



**Evaluación
del dolor en
Reumatología**
(EVADOR)

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN REUMATOLOGÍA



EVALUACIÓN DEL DOLOR EN REUMATOLOGÍA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

Madrid, marzo de 2017

© 2017 Sociedad Española de Reumatología (SER).
Marqués del Duero, 5 - 1º. 28001 Madrid, España.

Editado por Fundación Española de Reumatología
Patrocinado por Grünenthal Pharma, S. A.

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Para citar esta monografía:

Plana Veret C, Seoane Mato D, Gobbo Montoya M, Vidal Fuentes J.
Evaluación del dolor en Reumatología. Estudio EVADOR.
Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2017.

ISBN: 978-84-697-2872-7

Depósito legal: M-16819-2017

Diseño y maquetación: DiScript Preimpresión, S. L.

COMITÉ CIENTÍFICO DEL ESTUDIO EVADOR

Javier Vidal Fuentes (investigador principal)
Unidad de Dolor Reumático. Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Guadalajara

Jesús Tornero Molina
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara

Milena Gobbo
Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología

INVESTIGADORES DEL ESTUDIO EVADOR

H. Universitario Reina Sofía
Miguel Ángel Caracuel, Alejandro Escudero, Desirée Ruiz, Pilar Font

H. Clínico de Granada
Ricardo Sánchez Perea

H. Universitario de La Paz
Miguel Bernad

H. Carlos Haya
Antonio Fernández Nebro, M^a Ángeles Belmonte López, Virginia Coret Cagigal,
Antonio Ponce.

H. Clínico Universitario de Málaga (Virgen de la Victoria)
Rosa García Portales, Manuel de Haro Liger.

H. Universitario Central de Asturias
José Luis Ballina, José Luis Riestra Noriega, Sara Alonso Castro

H. Universitario de Canarias
Sagrario Bustabad, M. Vanesa Hernández Hernández

H. de Sierrallana
Jaime Calvo

H. General de Ciudad Real
José Luis Cuadra

H. de Guadalajara
Javier Vidal

H. Virgen de la Salud
Juana Sampedro Álvarez, Isabel-Pastora Granados Bautista, Daniel Pielfort Garrido,
Ángela García Aparicio, Rebeca Belmonte, Azucena Hernández Sanz, José Santos Rey Rey

H. Univ. De Salamanca

Javier del Pino, Cristina Hidalgo Calleja, Susana Gómez Castro,
Carlos Montilla Morales, María Dolores Sánchez González

H. Vall d' Hebron

Cayetano Alegre, Juanjo de Agustín

H. del Mar

Manuel Ciria Recasens, Miguel Ángel Campillo

H. Sant Pau y Santa Creu

César Díaz Torné, Arturo Rodríguez

H. Sagrado Corazón (Sagrat Cor)

Antonio Renau Domingo, Javier García Miguel

H. Santa M^a de Lleida

Nuria Montalá Palau, Montserrat Conde Seijas

H. Universitario de Ceuta

Gaspar Pérez Lidón, Noelia Vázquez Fuentes

H. Virgen del Puerto

Miguel Angel Abad, María Torresano, María del Puerto

H. Comarcal Monforte

Víctor Quevedo Vila

H. 12 de Octubre

Esther Rodríguez Almaraz, Rosa González Crespo, Beatriz Joven

H. Ramón y Cajal

Marcelino Revenga, Javier Bachiller

H. Universitario de Fuenlabrada

Miguel Cantalejo Moreira, Raúl Veiga Cabello, Pilar Navarro Alonso, Alberto Díaz Oca

H. Clínico San Carlos

Gloria Candelas

H. de Móstoles

Virginia Villaverde

H. de la Arrixaca

Alberto Bermúdez, María José Moreno

H. de Cruces

Javier Duruelo Echevarrieta, Elena Garmendia Sánchez

H. de Elche

José Antonio González Ferrández, Francisco Javier Navarro Blasco,
José Raúl Noguera Pons, Juan Víctor Tovar Beltrán

H. Marina Baixa

Esteban Salas Heredia, Gregorio Santos Soler

H.C.U de Valencia

Pilar Trenor, Noelia Abdilla

H. Gral. De Castellón

Miguel Ángel Belmonte

H. 9 de Octubre

Rafael Belenguer

H. Arnau de Vilanova

Juan Antonio Castellano Cuesta, Nagore Fdez. Llanio,
Aida Ezzeddine Angulo

Fundación H. de Calahorra

Miguel Angel Polo, Jordi Pons Dolset

AUTORES DE LA MONOGRAFÍA

Carlos Plana Veret

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona

Daniel Seoane Mato

Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología

Milena Gobbo Montoya

Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología

Javier Vidal Fuentes.

Unidad de Dolor Reumático. Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Guadalajara

AGRADECIMIENTOS

A Alejandro Balsa Criado y Federico Díaz González, por la lectura crítica de esta monografía.

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	13
1. INTRODUCCIÓN.....	15
2. OBJETIVOS.....	19
3. METODOLOGÍA.....	21
3.1. Diseño.....	21
3.2. Población de estudio y selección de participantes.....	21
3.3. Variables.....	23
3.4. Control de calidad y aspectos éticos.....	25
3.5. Período de estudio.....	25
3.6. Análisis estadístico.....	26
4. RESULTADOS.....	27
4.1. Proceso de reclutamiento de pacientes. Composición de la muestra por tipo de consulta.....	27
4.2. Características de los médicos participantes.....	28
4.3. Resultados de la visita basal.....	28
4.3.1. Características sociodemográficas.....	28
4.3.2. Hábitos de vida.....	28
4.3.3. Comorbilidad.....	30
4.3.4. Incapacidad laboral.....	32
4.3.5. Depresión y ansiedad.....	32
4.3.6. Catastrofización.....	33
4.3.7. Calidad de vida relacionada con la salud.....	34
4.3.8. Descripción del dolor.....	35
4.3.8.1. Prevalencia e intensidad.....	35
4.3.8.2. Localización.....	36
4.3.9. Caracterización del dolor dominante.....	37
4.3.9.1. Tipo y duración.....	38
4.3.9.2. Patrón.....	39
4.3.9.3. Localización.....	39
4.3.9.4. Enfermedad reumatológica asociada al dolor dominante.....	41

4.3.10.	Tratamientos.....	43
4.3.10.1.	Tratamiento de las comorbilidades	43
4.3.10.2.	Tratamiento farmacológico e intervencionista del dolor	43
4.3.10.3.	Tratamiento no farmacológico del dolor	46
4.3.10.4.	Tratamiento del dolor prescrito en la visita.....	46
4.3.11.	Percepción de dolor controlado y satisfacción con el tratamiento	48
4.4.	Resultado de la visita de seguimiento	49
4.4.1.	Intensidad del dolor	49
4.4.2.	Cambios en el tratamiento y adherencia terapéutica	50
4.4.3.	Percepción de dolor controlado y satisfacción con el tratamiento	52
4.4.4.	Cambio clínicos relevantes	53
4.4.5.	Depresión y ansiedad	53
4.4.6.	Catastrofización.....	55
4.4.7.	Calidad de vida relacionada con la salud	56
4.5.	¿Existen diferencias a partir de los 65 años?	56
4.6.	Comparación entre pacientes según la intensidad del dolor	57
4.7.	Diferencias en dolor, calidad de vida y estado emocional según tipo de patología reumática	59
5.	DISCUSIÓN.....	63
	BIBLIOGRAFÍA.....	67

PRÓLOGO

El dolor es el síntoma fundamental que conduce a nuestros pacientes a la consulta del reumatólogo. Aunque la intención última de nuestra actuación profesional es diagnosticar y tratar eficazmente la enfermedad, desafortunadamente no nos es posible eliminar por completo la experiencia del dolor en una proporción importante de enfermos.

Por ello, es tan relevante el estudio EVADOR, un ambicioso proyecto que nos permite disponer de una descripción detallada de la realidad del dolor en el paciente que es atendido en nuestras consultas. Una experiencia que afecta al 85 % de nuestros enfermos en el momento de la consulta y al 95 % de los mismos en algún punto evolutivo de la enfermedad, según datos del propio estudio EVADOR. La investigación ha contemplado todos los aspectos que rodean al dolor en el paciente reumático, los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, así como el impacto del dolor en las diferentes esferas vivenciales del individuo. Nos debe mover a la reflexión el dato de que un 40% de los pacientes no consideran su dolor aceptablemente controlado a pesar de nuestros esfuerzos terapéuticos, lo que plantea un formidable reto.

Sin duda, el estudio EVADOR representa una foto panorámica y detallada del dolor en nuestros pacientes de la segunda década del siglo XXI y será un estudio de referencia en el futuro. Este ambicioso proyecto no habría sido posible sin el liderazgo del Dr. Vidal y del resto del comité científico a los que quiero manifestar mi profundo reconocimiento, así como a Grünenthal Pharma S.A, compañía líder en dolor, por un patrocinio que ha hecho posible este proyecto.

Estoy convencido de que EVADOR será una herramienta fundamental para identificar necesidades no cubiertas, planificar acciones que conduzcan al mejor control de este síntoma capital y proporcionar calidad de vida y resultados favorables en salud a nuestros pacientes.

Madrid, abril de 2017

Dr. José Luis Andréu Sánchez

Presidente Sociedad Española de Reumatología

1 INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define esta entidad como una experiencia sensorial subjetiva y emocional desagradable, asociada con una lesión presente o potencial (IASP, 2011). Es por tanto un concepto multidimensional, que implica tres dimensiones básicas: la dimensión sensorial-discriminativa, que hace referencia a la transmisión de estimulación nociva (térmica, mecánica....) que activa los nociceptores y el sistema neurosensorial nociceptivo, explica la intensidad del dolor y su localización; la dimensión afectivo-motivacional, que se refiere a la caracterización que la persona hace del dolor como desagradable o nocivo, se encuentra asociada con estados de ansiedad y con respuestas de escape y/o evitación; y finalmente, la dimensión cognitivo-evaluativa, que se refiere al papel que las variables como la atención, las creencias y los pensamientos tienen sobre el dolor y que pueden afectar a las anteriores dimensiones (1).

La experiencia de dolor resulta de la interacción de factores fisiológicos, genéticos, cognitivos, afectivos, conductuales, culturales, sociales y familiares (2). Ningún factor, por sí sólo, explica adecuadamente las causas de dolor crónico.

Por dolor crónico se entiende (también según la IASP) aquél que carece de valor biológico (defensa) aparente y que persiste más allá del tiempo habitual necesario para la reparación tisular, tres meses normalmente (3, 4). Su patogenia es compleja y comporta cambios neuro-bioquímicos y estructurales en el sistema nervioso central, con pérdida de protagonismo de la propia lesión y del estímulo doloroso (5). Todo ello hace que la vivencia del dolor crónico sea capaz de provocar deterioro relacional (en lo personal, familiar, social) y funcional (tanto laboral como en actividades diarias), y conlleve notables costes asistenciales y laborales (5, 6).

Las enfermedades reumáticas son la causa más frecuente de dolor crónico no maligno (7-11). Según la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2011 (12), un 18,29% de la población española refirió estar diagnosticado de artritis, artrosis o reumatismo, y el 34,49% de dolor de espalda de crónico (cervical o lumbar), con una prevalencia superior a cualquier otro proceso crónico. A su vez, en estas enfermedades el dolor es el síntoma principal y también, en la mayoría de los casos, el más frecuente. Además, el binomio dolor-enfermedad reumática presenta una alta comorbilidad asociada, una importante pérdida de capacidad funcional y una disminución de la calidad de vida de los pacientes, siendo además una de las principales causas de incapacidad laboral (13-33).

Los diferentes estudios epidemiológicos existentes sobre el dolor en población general no han profundizado en aspectos relativos a patologías concretas del aparato locomotor, ni han analizado su relación con la calidad de vida o la capacidad funcional, en parte debido a la utilización de encuestas como método para la recogida de datos. Por otro lado, en la mayoría de los estudios sobre patologías concretas en el campo de las enfermedades reumáticas, el dolor no ha sido un factor de análisis

específico, lo que no permite evaluar su influencia en el proceso clínico, aunque se hayan evaluado aspectos relativos a la capacidad funcional y la calidad de vida.

Sólo el estudio EPIDOR, realizado en 2002 (23), analizó aspectos relacionados con el dolor en la patología reumática, considerando variables sociodemográficas, clínicas, relativas a la capacidad funcional, la calidad de vida, el tratamiento y el grado de satisfacción con el mismo. Este estudio, de diseño transversal, registró, de forma aleatoria, los casos atendidos en consultas ambulatorias de reumatología, con la participación de 60 servicios de reumatología españoles y la inclusión de 1134 casos, dando una imagen representativa de la realidad asistencial del dolor en Reumatología en nuestro país. En los resultados, se demostró que el dolor está presente en el 95 % de los casos, siendo el 80 % de evolución crónica. La calidad de vida se vio afectada de manera importante, superior a la de los datos del estudio EPISER (30). Además, se detectó que un 40 % de los pacientes en revisión mantenía un control insatisfactorio del dolor y que el uso de opioides era inferior al 5 % de la muestra. Asimismo se detectó, mediante el cuestionario de Zung (34), la existencia de depresión leve en un 40 % de los casos y moderada en el 15 %, también superior a los datos del estudio EPISER y a los datos de la población general (35).

Los datos del estudio EPIDOR se obtuvieron en 2002. Desde entonces, el dolor ha cobrado mayor relevancia dentro de la reumatología española y el mundo científico internacional en general. En este tiempo, la SER ha elaborado consensos sobre la utilización de opioides y de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en patología reumática (4, 36) y el manejo de la fibromialgia (37); ha realizado dos simposios en dolor, y ha promovido una escuela de formación en dolor y un módulo de tratamiento del dolor dentro del Máster de reumatología. Adicionalmente, los conocimientos en el campo del dolor, las múltiples revisiones sistemáticas sobre intervenciones terapéuticas y las diferentes guías en la utilización de fármacos analgésicos, fundamentalmente opioides (33, 38-49), deberían haber contribuido a una mayor eficiencia en el control del dolor relacionado con las patologías reumáticas tratadas por los reumatólogos, aunque esto no se ha evaluado en modo alguno.

Pese a que el estudio EPIDOR permitió obtener una información bastante completa de la prevalencia de dolor y sus características clínico-biológicas en las enfermedades reumáticas, existen aspectos de interés que, al tratarse de un estudio transversal, no fueron estudiados. Además, ciertos datos pueden haber quedado obsoletos y otros, simplemente, no se recogieron en aquel estudio, como los siguientes:

- 1. Prevalencia de dolor neuropático.** No existen datos relevantes sobre la prevalencia de dolor neuropático en la asistencia reumatológica. Las radiculopatías o las neuropatías periféricas son frecuentes en la población general, con una prevalencia del 2,4 %, alcanzando, en la senectud, el 8 % (50, 51). Presenta, por otra parte, una repercusión clínica y un enfoque terapéutico distintos del dolor nociceptivo músculo-esquelético (26, 45, 48, 49, 52, 53), por lo que sería de gran interés conocer la prevalencia real y características de este tipo de dolor dentro de la asistencia reumatológica.
- 2. Presencia e identificación de parámetros de dolor no controlado.** Conocer la presencia de dolor no controlado en las consultas de reumatología es clave para mejorar su manejo. Sólo hay un estudio de pacientes con artrosis y lumbalgia, con dolor previo moderado o intenso, que analiza si existe algún valor de la escala numérica del dolor que pueda identificar a los pacientes con dolor controlado (54). En este estudio, una intensidad de 5 permitía discriminar a los pacientes con dolor controlado y se relacionaba con un dolor tolerable que permitía a los pacientes hacer actividades de la vida diaria y ciertas actividades de ocio. Mantener un dolor controlado (por debajo

de 5 en la escala numérica) podría considerarse objetivo primario de tratamiento en pacientes con dolor crónico. Sin embargo, los datos de este estudio son transversales y no se han corroborado en trabajos posteriores.

- 3. Identificación de la respuesta clínicamente relevante.** En los últimos años, se está intentando implantar el concepto de mejorías clínicas relevantes (aquellas que tienen impacto significativo en la situación clínica del paciente, de acuerdo con su valoración). En el campo del dolor, se han realizado diversos estudios. Las recomendaciones de la Iniciativa sobre Métodos, Medidas y Evaluación de Dolor en Ensayos Clínicos (IMMPACT) (55) sobre ensayos clínicos en dolor crónico, se refieren a la necesidad de identificar estos grados de respuestas clínicas relevantes como magnitud e importancia del efecto. En un análisis de 5 ensayos clínicos (2 en pacientes con fibromialgia y 3 con neuropatía diabética; 1 700 pacientes en total) (56) relacionaron los cambios en la intensidad del dolor y la impresión clínica global al cambio (ICGC) para identificar las respuestas: clínica mínima detectable, clínica relevante y clínica importante. Con una elevada especificidad y sensibilidad, se establecieron puntos de corte sencillos en la escala numérica del dolor que identifican estos grados de mejoría (definidos en función de las categorías de la ICGC) (56). También hay datos de localizaciones del dolor y patologías concretas, en estudios observacionales, con resultados muy superponibles (57-60). En general, un alivio de la intensidad de dolor del 30 % representa una mejoría clínicamente relevante e importante, mientras que la mejoría del 50 % se considera muy importante, satisfactoria y suficiente. No obstante, son escasos los datos sobre los resultados de tratamiento del dolor en las enfermedades reumáticas en práctica clínica habitual.

