (4.2)	9.6 (4.7)	0.4 (-0.7 to 1.6)	.39
6 mo	9.0 (4.2)	9.3 (4.4)	-0.3 (-1.4 to 0.9)	
12 mo	9.2 (3.9)	9.3 (4.3)	0.1 (-1.3 to 1.0)	
MFI physical fatigue (range, 4-20; higher score = worse)^j				
Baseline	13.6 (4.1)	12.9 (4.1)	0.7 (-0.3 to 1.8)	.73
6 mo	12.9 (4.4)	12.5 (4.5)	0.4 (-0.8 to 1.5)	
12 mo	12.4 (4.3)	11.8 (4.3)	0.7 (-0.5 to 1.9)	
MFI reduced activity (range, 4-20; higher score = worse)^j				
Baseline	11.4 (4.1)	10.9 (4.6)	0.5 (-0.7 to 1.6)	.74
6 mo	10.6 (4.6)	10.5 (4.5)	0.2 (-1.0 to 1.4)	
12 mo	10.6 (4.2)	10.3 (4.5)	0.3 (-1.0 to 1.5)	
MFI reduced motivation (range, 4-20; higher score = worse)^j				
Baseline	9.8 (3.6)	8.8 (3.8)	1.0 (0.0 to 2.0)	.09
6 mo	9.1 (3.6)	8.9 (4.0)	0.2 (-0.8 to 1.2)	
12 mo	8.6 (3.2)	8.8 (3.7)	-0.2 (-0.7 to 1.6)	



Per endur-se a casa

- El dolor crònic és de les principals causes de consulta en AP
- El dolor crònic constitueix un important problema de salut amb elevada repercussió individual, social i econòmica
- El coneixement del maneig del dolor crònic per part dels metges d'Atenció Primària, independentment de la seva etiologia, és prioritari
- Cal establir unes expectatives realistes en iniciar el tractament
- El tractament no farmacològic és el pilar fonamental
- Alguns casos poden beneficiar-se de tècniques invasives o derivació a unitats especialitzades





Reuma

Novartis
Reumatologia

**Contigo, juntos, reimaginando la
reumatología**

Primària