Por todo ello, consideramos justificado realizar un nuevo estudio epidemiológico sobre el dolor en patología reumática atendida por los reumatólogos y observar los cambios y mejoras en control del mismo, incluyendo los aspectos antes comentados.

2 OBJETIVOS

- Establecer la prevalencia y las características del dolor asociado a patología reumática atendida en consulta de Reumatología de nuestro país, así como su tratamiento.
- Describir los aspectos psicosociales, de calidad de vida e incapacidad laboral.
- Describir la satisfacción con el tratamiento y el grado de control del dolor.
- Evaluar las diferencias entre pacientes que acuden por primera vez a la consulta y pacientes que acuden a revisión.
- Identificar los cambios que se consideran clínicamente relevantes. Evaluar qué variable identifica mejor dichos cambios.

3 METODOLOGÍA

3.1. Diseño

Se ha realizado un estudio observacional, con dos fases, una transversal y otra prospectiva.

3.2. Población de estudio y selección de participantes

Se contactó con 40 Servicios de Reumatología pertenecientes a centros sanitarios de la red pública nacional para realizar el trabajo de campo, que fueron seleccionados por el Investigador Principal del estudio en función de su excelencia en la participación en proyectos de investigación previos y su interés en este tipo de estudios, considerando además el criterio de distribución geográfica para que fueran representativos del territorio nacional. De los centros contactados, 6 rechazaron participar en el estudio por diversas causas, fundamentalmente administrativas, por lo que la recogida de datos se ha realizado en 34 centros (tabla 1 y figura 1).

Los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes han sido los siguientes:

- **Criterios de inclusión:** Pacientes atendidos en consultas de reumatología no monográficas que han dado su consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión:** Pacientes en los que, por cualquier característica de orden físico, psicológico o social, no es posible la recogida fiable de información (demencia, dificultad para entender las preguntas, no dominio del idioma, etc.). Se han excluido también aquellos pacientes que, a juicio del investigador, tenían como principal desencadenante del dolor un traumatismo previo no relacionado con la enfermedad reumática.

Los pacientes han sido seleccionados según una lista de aleatorización remitida a cada centro, y manejados según práctica clínica habitual no condicionada. Sólo se realizó una segunda visita a los pacientes que en la primera presentaban dolor moderado a grave o dolor no suficientemente controlado (dolor ≥ 4 en la escala numérica del dolor), siempre que se les hubiera instaurado un nuevo tratamiento, se hubiera modificado el existente, o se esperara que con el tratamiento que traían prescrito se producirían cambios en un plazo breve, según la opinión de los reumatólogos que los trataban. La segunda visita debía realizarse entre 1 y 3 meses después de la visita 1, en el momento en que se estimase que el proceso doloroso debería estar controlado o, cuanto menos, en el momento en que pudiese realizarse una evaluación definitiva de la respuesta al tratamiento prescrito.

La distribución de pacientes nuevos y en revisión incluidos en cada centro se realizó de forma que representase aproximadamente la existente en una consulta de reumatología tipo (razón pacientes nuevos: pacientes en revisión = 1:2).

Tabla 1. Centros participantes.

Centro	Investigadores
H. Universitario Reina Sofía	Miguel Ángel Caracuel, Alejandro Escudero, Desirée Ruiz, Pilar Font
H. Clínico de Granada	Ricardo Sánchez Perea
H. Universitario de La Paz	Miguel Bernad
H. Carlos Haya	Antonio Fernández Nebro, M ^a Ángeles Belmonte López, Virginia Coret Cagigal, Antonio Ponce.
H. Clínico Universitario de Málaga (Virgen de la Victoria)	Rosa García Portales, Manuel de Haro Liger.
H. Universitario Central de Asturias	José Luis Ballina, José Luis Riestra Noriega, Sara Alonso Castro
H. Universitario de Canarias	Sagrario Bustabad, M. Vanesa Hernández Hernández
H. de Sierrallana	Jaime Calvo
H. General de Ciudad Real	José Luis Cuadra
H. de Guadalajara	Javier Vidal
H. Virgen de la Salud	Juana Sampedro Álvarez, Isabel-Pastora Granados Bautista, Daniel Pielfort Garrido, Ángela García Aparicio, Rebeca Belmonte, Azucena Hernández Sanz, José Santos Rey Rey
H. Univ. De Salamanca	Javier del Pino, Cristina Hidalgo Calleja, Susana Gómez Castro, Carlos Montilla Morales, María Dolores Sánchez González,
H. Vall d' Hebron	Cayetano Alegre, Juanjo de Agustín
H. del Mar	Manuel Ciria Recasens, Miguel Ángel Campillo
H. Sant Pau y Santa Creu	César Díaz Torné, Arturo Rodríguez
H. Sagrado Corazón (Sagrat Cor)	Antonio Renau Domingo, Javier García Miguel
H. Santa M ^a de Lleida	Nuria Montalá Palau, Montserrat Conde Seijas
H. Universitario de Ceuta	Gaspar Pérez Lidón, Noelia Vázquez Fuentes
H. Virgen del Puerto	Miguel Angel Abad, María Torresano, María del Puerto
H. Comarcal Monforte	Víctor Quevedo Vila
H. 12 de Octubre	Esther Rodríguez Almaraz, Rosa González Crespo, Beatriz Joven
H. Ramón y Cajal	Marcelino Revenga, Javier Bachiller
H. Universitario de Fuenlabrada	Miguel Cantalejo Moreira, Raúl Veiga Cabello, Pilar Navarro Alonso, Alberto Díaz Oca
H. Clínico San Carlos	Gloria Candelas
H. de Móstoles	Virginia Villaverde
H. de la Arrixaca	Alberto Bermúdez, María José Moreno
H. de Cruces	Javier Duruelo Echevarrieta, Elena Garmendia Sánchez
H. de Elche	José Antonio González Ferrández, Francisco Javier Navarro Blasco, José Raúl Noguera Pons, Juan Víctor Tovar Beltrán
H. Marina Baixa	Esteban Salas Heredia, Gregorio Santos Soler
H.C.U de Valencia	Pilar Trenor, Noelia Abdilla
H. Gral. De Castellón	Miguel Ángel Belmonte
H. 9 de Octubre	Rafael Belenguer
H. Arnau de Vilanova	Juan Antonio Castellano Cuesta, Nagore Fdez. Llanio, Aida Ezzeddine Angulo
Fundación H. de Calahorra	Miguel Angel Polo, Jordi Pons Dolset

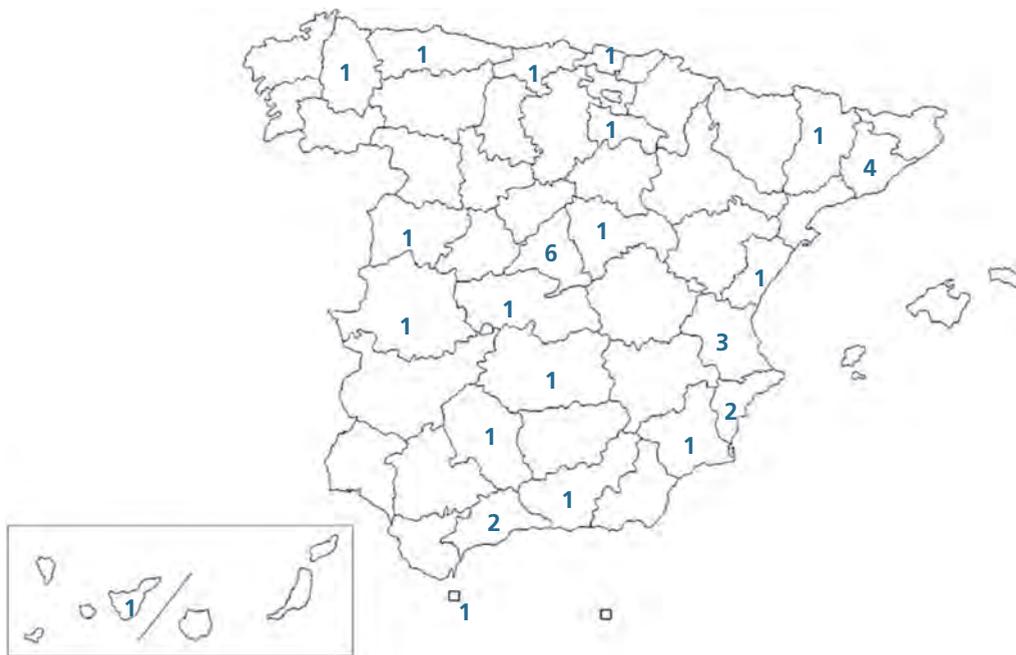


Figura 1. Distribución geográfica de los centros participantes.

3.3. Variables

En cada visita el médico completó un cuestionario estandarizado y los pacientes completaron una serie de cuestionarios autoadministrados. Las variables incluidas son las siguientes:

1. Características del paciente:

- sexo
- edad
- estado civil
- país de origen
- ámbito de residencia: urbano (>10 000 habitantes), semiurbano (5 000-10 000 hab.), rural (<5 000 hab.)
- hábitos de vida:
 - tabaco: nunca ha fumado, exfumador (más de 2 años sin fumar), fumador habitual.
 - alcohol: no bebe nunca o casi nunca, consume ligeramente (<20 g/día), consume moderadamente (20-70 g/día), consume alcohol con frecuencia (>70 g/día).
 - actividad física que implica su trabajo o actividad principal durante el día: sentado la mayor parte de la jornada; de pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos; caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes; realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico.

- actividad física en el tiempo libre durante los últimos 6 meses: ninguna, actividad moderada varias veces al mes (caminar, pasear en bici, jardinería, gimnasia suave, actividades de ligero esfuerzo, etc.), actividad moderada varias veces a la semana, actividad intensa varias veces al mes (tenis, footing, ciclismo, juegos de equipo, etc.), actividad intensa varias veces a la semana.
 - nivel de estudios: sin estudios, estudios primarios, secundarios o superiores
 - situación laboral: trabajador activo, en paro, estudiante, ama/o de casa, jubilado o prejubilado.
 - baja laboral: No, Sí.
 - incapacidad permanente y tipo (parcial, total, absoluta, gran invalidez).
2. **Características del médico:** sexo, edad, categoría profesional (jefe de servicio, jefe de sección, adjunto/FEA, residente) y años de ejercicio.
 3. **Fecha de inicio de los síntomas.**
 4. **Motivo de consulta:** paciente de nuevo diagnóstico (PN) o de revisión (PR).
 5. **Tiempo de seguimiento en Reumatología:** visitas en el último año y tiempo de seguimiento en Reumatología.
 6. **Características del dolor:** a) si el paciente ha tenido en la última semana o tiene en la actualidad un proceso doloroso de origen musculoesquelético; b) localización del dolor; c) localización del dolor dominante (el más intenso o que afecta más al paciente); d) duración del dolor dominante: agudo (menos de 3 meses de duración) o crónico (más de tres meses de duración); e) tipo de dolor dominante: nociceptivo, neuropático, psicógeno. Tipo según origen: articular, muscular, partes blandas, óseo, visceral, vascular, neuropático, psicógeno; f) diagnóstico al que se atribuye el dolor dominante; g) presencia de otros procesos dolorosos reumáticos o no reumáticos; h) patrón de dolor dominante: si el dolor es continuo o intermitente, si predomina en reposo o en movimiento, si es diurno o nocturno y si presenta picos o brotes a lo largo del día; i) intensidad promedio del dolor dominante en la última semana percibida por el paciente, medida mediante escala visual numérica (EVN); j) intensidad del dolor e interferencia en las actividades, medido mediante cuestionario breve para la evaluación del dolor (BPI) (61) y una forma simplificada del BPI (PEG) que incluye 3 variables de éste (el dolor promedio y la interferencia con la actividad general y las actividades de ocio) (62); k) cuestionario de diagnóstico de dolor neuropático DN4 (dolor con quemazón, sensación de frío doloroso o descargas eléctricas; presencia en la zona dolorosa de hormigueo, pinchazos, entumecimiento o escozor; hipoestesia al tacto o al pinchazo en la zona dolorosa; provocación o intensificación del dolor por el roce) (63).
 7. **Otras patologías asociadas:** cardiovascular, respiratoria, digestiva, neurológica, psiquiátrica, metabólica, nefropatía.
 8. **Manejo farmacológico del dolor:** tratamiento que el paciente ha recibido en el mes previo a la consulta según clases terapéuticas (analgésicos, antidepresivos, anticonvulsivantes, relajantes musculares, FAMES, etc.) y tratamiento prescrito en la visita.
 9. **Manejo no farmacológico del dolor:** rehabilitación, psicoterapia (cognitivo-conductual u otras, grupal o individual), terapias alternativas (fisioterapia en centro especializado, hidroterapia/balneoterapia, masajes, electroterapia, psicoterapia, técnicas de relajación, acupuntura, quiropraxia, osteopatía, ozonoterapia/oxígenooterapia, homeopatía, mesoterapia).

10. Cumplimiento del tratamiento.

11. **Valoración de las respuestas clínicas:** se emplearon la escala de Impresión Clínica Global de Cambio (ICGC. Definido en función de la respuesta a la pregunta «¿Cómo considera usted que se encuentra con el tratamiento actual, comparado a como estaba antes de instaurarle este tratamiento?», con 7 niveles: muchísimo mejor, mucho mejor, ligeramente mejor, ni mejor ni peor, ligeramente peor, mucho peor, muchísimo peor); una pregunta específica sobre la situación de dolor controlado («¿En función de su dolor previo, piensa que el dolor actual está aceptablemente controlado y le permite realizar una mayor actividad y disfrutar de algunas actividades de ocio?». Opciones de respuesta Sí/No); y una pregunta sobre la respuesta terapéutica suficiente para hacer una vida normal («¿Considera que el tratamiento que sigue para el dolor es suficiente y le permite realizar una vida normal?». Opciones de respuesta Sí/No).
12. **Calidad de vida:** Cuestionario SF12 (64).
13. **Cuestionario de catastrofismo:** Pain Catastrophizing Scale, versión española de García Campayo (65).
14. **Depresión y ansiedad:** Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS-Hospital Anxiety and Depression Scale) (66), y escala de Zung (34).
15. **Autopercepción de dolor controlado del paciente:** No, Sí.

3.4. Control de calidad y aspectos éticos

No se ha aceptado ninguna visita en la que faltara uno de los cuestionarios o estos no estuvieran convenientemente completados. La información se ha introducido en una base de datos con filtros para evitar la entrada de datos erróneos, y se ha realizado la monitorización de todas las inconsistencias, omisiones o errores detectados, remitiendo las incidencias al investigador responsable para que las resolviera. En caso de que, tras la respuesta a las incidencias, hubiera alguna sin resolver, el campo se ha dejado en blanco.

Se realizó un estudio piloto en 3 centros para probar los materiales. Una vez realizados los cambios pertinentes y tras obtener la clasificación por parte de la Agencia Española del Medicamento y las aprobaciones de los CEICs y las gerencias de todos los hospitales participantes, se inició el trabajo de campo.

El estudio se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki, las normas internacionales relativas a la realización de estudios epidemiológicos, recogidas en las *International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies* (Council for the International Organizations of Medical Sciences-CIOMS-Ginebra, 1991) y las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE).

3.5. Período de estudio

El estudio piloto se realizó de julio a septiembre de 2012. El trabajo de campo comenzó en octubre de 2012 y se realizó de forma continuada hasta julio de 2013.

3.6. Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis descriptivo en el que se han calculado frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, y medias y desviaciones estándar (DE) o medianas y rangos intercuartílicos (RI) para las variables cuantitativas, según se distribuyesen normalmente o no.

Posteriormente, se analizaron las posibles diferencias estadísticamente significativas entre grupos (pacientes que acuden por primera vez a la consulta y pacientes en revisión). Se emplearon para ello tests de hipótesis según el tipo de variables; cuando la variable independiente fue cuantitativa se calculó la t-Student (asumiendo test paramétricos por el Teorema Central del Límite); en las escalas en las que por construcción no se pudo asumir normalidad, se recurrió a test no paramétricos, y para las variables cualitativas se empleó el test de la Chi-Cuadrado, corrigiendo por Continuidad de Yates o Fisher en las tablas 2x2.

Para evaluar los cambios clínicos relevantes, se analizaron las diferencias entre el valor de la visita 1 y la visita 2 para cada variable y su relación con los niveles de ICGC mediante la construcción de curvas ROC. A partir de los valores de sensibilidad y especificidad, se determinaron los puntos de corte óptimos para cada grado de mejoría.

Se asumió como valor estadísticamente significativo $p < 0,05$.

El programa estadístico que se ha usado para el análisis ha sido el SPSS 21.0 para Windows.

4 RESULTADOS

4.1. Proceso de reclutamiento de pacientes. Composición de la muestra por tipo de consulta

Aunque inicialmente se había establecido un número fijo de 30 pacientes por hospital para obtener la muestra total, al reducirse el número de centros previstos se solicitó a otros que aumentaran la inclusión de pacientes para compensar estas pérdidas.

El reclutamiento se ha realizado de forma acorde con el protocolo, incluyendo los pacientes de forma consecutiva según la tabla de aleatorización definida previamente. En total se han reclutado 1084 pacientes. De 1075 para los que se dispone del dato del tipo de consulta, 342 (32 %) eran pacientes nuevos y 733 (68 %) eran pacientes que acudían a revisión.

El 50 % de los pacientes habían acudido al menos dos veces a la consulta durante el último año (RI 1-3), y llevaban en seguimiento al menos 34 meses (RI 3-94).

La distribución de la muestra por hospitales tanto de las primeras como de las segundas visitas se refleja en la **figura 2**.

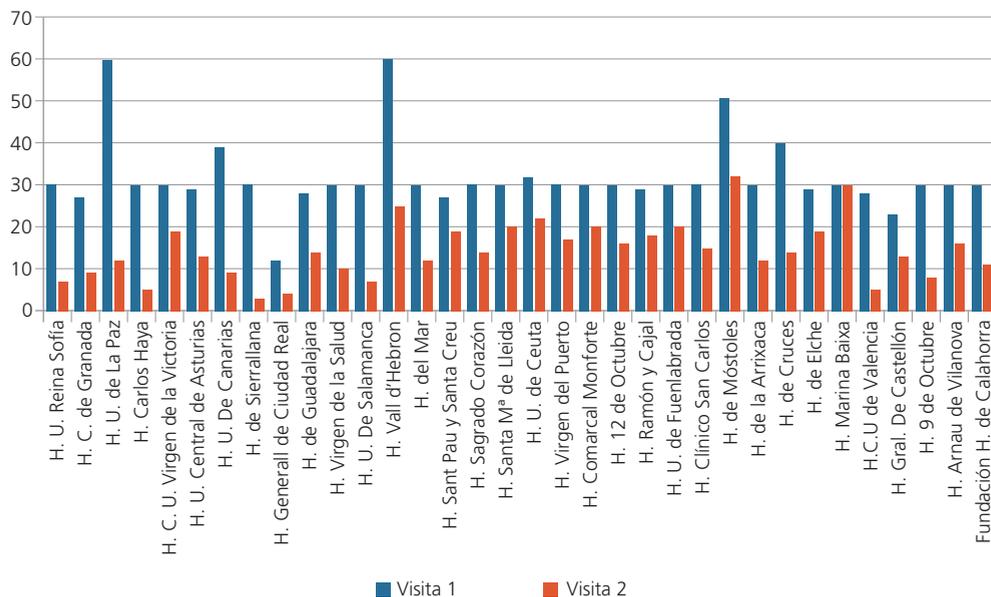


Figura 2. Distribución de la muestra por centros.

4.2. Características de los médicos participantes

Los datos han sido recogidos por médicos con una edad media de 47 años, hombres en el 59 % de los casos. La mayor parte, médicos adjuntos (80 %) y jefes de sección (16 %), siendo escasos los pacientes incluidos por jefes de servicio (2 %) o residentes (2 %).

En cuanto a los años de ejercicio profesional, el 50 % de los reumatólogos que han recogido la información llevaban al menos 20 años ejerciendo la profesión.

4.3. Resultados de la visita basal

4.3.1. Características sociodemográficas

Los pacientes tenían una edad media de 57 años (DE 14) y el 71 % eran mujeres. La mayor parte de ellos eran españoles (95 %), residentes en entornos urbanos (79 %) y estaban casados (73 %).

En cuanto al nivel de estudios, más de la mitad (57 %) tenían estudios primarios, un 9 % carecía de formación, y el resto tenían formación secundaria (18 %) o superior (17 %).

En lo que respecta a la situación laboral, la mayor parte de la muestra se reparte entre personas en activo (37 %), jubilados (28 %) y amas de casa (25 %). Sólo un 5 % de los pacientes estaba de baja en el momento de la consulta, y de ellos el 50 % lo habían estado al menos 3 meses aproximadamente (RI: 2-7).

El perfil sociodemográfico de los pacientes nuevos (PN), que acudían por primera vez a la consulta de Reumatología, y el de aquellos que acudían a revisión (PR) es muy similar en su distribución al perfil general de la muestra, sin detectarse diferencias significativas entre ambos grupos en prácticamente ninguna de las variables recogidas.

El único aspecto en el que se encuentran diferencias es en la situación laboral. Entre los pacientes que acudían a revisión hay un porcentaje ligeramente mayor que estaba en situación activa o jubilados, en detrimento de los parados y los estudiantes, que son menos frecuentes en este grupo.

4.3.2. Hábitos de vida

Más del 50 % de los pacientes no habían fumado nunca, y tan solo un 19 % eran fumadores habituales.

Igualmente el consumo frecuente de alcohol es muy raro (menos del 1 %), y más del 70 % de los pacientes indicaron que no bebían alcohol nunca o casi nunca.

En cuanto a la actividad física, se observa una alta tasa de sedentarismo (el 33 % de los pacientes pasaban sentados la mayor parte del día y el 22 % no habían realizado actividad física en su tiempo libre en los últimos 6 meses), mientras que son muy pocos los que realizaban gran esfuerzo físico en su trabajo (7 %) o realizaban actividad intensa durante su tiempo de ocio varias veces a la semana (2 %).

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ni en el consumo de tabaco ni en la realización de actividad física, tanto en las actividades cotidianas de la jornada laboral como en el contexto de ocio y tiempo libre. Tampoco parece que haya diferencias en cuanto al consumo de alcohol, si bien no se ha podido establecer la significación estadística debido a la distribución de las categorías, al haber muy pocos individuos clasificados en el grupo de consumo moderado frecuente.

Tabla 2. Datos sociodemográficos.

	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Sexo (N total=1.068, N PN=336, N PR=725)							
Hombre	311	29,1	98	29,2	213	29,4	0,994
Mujer	757	70,9	238	70,8	512	70,6	
Grupos de edad (N total=1.075, N PN=338, N PR=729)							
De 19 a 45 años	237	22	68	20,1	167	22,9	0,154
De 46 a 65 años	529	49,2	181	53	344	47,2	
Mayor de 65 años	309	28,7	89	26,3	218	29,9	
País de origen (N total=1.033; N PN= 329; N PR=700)							
España	986	95,5	318	96,7	664	94,9	
Europa	9	0,9	2	0,6	7	1,0	
América Latina	34	3,3	8	2,4	26	3,7	
Otros	4	0,4	1	0,3	3	0,4	
Ámbito de residencia (N total= 1.054; N PND= 333; N PR=714)							
Urbano (>10.000 habitantes)	829	78,7	250	75,1	574	80,4	0,147
Semiurbano (5.000-10.000 habitantes)	122	11,6	45	13,5	75	10,5	
Rural (<5.000 habitantes)	103	9,8	38	11,4	65	9,1	
Nivel de estudios (N total=1.060; N PND= 336; N PR= 721)							
Sin estudios	98	9,2	26	7,7	72	10,0	0,493
Primarios	601	56,7	187	55,7	412	57,1	
Secundarios	189	17,8	63	18,8	126	17,5	
Superiores	172	16,2	60	17,9	111	15,4	
Estado civil (N total=1.048; N PDN=327; N PR=717)							
Soltero	118	11,3	39	11,9	79	11,0	0,886
Casado	762	72,7	238	72,8	521	72,7	
Viudo	112	10,7	34	10,4	78	10,9	
Separado	27	2,6	6	1,8	21	2,9	
Divorciado	21	2	7	2,1	14	2,0	
Otro estado civil	8	0,8	3	0,9	4	0,6	
Situación laboral (N total=1.070; N PND=338; N PR= 727)							
Trabajador activo	396	37	120	35,5	274	37,7	0,041
Parado	95	8,9	39	11,5	56	7,7	
Estudiante	15	1,4	8	2,4	7	1,0	
Ama de casa	266	24,9	89	26,3	176	24,2	
Jubilado o prejubilado	298	27,9	82	24,3	214	29,4	
Baja laboral (N total=981; N PND= 313, N PR=663)							
No	936	95,4	296	94,6	636	95,9	0,340
Sí	45	4,6	17	5,4	27	4,1	

Tabla 3. Hábitos de vida.

	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Consumo de tabaco (N total=1.065; N PN= 338; N PR=718)							
Nunca ha fumado	571	53,6	178	52,7	388	54,0	0,703
Exfumador (> 2 años sin fumar)	292	27,4	91	26,9	199	27,7	
Fumador habitual	202	19	69	20,4	131	18,2	
Consumo de alcohol (N total=1.062; N PN= 334; N PR=720)							
No bebe nunca o casi nunca	773	72,8	236	70,7	531	73,8	
Consume ligeramente (<20g/día)	229	21,6	74	22,2	153	21,3	
Consume moderadamente (≥ 20 y ≤70 g/día)	56	5,3	21	6,3	35	4,9	
Consume alcohol con frecuencia (>70 g/día)	4	0,4	3	0,9	1	0,1	
Ejercicio diario (actividad principal) (N total=1.036; N PN= 331; N PR=697)							
Sentado la mayor parte de la jornada	341	32,9	98	29,6	239	34,3	0,188
De pie la mayor parte de la jornada	358	34,6	129	39,0	227	32,6	
Caminado, levantando peso, desplaz. frecuente	266	25,7	80	24,2	185	26,5	
Gran esfuerzo físico	71	6,9	24	7,3	46	6,6	
Actividad física últimos 6 meses (tiempo libre) (N total=1.059; N PN= 337; N PR=713)							
Ninguna	238	22,5	65	19,3	169	23,7	0,380
Actividad moderada varias veces al mes	502	47,4	162	48,1	340	47,7	
Actividad moderada varias veces a la semana	282	26,6	99	29,4	178	25,0	
Actividad intensa varias veces al mes	13	1,2	3	0,9	10	1,4	
Actividad intensa varias veces a la semana	24	2,3	8	2,4	16	2,2	

4.3.3. Comorbilidad

La **figura 3** refleja la comorbilidad, tanto autorreferida por los pacientes durante la visita como la detectada en su historia clínica.

Según esto, las enfermedades más frecuentes en estos pacientes eran las cardiovasculares (27 %) y metabólicas (25 %), seguidas de las digestivas (20 %) y las psiquiátricas (14 %).

En la tabla 4 pueden verse en detalle las diferentes comorbilidades y los factores de riesgo asociados. Destacan por ser las más frecuentes en cada una de sus categorías la hipertensión arterial (26 %) en el apartado cardiovascular y la hipercolesterolemia (19 %) en las enfermedades metabólicas.

Las distintas comorbilidades y factores de riesgo se reparten de forma similar en los dos grupos de estudio. La única diferencia estadísticamente significativa se encuentra en las enfermedades digestivas, que son más frecuentes en los pacientes que acudían a revisión, especialmente las hepatopatías; todas las demás patologías incluidas en este grupo (la dispepsia, la úlcera y la hemorragia digestiva) también se encuentran aumentadas en los pacientes en revisión, aunque sin alcanzar la significación estadística.

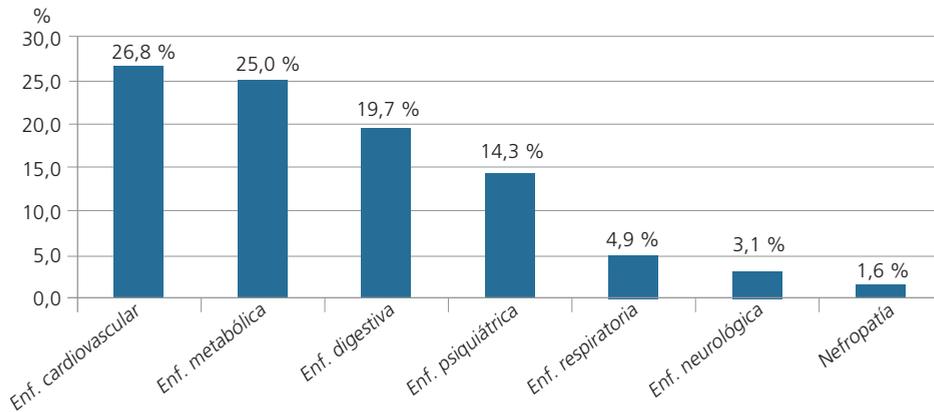


Figura 3. Comorbilidad.

Tabla 4. Comorbilidad y factores de riesgo asociados*.

N= 1084	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Enf. digestiva	214	19,7	53	15,5	161	22,0	0,013
Hepatopatía	19	1,8	1	0,3	17	2,3	0,016
Dispepsia/reflujo	156	14,4	42	12,3	114	15,6	0,156
Historia de úlcera	25	2,3	4	1,2	21	2,9	0,086
Hemorragia digestiva	8	0,7	1	0,3	7	1,0	0,220
Enf. neurológica	34	3,1	11	3,2	21	2,9	0,752
Accidente cerebrovascular	20	1,8	7	2,0	13	1,8	0,757
Enf. psiquiátrica	155	14,3	57	16,7	98	13,4	0,152
Depresión	112	10,3	41	12,0	69	9,4	0,194
Ansiedad	79	7,3	28	8,2	50	6,8	0,421
Otra enfermedad psiquiátrica	2	0,2	1	0,3	1	0,1	0,535
Enf. cardiovascular	291	26,8	90	26,3	199	27,1	0,774
Hipertensión arterial	277	25,6	84	24,6	191	26,1	0,601
Angina	15	1,4	7	2,0	8	1,1	0,167
IM o ACV en el pasado	10	0,9	4	1,2	6	0,8	0,399
Enf. metabólica	271	25	90	26,3	180	24,6	0,536
Diabetes	85	7,8	24	7,0	61	8,3	0,460
Hipercolesterolemia	210	19,4	69	20,2	140	19,1	0,678
Enf. respiratoria	53	4,9	15	4,4	37	5,0	0,638
Nefropatía	17	1,6	5	1,5	12	1,6	0,830
Insuficiencia renal crónica	10	0,9	2	0,6	8	1,1	0,335

* Categorías no excluyentes.

4.3.4. Incapacidad laboral

Un 3,5 % de los pacientes estaban en trámites para pedir la incapacitación y aproximadamente un 15 % de la muestra tenía algún tipo de incapacidad permanente reconocida. De ellos, el 38 % presentaba incapacidad parcial, el 34 % total, el 27 % absoluta y el 1 % gran invalidez.

La incapacidad permanente reconocida es significativamente más frecuente en los pacientes que acudían a revisión (17 %) que en los pacientes nuevos (9 %).

4.3.5. Depresión y ansiedad

Los pacientes contestaron a cuestionarios estandarizados sobre depresión (Escala de Zung) (34), y sobre depresión y ansiedad (HADS-Hospital Anxiety and Depression Scale) (66).

La escala de Zung consta de 20 ítems, cada uno puntuable de 1 a 4. La puntuación total va de 20 a 80, que se valora en 4 categorías. Se consideran normales las puntuaciones iguales o inferiores a 50, de 51 a 60 se considera depresión leve, de 61 a 70 depresión moderada, y las puntuaciones de más de 70 indican depresión grave.

La HADS consta de 14 ítems y está integrada por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Cada ítem se valora en una escala Likert de 0 a 3. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems que la integran. Puntuaciones entre 0 y 7 se consideran dentro de la normalidad, entre 8 y 10 hay sospecha de trastorno emocional, y de 11 en adelante existe una alta probabilidad de trastorno emocional.

El 64,7 % de los pacientes tenían una alta probabilidad de ansiedad, mientras que la frecuencia de depresión parece menor, ya que sólo el 22 % de los pacientes tenían alta probabilidad de padecerla según el HADS, y el cuestionario de Zung sólo clasificó como depresión leve el 12 % de los pacientes y moderada el 0,4 %, sin detectar ninguno con depresión grave.

Tabla 5. Incapacidad.

	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Incapacidad permanente solicitada y en trámites (N total=967; N PN=297; NPR=664)							
No	933	96,5	289	97,3	639	96,2	0,399
Sí	34	3,5	8	2,7	25	3,8	
Incapacidad permanente reconocida (N total=1.052; N PN= 330; N PR=716)							
No	895	85,1	301	91,2	592	82,7	<0,001
Sí	157	14,9	29	8,8	124	17,3	
Tipo de Incapacidad (N total=157; N PN=29; NPR=69)							
Incapacidad parcial	59	37,6	11	37,9	46	37,1	
Incapacidad total	53	33,8	9	31,0	42	33,9	
Incapacidad absoluta	43	27,4	8	27,6	35	28,2	
Gran invalidez	2	1,3	1	3,4	1	0,8	

Tabla 6. Depresión y ansiedad.

	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
HADS-Depresión (n=1.079)							
Normal	183	17	51	15,0	129	17,7	0,040
Sospecha	659	61,1	199	58,5	457	62,6	
Alta probabilidad	237	22	90	26,5	144	19,7	
HADS-Ansiedad (n=1.080)							
Normal	100	9,3	29	8,5	70	9,6	0,380
Sospecha	281	26	97	28,5	180	24,6	
Alta probabilidad	699	64,7	214	62,9	481	65,8	
ZUNG (n=1.006)							
Normal	877	87,2	267	84,5	603	88,5	0,074
Depresión leve	125	12,4	49*	15,5	78*	11,5	
Depresión moderada	4	0,4					
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	
HADS-Depresión	9	2,0	9	2,1	9	1,9	0,019
HADS-Ansiedad	11	2,6	11	2,6	11	2,6	0,582
ZUNG	44	6,5	44	6,7	44	6,4	0,817

* Se han agrupado la depresión leve y la moderada en una sola categoría.

De acuerdo con la escala HADS, existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de depresión entre pacientes nuevos y pacientes en revisión, con un mayor porcentaje de pacientes con alta probabilidad de depresión entre los primeros.

4.3.6. Catastrofización

La Pain Catastrophizing Scale (PCS) es una escala autoadministrada de 13 ítems, es una de las más utilizadas para valorar la catastrofización y está validada en castellano (65). En ella, los sujetos toman como referencia sus experiencias dolorosas pasadas e indican la frecuencia con la que experimentaban cada uno de los 13 pensamientos o sentimientos en una escala Likert de 5 puntos que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). De la escala se obtiene una puntuación total que refleja el nivel de catastrofización ante el dolor del sujeto (a mayor puntuación, mayor nivel de catastrofización).

Incluye 3 dimensiones: rumiación (la preocupación constante y la incapacidad de inhibir pensamientos relacionados con el dolor; valorada mediante 4 ítems), magnificación (la exageración de lo desagradable de las situaciones de dolor y las expectativas de consecuencias negativas; valorada mediante 3 ítems) y desesperanza (la incapacidad frente a situaciones dolorosas; valorada mediante 6 ítems).

El intervalo teórico del instrumento está entre 0 y 52 puntos. Se considera que una puntuación total de 30 representa un nivel de catastrofización clínicamente relevante. Este valor se corresponde con el percentil 75 de la distribución de puntuaciones en muestras de pacientes con dolor crónico (67).

Tabla 7. Catastrofización.

Catastrofización (n= 1084)	Total muestra		PN		PR		p valor
	Me	RI	Me	RI	Me	RI	
Rumiación	5	2-10	6	2-10	5	1-10	0,357
Magnificación	4	2-7	4	2-7	4	2-7	0,958
Desesperanza	6	2-13	6	2-12	6	2-13	0,577
Catastrofización global	15	6-28	16	6-28	15	5-28	0,987

De los 1067 pacientes para los que se dispone de este dato, 247 (23,2 %) pacientes obtuvieron un valor ≥ 30 .

Los perfiles son muy similares entre los pacientes nuevos y los que acuden a revisión.

4.3.7. Calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida ha sido evaluada mediante el Cuestionario de Salud SF-12 (64), que es una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36. Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36: función física (2 ítems), función social (1), rol físico (2), rol emocional (2), salud mental (2), vitalidad (1), dolor corporal (1) y salud general(1). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert, que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem.

Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Existen 2 puntuaciones resumen, que son la medida sumario física y la mental. Los valores superiores o inferiores a 50 deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia.

La muestra en su conjunto tenía peor estado de salud en el aspecto físico, con unas puntuaciones medias de 37,5 (DE: 10,6). En el componente mental, la puntuación es más cercana a la normalidad, aunque también está ligeramente disminuida, con una puntuación media de 44,9 (DE: 13,17).

Este patrón se reproduce en los dos grupos (PN y PR), sin que se detecten diferencias significativas entre ellos.

Tabla 8. Calidad de vida.

Calidad de vida (SF12) (n= 998)	Total muestra		PN		PR		p valor
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	
Componente físico	37	10,6	37	10,8	37	10,5	0,932
Componente mental	45	13,2	44	12,9	45	13,2	0,163

4.3.8. Descripción del dolor

4.3.8.1. Prevalencia e intensidad

El 86 % de los pacientes entrevistados presentaban dolor musculoesquelético en la última semana. La media de intensidad de dolor en este espacio temporal, según una escala visual numérica de 0 (ningún dolor) a 10 (el máximo dolor imaginable), era de 5 (DE:2,66).

El número de pacientes que acudía por primera vez a consulta y tenía dolor, es ligeramente mayor que el de los que venían a revisión (aunque la diferencia no es estadísticamente significativa), al igual que la intensidad de dolor (en este caso, la diferencia, a pesar de ser pequeña, sí alcanza la significación estadística).

Independientemente de que los pacientes presentaran dolor en el momento de la consulta o durante la semana previa, la mayoría de ellos (96 %) había presentado dolor en algún momento de su enfermedad.

Un 26 %, además, cumplía criterios de dolor generalizado, es decir, presentaba dolor por encima y debajo de la cintura y a ambos lados del cuerpo.

El Brief Pain Inventory (BPI) (61) es un cuestionario autoadministrado y de fácil comprensión que contiene dos dimensiones: intensidad del dolor (compuesta por 4 ítems) e interferencia del dolor en las actividades de la vida del paciente (compuesta por 7 ítems). Los 11 ítems proporcionan 2 puntuaciones resumen, una para cada dimensión.

En el 50 % de los pacientes la intensidad máxima del dolor en las últimas 24 horas medida con el BPI era de al menos 6 y la mínima de al menos 3, con una intensidad media durante ese tiempo y actual (en el momento de ser consultado), de al menos 5 puntos en la escala numérica de 11 puntos (de 0 «ningún dolor» a 10 «el peor dolor imaginable»).

Pese a que las medianas son idénticas, en todos estos aspectos se detectan diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes nuevos y los que acuden a revisión.

Según el mismo cuestionario, la interferencia que el dolor había producido en las últimas 24 horas en la vida del paciente valorada en una escala numérica también de 11 puntos (de 0 «no interfiere» a 10 «interfiere por completo»), era mayor en las actividades generales y laborales (mediana de 5 puntos), y más leve en relación a la capacidad para dormir (Me=3) o para relacionarse socialmente (Me=2).

No hay diferencias significativas en la interferencia del dolor en las actividades del paciente entre los pacientes nuevos y los que acuden a revisión.

Tabla 9. Prevalencia e intensidad de dolor.

	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Dolor en la última semana (n=1.056)	905	85,7	294	88,6	605	84,3	0,065
Dolor en cualquier momento de la enfermedad (n=1.084)	1 044	96,3	325	95,0	712	97,1	0,082
Sin ningún dolor durante la enfermedad	40	3,7	17	5,0	21	2,9	
Dolor con criterios de dolor generalizado (n=869)	224	25,8	71	25,4	148	25,3	0,937
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	
Intensidad de dolor (EVN) en la última semana (n=1071)	5	2,66	5,0	2,54	4,6	2,70	0,036

Tabla 10. Inventario breve de dolor (BPI).

	Total		PN		PR		p valor
	Me	RI	Me	RI	Me	RI	
BPI-Intensidad del dolor							
Intensidad máxima del dolor	6	3-8	6	4-8	6	3-8	0,032
Intensidad mínima del dolor	3	1-5	3	2-6	3	1-5	0,005
Intensidad media del dolor	5	2-6	5	3-6	5	2-6	0,018
Intensidad actual del dolor	5	2-7	5	3-7	5	2-7	0,044
BPI-Interferencia del dolor en las actividades del paciente							
Interferencia del dolor en las actividades en general	5	2-7	5	2-7	5	2-7	0,226
Interferencia del dolor en el estado de ánimo	4	1-7	5	1-7	4	1-7	0,114
Interferencia del dolor en la capacidad para caminar	4	1-7	4	1-7	4	1-7	0,892
Interferencia del dolor en el trabajo habitual	5	2-7	5	2-7	4	2-7	0,245
Interferencia del dolor en las relaciones con otras personas	2	0-6	2	0-6	2	0-5	0,633
Interferencia del dolor en el sueño	3	0-7	4	0-7	3	0-7	0,345
Interferencia del dolor para disfrutar de la vida	4	0-7	4	0-7	3	0-7	0,270

4.3.8.2. Localización

Si tenemos en cuenta todos los dolores que sufrían los pacientes, independientemente de su intensidad, encontramos que las localizaciones más frecuentes son los miembros inferiores, los superiores y la columna (61 %, 60 % y 55 % respectivamente), siendo muy raras otras localizaciones.

Si desglosamos la localización más específicamente, encontramos que el dolor de columna más frecuente es el dolor lumbar (41 %), en miembros superiores es el de manos (38 %), y en extremidades inferiores, el de rodilla (35 %).

Los pacientes que acudían a revisión tenían un porcentaje significativamente más elevado de dolor en hombro, mano y rodilla que los pacientes nuevos.

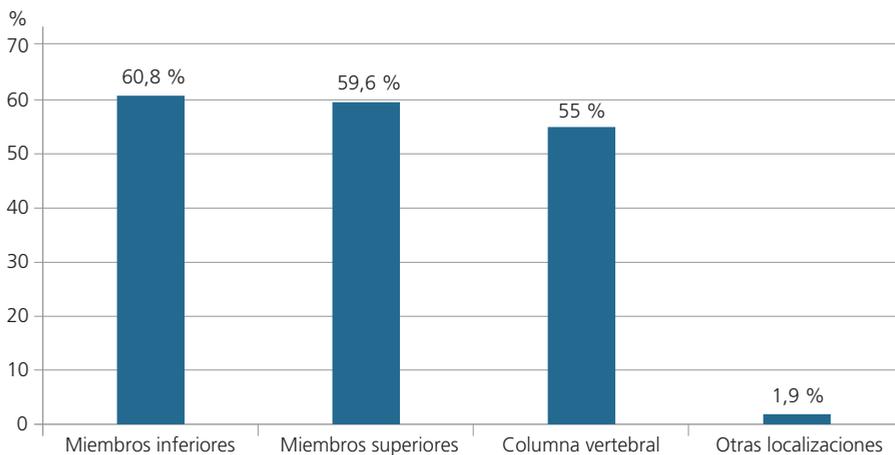

Figura 4. Localización del dolor.

Tabla 11. Localización del dolor (*categorías no excluyentes*).

N=1.084	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Columna vertebral	596	55,0	190	55,6	400	54,6	0,762
Cervical	284	26,2	94	27,5	187	25,5	0,493
Dorsal	143	13,2	48	14,0	95	13,0	0,629
Lumbar	447	41,2	137	40,1	305	41,6	0,630
Miembros superiores	646	59,6	181	52,9	458	62,5	0,003
Hombro	307	28,3	79	23,1	226	30,8	0,009
<i>Unilateral (n=299)</i>	144	48,2	43	56,6	99	45,0	
<i>Bilateral (n=299)</i>	155	51,8	33	43,4	121	55,0	
Brazo	128	11,8	46	13,5	80	10,9	0,229
<i>Unilateral (n=125)</i>	59	47,2	20	45,5	39	49,4	
<i>Bilateral (n=125)</i>	66	52,8	24	54,5	40	50,6	
Mano	410	37,8	114	33,3	294	40,1	0,033
<i>Unilateral (n=397)</i>	85	21,4	23	21,1	62	21,7	
<i>Bilateral (n=397)</i>	312	78,6	86	78,9	224	78,3	
Todo el miembro superior	31	2,9	10	2,9	19	2,6	0,754
<i>Unilateral (n=30)</i>	1	3,3	1	11,1	0	0,0	
<i>Bilateral (n=30)</i>	29	96,7	8	88,9	19	100,0	
Miembros inferiores	659	60,8	197	57,6	456	62,2	0,150
Cadera	173	16	60	17,5	112	15,3	0,346
<i>Unilateral (n=168)</i>	84	50	34	57,6	50	46,3	
<i>Bilateral (n=168)</i>	84	50	25	42,4	58	53,7	
Rodilla	377	34,8	104	30,4	270	36,8	0,039
<i>Unilateral (n=366)</i>	123	33,6	36	35,6	87	33,2	
<i>Bilateral (n=366)</i>	243	66,4	65	64,4	175	66,8	
Pie	237	21,9	65	19,0	172	23,5	0,100
<i>Unilateral (n=230)</i>	84	36,5	24	38,1	60	35,9	
<i>Bilateral (n=230)</i>	146	63,5	39	61,9	107	64,1	
Todo el miembro inferior	65	6	24	7,0	38	5,2	0,230
<i>Unilateral (n=62)</i>	16	25,8	5	22,7	11	29,7	
<i>Bilateral (n=62)</i>	46	74,2	17	77,3	26	70,3	
Otras localizaciones	21	1,9	6	1,8	15	2,0	0,747

4.3.9. Caracterización del dolor dominante

Se consideró dolor dominante aquél que el paciente pensaba que era más intenso o le afectaba más a su actividad normal. Sólo se permitió identificar una localización para el dolor dominante y todo el resto de la información del estudio se recabó en relación a este dolor, que es el que, según su propia definición, más disturba e incapacita al paciente.

4.3.9.1. Tipo y duración

El dolor dominante es con más frecuencia de origen articular (62 %), seguido del de partes blandas (14 %) y el muscular (12 %).

Este orden de frecuencias se mantiene en ambos de grupos de pacientes, aunque el dolor articular es significativamente más frecuente en los pacientes que acudían a revisión, mientras que el neuropático es más frecuente en los pacientes nuevos.

Si atendemos a una clasificación más general, podemos decir que el tipo de dolor más habitual en las consultas de Reumatología es el nociceptivo (83 %), fundamentalmente de tipo somático (97 %), siendo mucho menos frecuentes el dolor neuropático (12 %) y el psicógeno (6 %). Nuevamente se observa que el dolor de tipo neuropático es significativamente más frecuente en los pacientes nuevos.

En cuanto a la duración, los resultados muestran que el dolor ha estado presente durante más de 3 meses en la mayoría de los pacientes (81 %).

Tabla 12. Tipo y duración del dolor dominante.

	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de dolor dominante según su origen (n=985)							
Articular	609	61,8	177	57,8	430	63,9	0,039
Muscular	122	12,4	37	12,1	84	12,5	0,836
Partes blandas	139	14,1	47	15,4	92	13,7	0,656
Óseo	43	4,4	14	4,6	28	4,2	0,962
Psicógeno	18	1,8	5	1,6	12	1,8	0,961
Visceral	1	0,1	0	0,0	1	0,1	
Vascular	4	0,4	0	0,0	4	0,6	
Neuropático	49	5	26	8,5	22	3,3	0,001
Tipo de dolor dominante (n=1.084) *							
Neuropático	130	12	53	15,5	76	10,4	0,016
Psicógeno	68	6,3	16	4,7	49	6,7	0,199
Nociceptivo	904	83,4	277	81,0	624	85,1	0,086
<i>Somático (n=879)</i>	855	97,3	256	96,6	596	97,5	0,433
<i>Visceral (n=879)</i>	24	2,7	9	3,4	15	2,5	
Duración del dolor dominante (n=1.034)							
Menos de 3 meses	202	19,5	74	23,1	126	17,8	0,051
Más de 3 meses	832	80,5	247	76,9	580	82,2	

* Categorías no excluyentes.

Tabla 13. Patrón del dolor dominante.

	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Patrón A (n=1.034)							
Dolor continuo	435	42,1	137	42,4	292	41,5	0,777
Dolor intermitente	599	57,9	186	57,6	412	58,5	
Patrón B (n=1.034)							
Predominio en reposo	185	17,9	41	12,7	144	20,5	0,005
Predominio en movimiento	551	53,3	191	59,0	356	50,6	
Igual en reposo que en movimiento	298	28,8	92	28,4	203	28,9	
Patrón C (n=1.030)							
Diurno	420	40,8	136	42,5	281	40,0	0,174
Nocturno	146	14,2	36	11,3	110	15,6	
Todo el día	464	45	148	46,3	312	44,4	
Patrón D (n=969)							
Con picos o brotes a lo largo del día	640	66	201	66,8	437	66,1	0,840
Sin picos ni brotes a lo largo del día	329	34	100	33,2	224	33,9	

4.3.9.2. Patrón

El dolor dominante se presentaba con más intensidad con el movimiento (53 %), durante todo el día (45 %) y con picos o brotes a lo largo del mismo (66 %), siendo ligeramente más común que el dolor fuese intermitente (58 %).

El patrón es similar en los pacientes nuevos y en los de revisión, encontrándose diferencias sólo en el patrón B (dolor en reposo o con el movimiento). En los pacientes que acudían a revisión, aunque se mantiene un predominio de dolor con el movimiento, es en un porcentaje menor que en los pacientes nuevos.

4.3.9.3. Localización

Las localizaciones más frecuentes del dolor dominante son, por orden descendente, la columna, los miembros superiores, y los inferiores (36 %, 36 % y 27 % respectivamente), siendo muy pocos los casos en los que el dolor dominante aparecía en otra localización diferente (1 %).

Más en detalle, es también la zona lumbar (68 %) la localización más frecuentes de dolor en columna, las manos (56 %) las más afectadas en miembros superiores y las rodillas (45 %) en miembros inferiores, con una distribución similar entre los pacientes nuevos y los de revisión.

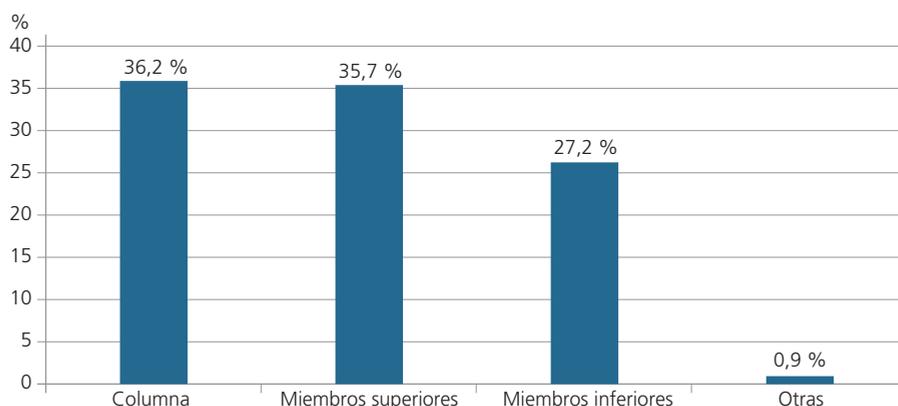

Figura 5. Localización del dolor dominante.

Tabla 14. Localización del dolor dominante.

N=936	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Columna vertebral	339	36,2	106	36,4	229	35,8	0,957
Cervical	76	22,8	30	28,3	46	20,5	0,292
Dorsal	31	9,3	9	8,5	22	9,8	
Lumbar	227	68	67	63,2	156	69,6	
Miembros superiores	334	35,7	105	36,1	228	35,7	0,853
Hombro	116	35,2	32	30,8	84	37,3	0,352
<i>Unilateral</i>	79	68,1	26	81,3	53	63,1	0,358
<i>Bilateral</i>	37	31,9	6	18,8	31	36,9	
Brazo	29	8,8	12	11,5	17	7,6	0,358
<i>Unilateral</i>	23	82,1	10	83,3	13	81,3	0,867
<i>Bilateral</i>	5	17,9	2	16,7	3	18,8	
Mano	185	56,1	60	57,7	124	55,1	0,867
<i>Unilateral</i>	54	30	21	36,2	33	27,3	0,581
<i>Bilateral</i>	126	70	37	63,8	88	72,7	
Miembros inferiores	255	27,2	76	26,1	178	27,9	0,581
Cadera	57	22,4	18	23,7	39	22,0	0,915
<i>Unilateral</i>	46	85,2	16	94,1	30	81,1	0,818
<i>Bilateral</i>	8	14,8	1	5,9	7	18,9	
Rodilla	115	45,3	35	46,1	80	45,2	0,818
<i>Unilateral</i>	66	60,6	22	64,7	44	58,7	0,638
<i>Bilateral</i>	43	39,4	12	35,3	31	41,3	
Pie	70	27,6	20	26,3	50	28,2	0,638
<i>Unilateral</i>	45	66,2	14	73,7	31	63,3	0,999
<i>Bilateral</i>	23	33,8	5	26,3	18	36,7	
Todo el miembro inferior	12	4,7	3	3,9	8	4,5	
<i>Unilateral</i>	9	75	3	100,0	6	75,0	0,266
<i>Bilateral</i>	3	25	0	0,0	2	25,0	
Otras localizaciones	8	0,9	4	1,4	4	0,6	0,266

Porcentajes calculados sobre el total de individuos para los que se disponía de la información correspondiente.

4.3.9.4. Enfermedad reumatológica asociada al dolor dominante

Los diagnósticos que se consideraron causantes del dolor dominante de los pacientes con más frecuencia (figura 6) son las artropatías inflamatorias (30 %) y la artrosis (27 %), seguidos de los reumatismos de partes blandas (17 %) y las algias vertebrales (8 %).

Existen diferencias significativas entre los pacientes nuevos y los de revisión. En los primeros los diagnósticos más habituales, por orden de frecuencia, son la artrosis, los reumatismos de partes blandas, las algias vertebrales y las artropatías inflamatorias. En los pacientes en revisión, las artropatías inflamatorias, la artrosis y los reumatismos de partes blandas.

Si comparamos ambos grupos, las artrosis, los reumatismos de partes blandas, las algias vertebrales y los dolores neuropáticos son más frecuentes en los pacientes nuevos. Las artropatías inflamatorias, en cambio, son más frecuentes en los pacientes en revisión.

Dentro de las artrosis, la que más frecuentemente se asocia al dolor dominante del paciente es la de rodilla (36 %). En el caso de las artropatías inflamatorias, es la artritis reumatoide (44 %), y la tendinitis (63 %) lo es para partes blandas. Dentro de las algias vertebrales, las lumbalgias constituyen el 77 % de los dolores dominantes.

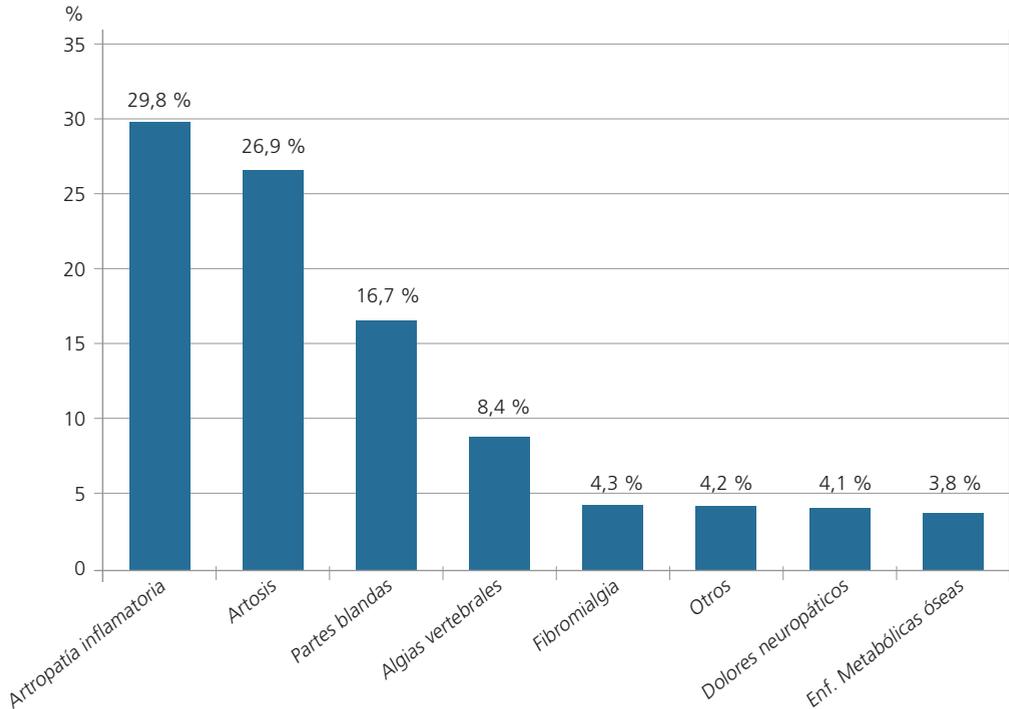


Figura 6. Diagnóstico asociado a dolor dominante.

Tabla 15. Diagnóstico asociado al dolor dominante.

N=1.047	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Artrosis	282	26,9	110	33,8	169	23,7	0,001
Rodillas	101	35,8	36	32,7	64	37,9	
Caderas	26	9,2	11	10,0	15	8,9	
Manos	55	19,5	30	27,3	24	14,2	
Columna cervical	55	19,5	25	22,7	29	17,2	
Columna dorsal	13	4,6	5	4,5	8	4,7	
Columna lumbar	67	23,8	20	18,2	45	26,6	
Otras	18	6,4	7	6,4	10	5,9	
Artropatía inflamatoria crónica	312	29,8	36	11,1	275	38,6	
Artritis reumatoide	136	43,9	16	44,4	119	43,6	0,773
Espondilitis anquilosante	60	19,4	6	16,7	54	19,8	
Atritis psoriásica	54	17,4	5	13,9	49	17,9	
Otras	60	19,4	9	25,0	51	18,7	
Reumatismo de partes blandas	175	16,7	72	22,2	103	14,4	0,002
Bursitis	25	14,5	12	16,7	13	13,0	0,359
Tendinitis	109	63,4	46	63,9	63	63,0	
Síndrome miofascial	20	11,6	5	6,9	15	15,0	
Otros	18	10,5	9	12,5	9	9,0	
Artropatía por cristales	18	1,7	5	1,5	13	1,8	0,744
Gota	12	66,7	3	60,0	9	69,2	0,561
Depósito de pirofosfato cálcico	6	33,3	2	40,0	4	30,8	
Enfermedades metabólicas óseas	41	3,8	16	4,6	25	3,5	0,389
Osteoporosis	28	68,3	13	81,3	15	60,0	
Osteomalacia	1	2,4	0	0,0	1	4,0	
Enfermedad de Paget	3	7,3	1	6,3	2	8,0	
Aplastamiento vertebral	7	17,1	2	12,5	5	20,0	
Otras	2	4,9	0	0,0	2	8,0	
Algias vertebrales	88	8,4	38	11,7	49	6,9	0,009
Cervicales	13	15,5	5	14,3	8	16,7	
Dorsales	6	7,1	3	8,6	3	6,3	
Lumbares	65	77,4	27	77,1	37	77,1	
Dolores neuropáticos	43	4,1	20	5,8	21	2,9	0,024
Radiculopatía	23	54,8	10	50,0	13	61,9	
Neuropatía periférica	15	35,7	9	45,0	5	23,8	
Otros	4	9,5	1	5,0	3	14,3	
Fibromialgia	45	4,3	11	3,4	33	4,6	0,356
Otros diagnósticos (incluidas patologías no reumáticas)	44	4,2	19	5,8	25	3,5	0,083

Porcentajes calculados sobre el total de individuos para los que se disponía de la información correspondiente.

4.3.10. Tratamientos

Se exploró el tratamiento que los pacientes traían prescrito o habían recibido durante el mes anterior a la consulta, tanto el relacionado con las comorbilidades relevantes (ver apartado de Comorbilidad), como el administrado específicamente para el control del dolor. Se recogió información acerca del tratamiento farmacológico (el tratamiento analgésico propiamente dicho y el coadyuvante) y las técnicas intervencionistas, e información sobre el tratamiento no farmacológico de cualquier tipo.

4.3.10.1. Tratamiento de las comorbilidades

Con respecto al tratamiento de las comorbilidades, destaca el uso de antihipertensivos, que tenían prescritos aproximadamente el 25 % de los pacientes, y de tratamiento protector gástrico con IBP (42 %). Tanto el tratamiento con IBP como el uso de esteroides son significativamente más frecuentes en los pacientes que acuden a revisión que en los nuevos.

4.3.10.2. Tratamiento farmacológico e intervencionista del dolor

El 86 % de los pacientes traían pautado un tratamiento específico para el dolor, siendo significativamente más frecuente entre los pacientes en revisión que entre los nuevos.

El tratamiento había sido prescrito en la mayoría de los casos por el reumatólogo (66 %) o por el médico de primaria (29 %).

Tabla 16. Tratamiento de las comorbilidades.

N=1.084	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
IBP	461	42,5	116	33,9	341	46,5	<0,001
AAS	68	6,3	19	5,6	49	6,7	0,566
Esteroides	106	9,8	16	4,7	90	12,3	<0,001
Diuréticos	59	5,4	17	5,0	42	5,7	0,715
Antihipertensivos	266	24,5	84	24,6	180	24,6	1,000

* *Categorías no excluyentes.*

Tabla 17. Tratamiento prescrito para control del dolor en el último mes.

	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Pacientes con tratamiento previo pautado (n=1.075)	920	85,6	255	74,8	658	90,5	<0,001
Profesional que prescribió el tratamiento (n=910)							
Reumatólogo	603	66,3	59	23,5	540	82,7	
Médico general	261	28,7	166	66,1	95	14,5	
Otro especialista	32	3,5	15	6,0	15	2,3	
Autoprescripción	6	0,7	5	2,0	1	0,2	
Otros	8	0,9	6	2,4	2	0,3	

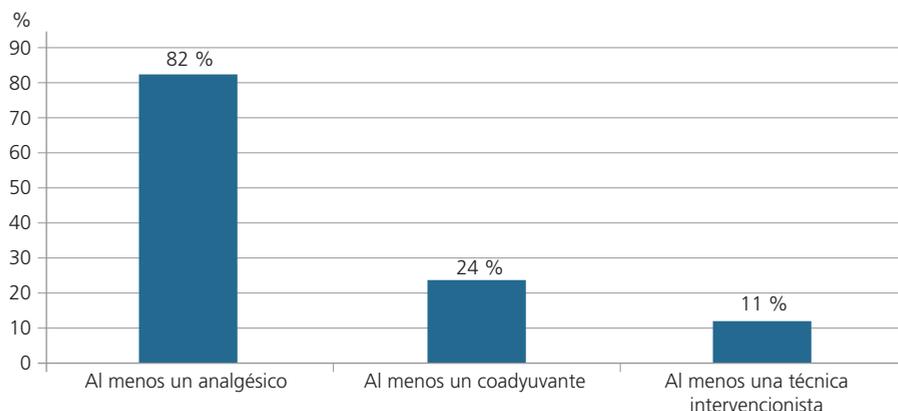


Figura 7. Pacientes con algún tipo de tratamiento.

Como era de esperar, en la mayoría de pacientes nuevos el tratamiento estaba prescrito por el médico de familia, mientras que en los pacientes en revisión lo estaba por el reumatólogo.

El 82 % de los pacientes estaban en tratamiento con algún tipo de analgésico y casi la cuarta parte tomaban alguna medicación coadyuvante. Más escaso era el uso de técnicas intervencionistas para el control del dolor.

En lo relativo al tratamiento analgésico, lo más frecuente es el uso de AINE tradicionales (46 %), sobre todo orales (97 %), y de analgésicos simples (42 %). Menos frecuente es el uso de analgésicos centrales débiles (15 %) y de COXIB (11 %), y sólo en unos pocos casos se usan analgésicos potentes

Tabla 18. Tratamiento analgésico para el control del dolor en el último mes.

	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Analgésicos* (n=1.084)							
Analgésicos simples	461	42,5	135	39,5	324	44,2	0,163
AINE	502	46,3	141	41,2	355	48,4	0,032
Orales (n=363)	354	97,5	110	95,7	241	98,4	0,151
Tópicos (n=363)	9	2,5	5	4,3	4	1,6	
COXIB	115	10,6	21	6,1	94	12,8	0,001
Analgésicos centrales débiles	167	15,4	54	15,8	111	15,1	0,855
Asociaciones periférico/central débil	38	3,5	9	2,6	28	3,8	0,415
Analgésicos potentes	50	4,6	5	1,5	41	5,6	0,003
Inhibidores de la sustancia P	15	1,4	2	0,6	13	1,8	0,165
Otros	47	4,3	12	3,5	35	4,8	0,432

* Categorías no excluyentes.

Porcentajes calculados sobre el total de individuos para los que se disponía de la información correspondiente.

(buprenorfina, morfina, hidromorfona, fentanilo, tapentadol, oxicodona) (5 %) o asociaciones de analgésicos (3 %), siendo anecdótico el uso de inhibidores de la sustancia P (1 %).

Los AINE, tanto los tradicionales como los COXIB, son de uso significativamente más frecuente en los pacientes que acuden a revisión. Lo mismo ocurre con los analgésicos potentes.

El uso de coadyuvantes, en general, es bastante menos frecuente que el de analgésicos.

Los antidepresivos y los anticonvulsivantes se utilizan en cerca del 10 % de los pacientes. El uso de anestésicos locales, por su parte, es muy escaso y no alcanza el 1 %. Los relajantes musculares se usan con algo más de frecuencia (12 %).

No existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes nuevos y pacientes que acudían a revisión en el uso de tratamiento coadyuvante.

Las técnicas intervencionistas también son poco frecuentes. Las infiltraciones son las más comunes (9 %), sobre todo y de manera significativa, en los pacientes que acuden a revisión.

Tabla 19. Tratamiento coadyuvante para el control del dolor en el último mes*.

Coadyuvantes (n=1.084)	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Antidepresivos	112	10,3	30	8,8	78	10,6	0,401
<i>Tricíclicos clásicos</i>	31	29,8	4	13,8	27	37,5	
<i>ISRS</i>	44	42,3	18	62,1	23	31,9	
<i>IR duales SN</i>	23	22,1	6	20,7	17	23,6	
<i>ISRN</i>	4	3,8	1	3,4	3	4,2	
<i>Antidepresivos melatoninérgicos</i>	1	1,0	0	0,0	1	1,4	
<i>IMAO</i>	1	1,0	0	0,0	1	1,4	
Anticonvulsivantes	102	9,4	23	6,7	74	10,1	0,093
<i>Gabapentinoídes</i>	92	92,0	19	82,6	69	95,8	
<i>Carbamacepina</i>	2	2,0	1	4,3	1	1,4	
<i>Topiramato</i>	2	2,0	1	4,3	2	2,8	
<i>Otros</i>	4	4,0	2	8,7	0	0,0	
Relajantes musculares	127	11,7	34	9,9	90	12,3	0,31
<i>Benzodiacepinas</i>	109	89,3	28	84,8	78	90,7	
<i>Metocarbamol</i>	3	2,5	1	3,0	2	2,3	
<i>Ciclobenzaprina</i>	8	6,6	3	9,1	5	5,8	
<i>Tizanidina</i>	2	1,6	1	3,0	1	1,2	
Anestésicos locales	10	0,9	1	0,3	9	1,2	0,183
<i>Inyección subcutánea</i>	4	40,0	0	0,0	4	44,4	1,000
<i>Tópicos</i>	6	60,0	1	0,3	5	55,6	
Otros fármacos coadyuvantes	17	1,6	3	0,9	14	1,9	0,316

* Categorías no excluyentes.

Tabla 20. Tratamiento con técnicas intervencionistas para el control del dolor en el último mes*.

	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Técnicas intervencionistas (n=1.084)							
Infiltraciones/bloqueos de corticoides	99	9,1	18	5,3	80	10,9	0,004
<i>Articulares</i>	54	57,4	12	70,6	42	55,3	
<i>Periarticulares</i>	34	36,2	5	29,4	29	38,2	
<i>Espinales</i>	6	6,4	0	0,0	5	6,6	
Sinovioartesis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	–
Radiofrecuencia	1	0,1	1	0,3	0	0,0	0,318
Ozonoterapia	4	0,4	1	0,3	3	0,4	1,000
Ácido hialurónico intraarticular	14	1,3	2	0,6	12	1,6	0,247
Otras técnicas intervencionistas	6	0,6	1	0,3	5	0,7	0,671

* *Categorías no excluyentes.*

4.3.10.3. *Tratamiento no farmacológico del dolor*

Los tratamientos no farmacológicos tampoco son muy utilizados.

Sólo el 26 % de los pacientes han tenido algún tratamiento de este tipo, independientemente de cuál de ellos haya sido empleado, aunque hay una diferencia significativa entre los pacientes nuevos y los que acuden a revisión, con un mayor uso de técnicas no farmacológicas en estos últimos.

Dentro de esta escasa utilización de las técnicas no farmacológicas, destaca como más frecuente el uso de las técnicas que tienen que ver con la movilización física, como la fisioterapia (11 %), la rehabilitación (10 %), y el ejercicio físico y actividades deportivas (10 %). La rehabilitación además es significativamente más utilizada en los pacientes que acuden a revisión, al igual que la práctica de ejercicio físico.

Junto a las técnicas que tienen que ver con la movilización física, la otra intervención más frecuente es la educación al paciente (9 %), donde también existen diferencias significativas en su uso entre los pacientes nuevos y los de revisión, en los que es más frecuente.

El resto de los tratamientos explorados como psicoterapia, relajación, hidroterapia, masajes, quiropraxia, osteopatía, electroterapia, TENS, acupuntura, u homeopatía son en general técnicas muy poco utilizadas (en menos del 3 % de los pacientes), y no se detectan diferencias en el uso de ninguna de ellas entre los dos grupos de pacientes.

4.3.10.4. *Tratamiento del dolor prescrito en la visita*

El tratamiento pautado al paciente durante la visita al reumatólogo parece que sigue la pauta del tratamiento precedente, sin grandes cambios, ya que en su mayoría se utilizan analgésicos (55 %), seguidos por medicación coadyuvante (20 %), y con menos frecuencia las técnicas intervencionistas y los tratamientos no farmacológicos (aproximadamente el 9 % en ambos casos). No se encuentran diferencias en este aspecto entre los pacientes que acuden por primera vez y los que vienen a revisión.

Tabla 21. Tratamiento no farmacológico prescrito para el control del dolor en el último mes*.

	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Pacientes con al menos un tratamiento no farmacológico	286	26,3	64	18,7	219	29,9	<0,001
Tratamientos utilizados							
Educación al paciente	98	9,0	16	4,7	82	11,2	0,001
Psicoterapia	18	1,7	2	0,6	16	2,2	0,100
Cognitivo conductual	12	75,0	2	100	10	71,4	1,000
<i>Grupal</i>	6	54,5	0	0	6	66,7	
<i>Individual</i>	5	45,5	2	100	3	33,3	
Otro tipo de terapia	4	25,0	0	0	4	28,6	—
Relajación	22	2,0	6	1,8	16	2,2	0,817
Ejercicio físico y actividad deportiva	113	10,4	17	5	96	13,1	<0,001
Rehabilitación	114	10,5	26	7,6	87	11,9	0,044
Fisioterapia	120	11,1	38	11,1	80	10,9	1,000
Hidroterapia/balneoterapia	13	1,2	3	0,9	10	1,4	0,765
Masaje	30	2,8	5	1,5	25	3,4	0,108
Quiropraxia/manipulación	1	0,1	1	0,3	0	0,0	0,318
Osteopatía	5	0,5	1	0,3	4	0,5	1,000
Electroterapia (no TENS)	2	0,2	0	0	2	0,3	1,000
TENS	12	1,1	3	0,9	9	1,2	0,762
Acupuntura	13	1,2	7	2,0	6	0,8	0,129
Homeopatía	2	0,2	1	0,3	1	0,1	0,535
Otros	13	1,2	3	0,9	10	1,4	0,703

* *Categorías no excluyentes.*

Porcentajes calculados sobre el total de individuos para los que se disponía de la información correspondiente.

Tabla 22. Tratamiento prescrito durante la visita.

n=1.084	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Analgésicos	595	54,9	201	58,8	389	53,1	0,092
Coadyuvantes	220	20,3	71	20,8	149	20,3	0,934
Técnicas intervencionistas	103	9,5	41	12,0	62	8,5	0,085
Tratamiento no farmacológico	93	8,6	30	8,8	62	8,5	0,957
Otros tratamientos	192	17,7	61	17,8	130	17,7	1,000

* *Categorías no excluyentes.*

4.3.11. Percepción de dolor controlado y satisfacción con el tratamiento

El 60 % de los pacientes, en esta primera visita, consideraba que el dolor actual estaba controlado en relación al dolor que tenía previamente, permitiéndoles llevar una vida normal y disfrutar de actividades de ocio. En este aspecto, existen diferencias significativas entre los pacientes nuevos y los que acuden a revisión, ya que estos últimos tenían con más frecuencia la percepción de que su dolor estaba controlado (65,5 % frente a 49,4 %).

Aproximadamente la mitad de los pacientes (51 %) consideraban que su estado actual era satisfactorio, teniendo en cuenta todas las actividades que realizaban durante su vida diaria, su nivel de dolor, y su condición de limitaciones funcionales. Esta percepción es también significativamente más frecuente en los pacientes que acuden a revisión (56,6 %) que en los que vienen por primera vez a la consulta (40,6 %).

Tabla 23. Percepción de dolor controlado y satisfacción con el tratamiento.

N=1.084	Total muestra		PN		PR		p valor
	Me	RI	Me	RI	Me	RI	
Grado de alivio obtenido con el tratamiento farmacológico	6	4-8	5	2-7	6	4-8	<0,001
Tolerancia al tratamiento seguido	8	6-10	8	5-9	8	6-10	0,003
Grado de intensidad de dolor que el paciente considera aceptable	2	0-4	2	0-4	2	1-4	0,812
	n	%	n	%	n	%	
Considera que el tratamiento es suficiente para llevar una vida normal (n=988)							
Sí	475	48,1	103	35,6	369	53,3	<0,001
No	395	40	142	49,1	249	36,0	
No sabe	118	11,9	44	15,2	74	10,7	
Dolor controlado en relación a dolor previo que permite realizar mayor actividad y disfrutar de actividades de ocio (n=1.038)							
Sí	628	60,5	153	49,4	471	65,5	<0,001
No	410	39,5	157	50,6	248	34,5	
Estado en que se encuentra con el tratamiento en comparación a estado anterior (n=1.021)							
Muchísimo mejor	144	14,1	18	6,1	125	17,4	<0,001
Mucho mejor	291	28,5	49	16,7	240	33,4	
Ligeramente mejor	305	29,9	111	37,9	191	26,6	
Ni mejor ni peor	219	21,4	91	31,1	125	17,4	
Ligeramente peor	35	3,4	11	3,8	24	3,3	
Mucho peor	23	2,3	11	3,8	12	1,7	
Muchísimo peor	4	0,4	2	0,7	2	0,3	
Estado actual satisfactorio teniendo en cuenta todas las actividades de la vida diaria, el nivel de dolor y las limitaciones funcionales (n=1.044)							
Sí	538	51,5	129	40,6	406	56,6	<0,001
No	506	48,5	189	59,4	311	43,4	

Con respecto al tratamiento recibido, casi la mitad de los pacientes (48 %) consideraban que el tratamiento era suficiente para llevar una vida normal. Un 40 %, en cambio, opinaba que era insuficiente y un 12 % no estaba seguro. La distribución de estos porcentajes es significativamente diferente en los paciente nuevos, en los que el 35,6 % consideraba que el tratamiento era suficiente, el 49,1 % que era insuficiente y el 15,2 % no estaba seguro, mientras que en los pacientes en revisión los porcentajes son de 53,3 %, 36 %, y 10,7 %, respectivamente.

El 50 % de los pacientes consideraba que el grado de intensidad de dolor aceptable con el que se considerarían satisfechos con el tratamiento es de hasta 2 (RI 0-4), valorado en una EVA de 0 (ningún dolor) a 10 (el peor dolor imaginable), sin existir diferencias entre pacientes nuevos y en revisión.

Tras el tratamiento, más del 70 % de los pacientes se encontraba mejor (el 14 % muchísimo mejor, el 28 % mucho mejor, y el 30 % ligeramente mejor), el 21 % de los pacientes no había mejorado ni empeorado y sólo un pequeño porcentaje de pacientes manifestaban encontrarse peor que antes del tratamiento. Esta distribución es significativamente diferente en los pacientes nuevos y en los que acudían a revisión, encontrándose estos últimos en mayor proporción mucho y muchísimo mejor.

Valorando su grado de alivio entre 0 (alivio nulo) y 10 (alivio completo), el 50 % de los pacientes manifestaba tener un alivio del dolor de al menos 6 (RI 4-8). Sin embargo, este alivio es significativamente menor en los pacientes nuevos (Me=5; RI 2-7) respecto a los pacientes en revisión (Me=6; RI 4-8).

Respecto a la tolerancia al tratamiento, el 50 % de los pacientes puntuó al menos 8 (RI 6-10) en una escala que va de 0 (mala tolerancia) a 10 (excelente tolerancia), y de nuevo es mejor en los pacientes que ya estaban en seguimiento en Reumatología.

4.4. Resultado de la visita de seguimiento

Se definió como pacientes con dolor no controlado a todos aquellos con una puntuación igual o superior a 4 en la EVN de dolor, y se hizo una visita de seguimiento a estos pacientes siempre que se les hubiera instaurado un nuevo tratamiento, se hubiera modificado el existente, o se esperara que con el tratamiento que traían prescrito se producirían cambios en un plazo breve, según la opinión de los reumatólogos que los trataban.

La segunda visita se realizó en 490 de los 515 pacientes que cumplían criterios, y tuvo lugar aproximadamente 3 meses después de la primera (80,23 días de media entre ambas visitas, con una desviación estándar de 42,43).

4.4.1. Intensidad del dolor

La media de dolor de los pacientes durante la última semana en esta segunda visita sigue estando por encima de 4, concretamente es de 4,5 (DE: 2,4). La diferencia entre los pacientes nuevos y los que están en seguimiento sigue siendo significativa en esta segunda visita, pero en sentido opuesto a la visita anterior, ya que los pacientes en seguimiento tienen una media de dolor más alta (4,7) que los que vinieron por primera vez a consulta en la visita previa (4,1).

En la escala numérica de 11 puntos (de 0 a 10) del BPI, la mediana de la intensidad del dolor es de 6 para la intensidad máxima en las últimas 24 horas, 3 para la mínima, y de 4 para la intensidad

Tabla 24. Evolución de los pacientes con dolor no controlado. Visita de seguimiento.

N=490	Total muestra		PN		PR		p valor
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	
Intensidad de dolor (EVN) en la última semana (n=484)	4,5	2,4	4,1	2,4	4,7	2,3	0,005
	Me	RI	Me	RI	Me	RI	
BPI-Intensidad del dolor							
Intensidad máxima del dolor	6	3-7	5	3-7	6	4-8	0,015
Intensidad mínima del dolor	3	1-5	3	1-5	3	1-5	0,702
Intensidad media del dolor	4	2-6	4	2-6	4	3-6	0,095
Intensidad actual del dolor	4	2-6	4	2-6	4	3-7	0,047
BPI-Interferencia del dolor en las actividades del paciente							
Interferencia del dolor en las actividades en general	4	2-6	4	2-6	4	2-7	0,027
Interferencia del dolor en el estado de ánimo	3	1-6	3	1-6	3	1-6	0,185
Interferencia del dolor en la capacidad para caminar	4	1-6	4	1-6	4	1-7	0,085
Interferencia del dolor en el trabajo habitual	4	2-6	4	2-6	5	2-7	0,008
Interferencia del dolor en las relaciones con otras personas	2	0-4	2	0-4	3	0-6	0,088
Interferencia del dolor en el sueño	3	0-6	2	0-6	3	1-6	0,083
Interferencia del dolor para disfrutar de la vida	3	1-5	3	1-5	3	1-6	0,032

media y la actual. La diferencia entre los dos grupos es significativa en cuanto a la intensidad máxima, mayor en los pacientes en revisión (6 vs 5), y también, aunque en menor medida, es significativamente mayor la intensidad de dolor actual.

Según el mismo cuestionario, la mayor interferencia que produce el dolor afecta a las actividades generales y laborales del paciente, así como a su capacidad para caminar (Me=4). Algo menor es la interferencia que produce en el estado de ánimo, en el sueño y en la capacidad para disfrutar de la vida (Me=3), y más leve la que se produce en la capacidad para relacionarse socialmente (Me =2). Se detectan diferencias estadísticamente significativas entre pacientes nuevos y pacientes en revisión en cuanto a la afectación de la actividad en general y el trabajo habitual, siendo mayor el trastorno que produce en los últimos. También es así en la capacidad para disfrutar de la vida.

4.4.2. Cambios en el tratamiento y adherencia terapéutica

Más del 85 % de los pacientes había seguido adecuadamente el tratamiento prescrito en la visita anterior, según sus médicos.

Se realizaron cambios en el tratamiento pautado desde la visita anterior en 174 (35,9 %) pacientes, siendo significativamente más frecuente que estos cambios se realizaran en los pacientes nuevos que en los pacientes que acudían a revisión.

Cuando había cambios en el tratamiento, lo más frecuente era mantener el tratamiento precedente y aumentar su dosis o frecuencia, que es lo que se hizo en el 46 % de los casos en los que hubo modificación del tratamientos analgésico, en el 44 % de los cambios de la medicación coadyuvante, en el 39 % de los cambios de las técnicas intervencionistas y en el 54 % de los cambios de los tratamientos no farmacológicos.

Tabla 25. Cumplimiento con el tratamiento y cambios en el mismo. Visita de seguimiento.

	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
Cumplimiento del tratamiento prescrito (n=479)							
Si	415	86,6	143	83,6	269	88,5	0,174
No	64	13,4	28	16,4	35	11,5	
Cambios en el tratamiento prescrito* (n=485)	174	35,9	74	42,8	99	32,1	0,026
Cambios en el tratamiento analgésico	122	70,1	51	29,5	71	22,7	0,098
<i>Aumento de dosis</i>	56	45,9	20	39,2	37	52,1	
<i>Reducción de dosis</i>	11	9	2	3,9	8	11,3	
<i>Adición de un nuevo analgésico</i>	17	13,9	10	19,6	7	9,9	
<i>Cambio por otro analgésico</i>	26	21,3	13	25,5	13	18,3	
<i>Supresión del analgésico</i>	12	9,8	6	11,8	6	8,5	
Cambios en el tratamiento coadyuvante	57	32,8	24	13,9	34	10,9	0,327
<i>Aumento de dosis</i>	25	43,9	5	20,8	21	61,8	
<i>Reducción de dosis</i>	4	7	0	0,0	4	11,8	
<i>Adición de un nuevo coadyuvante</i>	20	35,1	15	62,5	5	14,7	
<i>Cambio de coadyuvante</i>	1	1,8	1	4,2	0	0,0	
<i>Supresión del coadyuvante (sin cambiarlo por otro)</i>	7	12,3	3	12,5	4	11,8	
Cambios en los tratamientos intervencionistas	28	16,1	11	6,4	16	5,1	0,566
<i>Aumento de dosis</i>	11	39,3	5	45,5	6	37,5	
<i>Adición de un nuevo tratamiento intervencionista</i>	17	60,7	6	54,5	10	62,5	
Cambios en los tratamientos no farmacológicos	33	19	12	6,9	20	6,4	0,816
<i>Aumento de dosis</i>	18	54,5	7	58,3	10	50,0	
<i>Reducción de dosis</i>	1	3	0	0,0	1	5,0	
<i>Adición de un nuevo tratamiento no farmacológico</i>	13	39,4	5	41,7	8	40,0	
<i>Supresión del tratamiento no farmacológico (sin cambiarlo por otro)</i>	1	3	0	0,0	1	5,0	

* Categorías no excluyentes.

4.4.3. Percepción de dolor controlado y satisfacción con el tratamiento

En esta segunda visita, el 61 % de los pacientes consideraba que su dolor actual estaba aceptablemente controlado en relación al que tenía previamente y le permitía realizar una mayor actividad y disfrutar de algunas actividades de ocio. No hay diferencias entre grupos.

Algo menos de la mitad de los pacientes (48 %) consideraban que su estado actual era satisfactorio, teniendo en cuenta todas las actividades que realizan durante su vida diaria, su nivel de dolor, y su condición de limitaciones funcionales. No hay diferencias entre grupos.

Tabla 26. Percepción de dolor controlado y satisfacción con el tratamiento en la segunda visita.

N=491	Total muestra		PN		PR		p valor
	Me	RI	Me	RI	Me	RI	
Grado de alivio obtenido con el tratamiento	6	4-8	6	4-7	6	4-8	0,512
Tolerancia al tratamiento seguido	8	5-9	8	5-9	8	6-9	0,527
Grado de intensidad de dolor aceptable	2	1-4	2	1-3	2	2-4	0,037
	n	%	n	%	n	%	
Considera que el tratamiento es suficiente para llevar una vida normal (n=466)							
Sí	223	47,9	87	53	136	45,6	0,110
No	179	36,5	52	31,7	124	41,6	
No sabe	64	13,1	25	15,2	38	12,8	
Dolor controlado en relación a dolor previo (n=483)							
Sí	294	60,9	107	62,9	186	60,2	0,555
No	189	39,1	63	36,4	123	39,8	
Estado en que se encuentra con el tratamiento en comparación a estado anterior (n=484)							
Muchísimo mejor	52	10,7	19	11,2	33	10,6	
Mucho mejor	149	30,8	52	30,8	95	30,5	
Ligeramente mejor	154	31,8	53	31,4	101	32,5	
Ni mejor ni peor	98	20,2	36	21,3	60	19,3	
Ligeramente peor	18	3,7	6	3,5	12	3,9	
Mucho peor	12	2,5	2	1,2	10	3,2	
Muchísimo peor	1	0,2	1	0,6	0	0,0	
Estado actual satisfactorio (según AVD, nivel de dolor y limitación funcional) (n=483)							
Sí	234	48,4	86	50,6	148	47,9	0,573
No	249	51,6	84	49,4	161	52,1	

AVD: actividades de la vida diaria.

Con respecto al tratamiento recibido, casi la mitad de los pacientes (48 %) lo consideraban suficiente. Un 37 %, en cambio, opinaba que era insuficiente. Aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, cabe mencionar que el porcentaje de pacientes que consideraban insuficiente el tratamiento es diez puntos mayor entre los que acudían a revisión que entre los pacientes nuevos (41,6 frente a 31,7).

El 50 % de los pacientes consideraba aceptable el tratamiento si mantuvieran un dolor de hasta 2 (RI 1-4). Los pacientes en revisión consideraban aceptable un grado de intensidad ligeramente mayor.

De acuerdo con su valoración según la ICGC, tras el tratamiento más del 70 % de los pacientes se encontraba mejor (el 11 % muchísimo mejor, el 31 % mucho mejor, y el 32 % ligeramente mejor); el 20 % de los pacientes no había mejorado ni empeorado, y sólo un pequeño porcentaje de pacientes (aproximadamente un 6 % entre los que se encontraban ligeramente peor, mucho peor y muchísimo peor) manifestaban encontrarse peor después del tratamiento.

En una escala de 0 (Nulo) a 10 (Completo), el 50 % de los pacientes manifestaba tener un alivio del dolor de al menos 6 (RI 4-8). No hay diferencias entre grupos.

Respecto a la tolerancia al tratamiento, en una escala de 0 (Mala) a 10 (Excelente), el 50 % de los pacientes puntuó al menos un 8 (RI 5-9), sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

4.4.4. Cambios clínicos relevantes

Se analiza la relación entre los valores de la ICGC y los cambios de cada una de las variables clínicas (EVN, BPI-intensidad, BPI-Función, BPI-Total, BPI-s (BPI simplificado de 3 ítems), la pregunta 5 del BPI (intensidad media del dolor en las últimas 24 horas) y las subescalas física y mental del SF12), para identificar y cuantificar cambios en dichas variables que tengan suficiente especificidad y sensibilidad para la definición de cambios clínicos relevantes.

Los resultados de los análisis de curvas ROC se muestran en la tabla 27.

4.4.5. Depresión y ansiedad

El 72 % de los pacientes tenían alta probabilidad de ansiedad según el HADS en la segunda visita, siendo este porcentaje mayor, aunque no de forma significativa, en los pacientes nuevos.

Los niveles de depresión por el contrario, seguían siendo bajos, ya que sólo el 21 % de los pacientes tenían alta probabilidad de padecerla según este cuestionario HADS. El cuestionario de Zung también coincide en encontrar bajos niveles de depresión. Más del 90 % de los pacientes pueden considerarse dentro de la normalidad según este cuestionario, el 8,5 % con depresión leve y el 0,2 % con depresión moderada, sin que se detecte ninguno con depresión grave. No existen diferencias significativas entre grupos.

Tabla 27. Resultados del análisis de curvas ROC. Cambios clínicos relevantes.

ICGC			
	Cambio Absoluto	sensibilidad (%)	especificidad (%)
EVN			
Muchísimo mejor	-2,5	80,4	85,6
Mucho mejor	-1,50	78,5	73,2
Ligeramente mejor	-0,50	70,7	57,7
BPI-intensidad			
Muchísimo mejor	-1,62	86,0	80,0
Mucho mejor	-0,87	73,0	71,6
Ligeramente mejor	-0,12	59,7	65,3
BPI-Interferencia			
Muchísimo mejor	-1,57	74,5	73,7
Mucho mejor	-1,21	68,9	66,3
Ligeramente mejor	-0,21	54,3	49,5
BPI-Total			
Muchísimo mejor	-1,74	82,4	80,2
Mucho mejor	-1,40	74,5	75,0
Ligeramente mejor	-0,11	60,5	56,2
BPI-s			
Muchísimo mejor	-2	78,4	76,0
Mucho mejor	-1,33	72,5	67,7
Ligeramente mejor	-0,33	52,3	53,1
BPI-5			
Muchísimo mejor	-1,5	84,0	80,0
Mucho mejor	-0,5	78,4	69,5
Ligeramente mejor	-0,5	47,7	69,5
SF12-Físico			
Muchísimo mejor	4,24	80,4	77,3
Mucho mejor	3,20	70,0	70,5
Ligeramente mejor	0,21	53,4	54,5
SF12-Mental			
Muchísimo mejor	2,57	45,7	42,0
Mucho mejor	1,17	53,8	53,4
Ligeramente mejor	0,32	55,7	51,1

Tabla 28. Depresión y ansiedad. Visita de seguimiento.

	Total muestra		PN		PR		p valor
	n	%	n	%	n	%	
HADS-Depresión (n=482)							
Normal	77	16	21	12,4	54	17,5	0,291
Sospecha	302	62,7	113	66,5	187	60,7	
Alta probabilidad	103	21,4	36	21,2	67	21,8	
HADS-Ansiedad (n=482)							
Normal	37	7,7	12	7,1	24	7,8	0,422
Sospecha	96	19,9	29	17,1	67	21,8	
Alta probabilidad	349	72,4	129	75,9	217	70,5	
ZUNG (n=457)							
Normal	417	91,2	145	89,5	268	92,1	
Depresión leve	39	8,5	17	10,5	22	7,6	
Depresión moderada	1	0,2	0	0,0	1	0,3	
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	
HADS-Depresión (n=482)	9,1	1,8	9,2	1,7	9,1	1,8	0,542
HADS-Ansiedad (n=482)	11,8	2,6	12,1	2,4	11,7	2,6	0,144
ZUNG (n=457)	42,9	6,5	43,0	6,4	42,8	6,6	0,755

4.4.6. Catastrofización

Los niveles de catastrofización son bajos, ya que la mediana es de 14 y sólo un 18,3 % de los pacientes obtuvieron una puntuación ≥ 30 . Los perfiles son similares entre los pacientes nuevos y los que acudían a revisión, aunque el componente de desesperanza es mayor en estos últimos.

Tabla 29. Catastrofización. Visita de seguimiento.

Catastrofización	Total muestra		PN		PR		p valor
	Me	RI	Me	RI	Me	RI	
Rumiación	5	1-9	5,0	0-8	5,0	1-9	0,361
Magnificación	4	2-6	4,0	2-6	4,0	1-6	0,449
Desesperanza	6	1-11	4,0	1-10	6,0	1-11	0,027
Catastrofización global	14	4-24	13,0	3-24	15,0	5-24	0,094

Tabla 30. Calidad de vida. Visita de seguimiento.

Calidad de vida SF12 (n=465)	Total muestra		PN		PR		p valor
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	
Componente físico	36,9	9,8	38,0	9,7	36,4	9,8	0,098
Componente mental	46,3	13,3	46,6	13,4	46,1	13,2	0,728

4.4.7. Calidad de vida relacionada con la salud

La muestra en su conjunto tiene peor estado de salud en el aspecto físico, con unas puntuaciones medias de 36,9 (DE: 9,8). En el componente mental la puntuación es más cercana a la normalidad, aunque también está ligeramente disminuida, con una puntuación media de 46,3 (DE: 13,3).

Este patrón se reproduce en los dos grupos (PN y PR), sin que se detecten diferencias significativas entre ellos.

4.5. ¿Existen diferencias a partir de los 65 años?

De 1062 pacientes, el 32 % tenían 65 o más años. En mayores de 65 años predomina la patología degenerativa (45,7 %), seguida por la artropatía inflamatoria crónica (18,6 %), mientras que en menores de 65 las más frecuentes son la patología inflamatoria crónica (35,1 %) y la patología

Tabla 31. Diferencias en diagnóstico y tratamiento entre mayores y menores de 65 años.

Diagnóstico	≤64 años	>64 años	p valor
	n (%)	n (%)	
Enfermedades mecánicas	219 (30,8)	150 (45,7)	<0,001
Artropatía inflamatoria crónica	249 (35,1)	61 (18,6)	
Fibromialgia	37 (5,2)	7 (2,1)	
Dolores neuropáticos	30 (4,2)	11 (3,4)	
Partes blandas	116 (16,3)	57 (17,4)	
Otros	59 (8,3)	42 (12,8)	
Tratamiento			
Analgésicos	393 (53,5)	196 (57,5)	0,254
Antidepresivos	80 (10,9)	30 (8,8)	0,342
Anticonvulsivantes	71 (9,7)	31 (9,1)	0,848
Relajantes musculares	90 (12,3)	36 (10,6)	0,480
Anestésicos locales	7 (1,0)	3 (0,9)	1,000
Otros coadyuvantes	6 (0,8)	11 (3,2)	0,007
Técnicas intervencionistas	52 (7,1)	50 (14,7)	<0,001
No farmacológico	67 (9,1)	26 (7,6)	0,484

Tabla 32. Diferencias en intensidad del dolor, depresión, ansiedad, catastrofismo, situación de dolor controlado y calidad de vida entre mayores y menores de 65 años.

	BASAL			VISITA 2		
	EDAD PACIENTE			EDAD PACIENTE		
	≤64	>64	p	≤64	>64	p
EVN	5,0 [3,0-7,0]	5,0 [3,0-7,0]	0,313	4,0 [3,0-6,0]	4,0 [3,0-6,0]	0,508
BPI-3	6,0 [3,0-8,0]	6,0 [4,0-8,0]	0,352	6,0 [3,0-8,0]	6,0 [3,5-7,0]	0,466
BPI-4	3,0 [1,0-5,0]	3,0 [1,0-5,0]	0,791	3,0 [1,0-5,0]	3,0 [1,0-4,0]	0,386
BPI-5	5,0 [2,0-6,0]	5,0 [3,0-6,0]	0,453	4,0 [3,0-6,0]	4,0 [3,0-6,0]	0,427
BPI-6	5,0 [2,0-7,0]	5,0 [2,0-7,0]	0,764	4,0 [2,0-7,0]	4,0 [2,0-6,0]	0,249
BPI-interferencia	4,1 [1,6-6,3]	4,1 [1,6-6,0]	0,726	3,7 [1,4-5,8]	3,7 [1,6-5,9]	0,676
DEPRESIÓN (HADS)	9,1 (2,0)	9,1 (1,9)	0,789	9,0 (1,8)	9,4 (1,8)	0,030
ANSIEDAD (HADS)	11,3 (2,6)	11,5 (2,6)	0,239	11,8 (2,6)	12,1 (2,5)	0,232
ZUNG	44,2 (6,5)	42,6 (6,4)	<0,001	43,6 (6,2)	41,2 (7,0)	0,001
Catastrofismo	15,0 [6,0-28,0]	15,0 [6,0-29,0]	0,969	14,0 [4,0-24,0]	15,0 [4,0-26,0]	0,451
Dolor controlado, n (%)	423 (60,5)	200 (60,6)	1,000	195 (58,7)	94 (64,8)	0,250
SF12-Físico	38,0 (10,8)	36,3 (10,2)	0,018	37,6 (10,1)	35,4 (9,0)	0,028
SF12-Mental	45,1 (13,2)	44,7 (13,0)	0,621	46,4 (12,9)	45,9 (14,1)	0,723

EVN, BPI3, BPI4, BPI5, BPI6 y catastrofismo: mediana y rango intercuartílico. HADS, ZUNG, SF-12: media y desviación típica. BPI-3: intensidad máxima del dolor en las últimas 24 horas. BPI-4: intensidad mínima del dolor en las últimas 24 horas. BPI-5: intensidad media del dolor en las últimas 24 horas. BPI-6: intensidad del dolor actual.

degenerativa (30,8 %). Los de mayor edad presentaban mayores consumos de analgésicos simples (56,9 % vs 35,8 %; $p<0,001$), opioides débiles (19,1 % vs 13,9 %; $p=0,037$) y opioides potentes (6,7 % vs 3,7 %; $p=0,030$), y menores de AINE (34,9 % vs 51,6 %; $p<0,001$). No se objetivaron diferencias significativas en la intensidad del dolor, BPI, SF-12, escalas de depresión y ansiedad, ni catastrofismo, tanto en la visita basal como en la de seguimiento. Un porcentaje ligeramente mayor de pacientes mayores de 65 presentaban una situación de dolor controlado en la visita de seguimiento (65 % vs 59 %).

4.6. Comparación entre pacientes según la intensidad del dolor

De 1056 pacientes, el 31 % tenían una intensidad de dolor igual o mayor a 7 (dolor intenso), el 32,6 % entre 4 y 6 (dolor moderado), y el 36,5 % menor de 4 (dolor leve). Entre los pacientes con intensidad de dolor menor de 4 hay un mayor porcentaje de individuos en revisión que entre los pacientes con intensidad entre 4 y 6 y mayor de 6 (73,7; 63,4 y 66,6 respectivamente; $p=0,009$).

En los pacientes con dolor igual o mayor a 7 hay un mayor porcentaje de fibromialgia (9,8 % frente a 3,5 % en el grupo entre 4 y 6, y 0,3 % en el grupo de menos de 4) y de reumatismos de partes blandas (22,8 % frente a 18,1 % y 10,4 %) ($p<0,001$).

En el grupo de dolor intenso hay un mayor porcentaje de mujeres (79,2 % vs 70,9 % vs 63,6 %; $p < 0,001$); mayor porcentaje de personas en paro, amas de casa y jubilados; menor nivel de estudios, y mayor porcentaje de invalidez permanente reconocida (19,4 % vs 16,8 % vs 10 %; $p = 0,001$) o solicitada (6,3 % vs 3,7 % vs 1,1 %; $p = 0,002$). En el grupo con dolor leve hay un mayor porcentaje

Tabla 33. Diferencias en BPI, ansiedad, depresión, calidad de vida y catastrofismo en función de la intensidad de dolor. Visita basal.

	Intensidad de dolor			
	Leve (EVN<4)	Moderado (4-6)	Intenso (≥ 7)	P valor
BPI intensidad	2,3 [1,0-3,5]	5,0 [3,8-5,8]	6,5 [5,5-7,5]	<0,001
BPI interferencia	1,4 [0,3-3,7]	4,4 [2,4-5,7]	6,3 [4,7-7,4]	<0,001
BPI global	1,9 [0,8-3,5]	4,6 [3,3-5,6]	6,3 [5,2-7,5]	<0,001
Ansiedad (HADS)	12,2 (2,3)	11,3 (2,6)	10,4 (2,7)	<0,001
Depresión (HADS)	8,9 (1,7)	9,1 (2,1)	9,5 (2,2)	0,001
Zung	44,3 (6,5)	43,2 (6,8)	43,6 (6,1)	0,082
SF12-Físico	43,7 (10,5)	35,9 (9,0)	31,2 (7,7)	<0,001
SF12-Mental	49,1 (11,3)	45,0 (13,1)	39,7 (13,5)	<0,001
Catastrofización	7,0 [2,0-16,0]	17,0 [7,0-26,0]	28,0 [15,0-37,0]	<0,001
Dolor controlado, n (%)	319 (86,9)	206 (61,9)	93 (28,4)	<0,001
Estado actual satisfactorio, n (%)	304 (81,3)	157 (47,1)	67 (20,6)	<0,001

BPI y catastrofización: mediana y rango intercuartílico. HADS, ZUNG, SF-12: media y desviación típica.

Tabla 34. Diferencias en BPI, ansiedad, depresión, calidad de vida y catastrofismo en función de la intensidad de dolor. Visita de seguimiento.

	Intensidad de dolor			
	Leve (EVN<4)	Moderado (4-6)	Intenso (≥ 7)	P valor
BPI intensidad	2,3 [1,3-3,1]	4,8 [4-5,8]	7,0 [6,3-7,8]	<0,001
BPI interferencia	1,3 [0,4-2,6]	4,1 [3,1-5,6]	7,0 [5,4-7,9]	<0,001
BPI global	1,8 [0,9-2,7]	4,5 [3,6-5,5]	6,9 [5,9-7,8]	<0,001
Ansiedad (HADS)	13,0 (2)	11,5 (2,4)	10,4 (2,9)	<0,001
Depresión (HADS)	8,9 (1,6)	9,1 (1,9)	9,5 (2,0)	0,052
Zung	43,2 (6,5)	42,8 (6,3)	42,6 (6,8)	0,750
SF12-Físico	43,5 (9,3)	34,4 (8,1)	29,8 (5,8)	<0,001
SF12-Mental	54,8 [51,0-57,9]	49,7 [33,4-55,7]	31,4 [25,7-50,6]	<0,001
Catastrofización	4,0 [1,0-14,3]	17,0 [9,5-26]	26,0 [16,0-39,0]	<0,001
Dolor controlado, n (%)	169 (93,4)	104 (53,1)	20 (19,8)	<0,001
Estado actual satisfactorio, n (%)	153 (85)	71 (36)	9 (8,9)	<0,001

BPI, SF12-Mental y catastrofización: mediana y rango intercuartílico. HADS, ZUNG, SF-12-Físico: media y desviación típica.

Tabla 35. Diferencias en el tratamiento* en función de la intensidad de dolor. Visita basal.

	Intensidad de dolor			P valor
	Leve (EVN<4)	Moderado (4-6)	Intenso (≥7)	
Analgés. simples	135 (34,5 %)	161 (46,4 %)	165 (49,5 %)	<0,001
AINE	138 (35,3 %)	175 (50,4 %)	187 (56,2 %)	<0,001
COXIB	40 (10,2 %)	32 (9,2 %)	43 (12,9 %)	0,275
Centrales débiles	25 (6,4 %)	66 (19,0 %)	76 (22,8)	<0,001
Periférico + central débil	4 (1,0 %)	13 (3,7 %)	21 (6,3 %)	0,001
Analgésicos potentes	7 (1,8 %)	8 (2,3 %)	35 (10,5 %)	<0,001
Antidepresivos	17 (4,3 %)	23 (6,6 %)	72 (21,6 %)	<0,001
Relajantes musculares	31 (7,9 %)	38 (11,0 %)	58 (17,4 %)	<0,001
Anticonvulsivantes	16 (4,1 %)	32 (9,2 %)	54 (16,2 %)	<0,001
Anestésicos locales	5 (1,3 %)	2 (0,6 %)	3 (0,9 %)	<0,001
Técnica intervencionista	26 (6,6 %)	44 (12,7 %)	48 (14,4 %)	0,002

* Tratamientos que el paciente traía prescrito o había recibido en el último mes para controlar el dolor.

de pacientes en revisión que en los grupos con dolor moderado y dolor intenso (73,7 % vs 63,4 % vs 66,6 %, respectivamente; $p=0,009$). No se encontró asociación de la intensidad del dolor con la edad, el ámbito de residencia (urbano, semiurbano y rural) ni el estado civil. El porcentaje de pacientes en situación de baja laboral es mayor en el grupo de dolor moderado (7,7 %, frente al 5,6 % en el grupo de dolor intenso y 0,8 % en el de dolor leve; $p<0,001$).

Existe asociación con el BPI intensidad e interferencia en las actividades y la calidad de vida, con mayor repercusión clínica en función de la intensidad del dolor; los niveles de catastrofismo también son mayores a mayor intensidad del dolor.

En la visita de seguimiento, se mantiene la mayor repercusión en el BPI y la calidad de vida en los individuos con nivel de dolor mayor de 6.

4.7. Diferencias en dolor, calidad de vida y estado emocional según tipo de patología reumática

En la visita basal, los pacientes con fibromialgia (FM) presentaban intensidad de dolor significativamente más alta, según EVN (8 (RI 6-9)) y BPI (6,5 (RI 6-8,1)), que el resto de patologías, mientras que los pacientes con artropatías inflamatorias, la más baja (EVN = 4 (RI 2-6) y BPI = 3,7 (RI 1,7-5,5)). La interferencia del dolor en las actividades del paciente también era mayor en la FM (7 (RI 5,6-8,4) vs. 4,1 (RI 1,6-6,3) en el conjunto de enfermedades reumáticas) y en la patología neuropática (5,9 (RI 3,7-7,1)), mientras que la calidad de vida, tanto física (27,7 (DE 5,9)) como mental (32,3 (DE 12)), era menor en pacientes con FM (37,4 (DE 10,6) y 44,9 (DE 13,2), respectivamente, en el conjunto de enfermedades reumáticas).

Los pacientes con FM presentaban puntuaciones ligeramente mayores en el HADS-depresión (10 (DE 2,6) vs. 9,1 (DE 2) en el conjunto de enfermedades reumáticas), aunque menores de ansiedad (9,4 (DE 2,3) vs. 11,3 (DE 2,6)).

Estas diferencias entre patologías desaparecen en la visita de seguimiento, salvo en la interferencia del dolor en las actividades y en la dimensión mental del SF-12, que continúan estando más afectadas en la FM.

Existe una leve disminución de la intensidad del dolor entre la visita 1 y la visita 2 y de su interferencia en las actividades, mayor en la fibromialgia y en los reumatismos de partes blandas; sin embargo, en las artropatías inflamatorias crónicas se observó un ligero aumento. No hay diferencias clínicamente relevantes entre ambas visitas en la calidad de vida según la puntuación en el SF-12 ni en la puntuación del HADS-depresión; la mayor mejoría en el SF-12 se da en la fibromialgia y en la patología neuropática. Se observó un pequeño aumento en la puntuación media del HADS-ansiedad, que en el caso de la fibromialgia y la patología neuropática supone pasar de la categoría de sospecha (puntuaciones entre 8 y 10) a la de alta probabilidad (puntuaciones a partir de 11).

Tabla 36. Diferencias en la intensidad del dolor (EVN) según patología y entre visitas.

	EVN		
	Visita 1	Visita 2	p (V1 vs V2)
Patología Mecánica	5,0 [2,0-7,0]	4,0 [3,0-6,0]	<0,001
Artropatía Inflamatoria Crónica	4,0 [2,0-6,0]	4,0 [3,0-6,0]	<0,001
Fibromialgia	8,0 [6,0-9,0]	4,5 [3,2-7,0]	<0,001
Patología Neuropática	5,0 [4,0-8,0]	5,0 [3,0-6,0]	0,004
Reumatismos de Partes Blandas	6,0 [4,0-8,0]	4,0 [2,0-6,0]	<0,001
Otros	3,0 [1,0-6,0]	3,0 [1,5-6,5]	0,001
Total	5,0 [3,0-7,0]	4,0 [3,0-6,0]	<0,001
p valor	<0,001	0,164	

Tabla 37. Diferencias en el BPI según patología y entre visitas.

	BPI_INTENSIDAD			BPI_INTERFERENCIA		
	V1	V2	p (V1 vs V2)	V1	V2	p (V1 vs V2)
Patología Mecánica	5,0 [3,0-6,2]	4,2 [3,0-5,7]	<0,001	4,2 [1,8-6,0]	3,9 [1,8-5,9]	<0,001
Artropatía Inflamatoria Crónica	3,7 [1,7-5,5]	4,5 [2,7-6,0]	0,003	3,1 [1,0-5,9]	3,7 [1,3-5,5]	<0,001
Fibromialgia	6,5 [6,0-8,1]	5,0 [3,2-6,5]	<0,001	7,0 [5,6-8,4]	5,6 [3,8-7,1]	0,010
Patología Neuropática	5,9 [4,1-7,7]	5,2 [3,2-6,7]	0,001	5,9 [3,7-7,1]	4,9 [2,0-7,3]	0,012
Reumatismos de Partes Blandas	5,2 [3,2-6,5]	4,0 [2,1-6,0]	<0,001	4,3 [2,1-5,9]	2,9 [1,2-5,6]	<0,001
Otros	3,2 [1,4-5,6]	2,7 [0,7-6,1]	0,002	3,6 [0,7-6,4]	2,1 [0,9-5,8]	0,003
Total	4,7 [2,7-6,2]	4,5 [2,7-6,0]	<0,001	4,1 [1,6-6,3]	3,7 [1,4-5,8]	<0,001
p valor	<0,001	0,055		<0,001	0,004	

Tabla 38. Diferencias en calidad de vida según patología y entre visitas.

	SF12_FÍSICO			SF12_MENTAL		
	V1	V2	P (V1 vs V2)	V1	V2	p (V1 vs V2)
Patología Mecánica	36,2 (9,9)	36,6 (9,4)	<0,001	44,7 (13,2)	45,96 (13,4)	0,025
Artropatía Inflamatoria Crónica	39,4 (10,7)	37,5 (10,2)	0,043	46,5 (12,9)	47,7 (12,2)	0,005
Fibromialgia	27,7 (5,9)	34,1 (7,9)	0,001	32,3 (12,0)	36,0 (13,0)	0,196
Patología Neuropática	33,0 (11,0)	34,8 (11,1)	0,126	41,5 (14,3)	46,2 (11,7)	0,007
Reumatismos de Partes Blandas	37,1 (10,0)	38,0 (10,1)	0,003	46,0 (12,5)	48,2 (13,1)	0,209
Otros	39,8 (11,1)	37,1 (10,0)	0,133	45,2 (12,7)	48,6 (13,9)	0,078
Total	37,4 (10,6)	36,9 (9,8)	<0,001	44,9 (13,2)	46,3 (13,3)	<0,001
p valor	<0,001	0,483		<0,001	0,001	

Tabla 39. Depresión y ansiedad. Diferencias según patología y entre visitas.

	HADS_DEPRESIÓN			HADS_ANSIEDAD		
	V1	V2	P (V1 vs V2)	V1	V2	p (V1 vs V2)
Patología Mecánica	9,2 (2,0)	9,1 (1,6)	0,586	11,3 (2,6)	11,6 (2,7)	0,002
Artropatía Inflamatoria Crónica	8,8 (1,8)	8,9 (1,5)	0,755	11,6 (2,6)	11,7 (2,6)	0,028
Fibromialgia	10,0 (2,6)	9,7 (2,7)	0,150	9,4 (2,3)	11,2 (2,3)	0,004
Patología Neuropática	9,3 (2,7)	9,4 (1,8)	0,475	10,6 (3,2)	12,3 (1,8)	0,001
Reumatismos de Partes Blandas	9,3 (1,9)	9,1 (2,0)	0,213	11,5 (2,5)	12,3 (2,4)	<0,001
Otros	9,2 (2,1)	9,2 (2,0)	0,486	11,4 (2,5)	12,4 (2,4)	0,045
Total	9,1 (2,0)	9,1 (1,8)	0,152	11,3 (2,6)	11,8 (2,5)	<0,001
p valor	0,005	0,625		<0,001	0,121	

5 DISCUSIÓN

El estudio EVADOR ha sido promovido por la Sociedad Española de Reumatología (SER) para la actualización epidemiológica del dolor en el campo de nuestra especialidad. La muestra estudiada puede considerarse representativa de la población adulta atendida en consultas de reumatología no monográficas en España, gracias a su selección aleatoria y a la participación de un número homogéneo de hospitales públicos de las diferentes Comunidades Autónomas. Se trata del primer estudio de alcance nacional en España que, por su carácter prospectivo, permite la valoración de los cambios clínicos relevantes en el dolor de origen reumatológico y su relación con la intensidad de dicho dolor. También se evalúa en este estudio el porcentaje de dolor neuropático y de dolor no controlado en dicha subpoblación.

La prevalencia del dolor es elevada (86 % en la última semana y 96 % en algún momento de la enfermedad), tanto en pacientes nuevos como en revisión; estos datos son muy similares a los del estudio EPIDOR (23) en la segunda cifra, pero con mejora respecto a la primera (86 % versus 95-100 %), lo que acaso refleje mejor manejo del dolor y de sus entidades causantes desde 2004.

En la mayoría de casos, el dolor dominante es crónico (81 %), muy semejante, también, a los resultados generales de EPIDOR (23). Respecto a la intensidad en la última semana, de media, es moderada y ligeramente superior en pacientes nuevos que en revisión; esta diferencia puede explicarse, al menos parcialmente, por la propia intervención reumatológica en los segundos y la mayor prevalencia de dolor neuropático en los primeros (68). En cuanto a la localización más frecuente, manos y columna lumbar, puede deberse, en parte, a que ambas localizaciones pueden verse afectadas tanto en las artropatías inflamatorias como en la artrosis, que son los diagnósticos más frecuentemente asociados al dolor dominante. Respecto al patrón de éste, los pacientes en revisión presentan más características de ritmo inflamatorio que los nuevos; ésto puede justificarse, parcialmente, por ser las artropatías inflamatorias la primera y cuarta causa en frecuencia en revisión y nuevos, respectivamente. Esto también explicaría que sea más frecuente la localización articular en pacientes que se hallan en revisión. Un porcentaje importante de pacientes tiene dolor continuo, durante todo el día incluida la noche, de predominio en reposo o mixto y con picos de dolor que podríamos definir como incidental. Esto puede interpretarse como características de dolor con importante repercusión clínica.

En lo referente al tratamiento del dolor, el hecho de que éste último sea más frecuente y el mayor uso de antiinflamatorios no esteroideos (inhibidores de la COX2 en particular), infiltraciones y opioides mayores, en los pacientes en revisión, puede deberse a la propia intervención reumatológica y a que el paracetamol es una primera opción frecuente en este contexto, ayudado quizá, por el hecho de que las enfermedades cardiovasculares (sobre todo hipertensión arterial) sean la comorbilidad más frecuente, en perjuicio del uso de AINE, al menos como primera línea. En efecto, los AINE son menos usados en mayores de 65 años, en favor de analgésicos simples y opioides. Por otra parte, es el mayor

empleo de antiinflamatorios no esteroideos lo que puede explicar, parcialmente tal vez, la mayor prevalencia de comorbilidad digestiva, en general, y hepatopatía en particular, en los pacientes en revisión. El tratamiento antiálgico no farmacológico es más frecuente en los sujetos en revisión, plausiblemente ocasionado por el hecho de que no suelen emplearse como primera elección. Entre los pacientes que acuden a revisión existe mayor percepción de dolor controlado y satisfacción con el tratamiento, lo que, probablemente, se debe al efecto de la terapia prescrita por el reumatólogo.

El 23,5 % de los pacientes estaban en tratamiento con opioides en la primera visita (un 18,9 %, analgésicos centrales débiles, y un 4,6 %, analgésicos potentes). Es un aumento con respecto al estudio EPIDOR (23) (10 %) y, además, debe valorarse teniendo en cuenta que la media de dicho dolor en la última semana es 5 en primera visita, 4,5 en la segunda y la mediana de la intensidad máxima en las últimas 24 horas, en ambos casos, de 6 [se recomienda el uso de opioides cuando tal cifra es superior a 5 (4)].

Respecto a la visita de seguimiento, de media la intensidad del dolor en la última semana es moderada, lo que se halla en relación directa, seguramente, con el hecho de que menos de la mitad de los pacientes (48 %) considera que su estado es satisfactorio y el tratamiento recibido, suficiente. A pesar de ello, sólo se había modificado el tratamiento pautado desde la primera visita en un 35,9 % de casos (significativamente más en casos nuevos); a la hora de interpretar este dato, hay que tener en cuenta que un 61 % estima que el dolor está aceptablemente controlado. Dicha intensidad del dolor en la última semana, la máxima en las últimas 24 horas, la del momento de la visita y la interferencia del dolor en las actividades son ligeramente menores en los pacientes nuevos, lo que podría deberse a la mejor respuesta terapéutica de la patología mecánica, predominante en éstos. La intensidad en la última semana, en los pacientes en revisión, permanece estable con respecto a la primera visita (4,7 frente a 4,6, respectivamente). La percepción de dolor controlado y la satisfacción con el tratamiento son ligeramente mayores en los pacientes nuevos que en revisión, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. El grado de dolor aceptable y el nivel de desesperanza son mayores en los pacientes en revisión, en relación, probablemente, con el hecho de que la etiología más frecuente en ellos, las artropatías inflamatorias, son mayoritariamente crónicas.

En el 31 % que presenta dolor intenso es más frecuente la fibromialgia, el sexo femenino, la ocupación de ama de casa y un menor nivel de estudios. Debe haber relación directa entre las tres primeras variables, por cuanto la fibromialgia es notablemente más frecuente en mujeres y su prevalencia aumenta con la edad; además, la ausencia de estudios universitarios o superiores es predictor conocido de esta patología (69).

El dolor neuropático, en nuestro estudio, se presenta en un 12 % de los casos, superior a las cifras que se barajan en población general, 7-8 % (68). Una posible explicación a esta diferencia radica en el hecho, apoyado en evidencia reciente y en aumento, de que este tipo de dolor aparece, con frecuencias nada despreciables, en entidades reumáticas: artrosis, 30 % (70-72); fibromialgia, 50-75 % (73,74); espondilitis anquilosante (75) y artritis reumatoide (76,77).

La catastrofización es un conjunto de procesos emocionales y cognitivos negativos que incluye la magnificación de los síntomas relacionados con el dolor, la rumia sobre el dolor, sentimientos de impotencia y pesimismo sobre los resultados relacionados con el dolor. Se asocia con el desarrollo de síntomas depresivos, de discapacidad, con una mayor actividad de la enfermedad (medida por parámetros bioquímicos) y con una menor adherencia al tratamiento y hábitos de vida saludables, como el ejercicio. En cuanto a si el catastrofismo es una causa o una consecuencia del dolor crónico, parece

desarrollarse en etapas relativamente tempranas de la vida y poseer características estables, aunque también es claramente susceptible de disminuir con ciertos tipos de tratamiento psicosocial (78). Los datos obtenidos en EVADOR muestran que el porcentaje de pacientes con niveles de catastrofización clínicamente relevantes (puntuación en la PCS ≥ 30) en la visita basal son similares a los obtenidos en distintas muestras de pacientes con dolor crónico (67), sin detectarse diferencias significativas en la distribución de los valores de la PCS entre los pacientes nuevos y los que acudían a revisión.

En cuanto a los cambios que pueden considerarse clínicamente relevantes, la intensidad del dolor en la última semana medida mediante EVN es la variable que presentó una mayor asociación con los valores ICGC. Una disminución de 2,5 puntos en la escala numérica se asoció con una mejoría muy importante y una disminución de 1,5 puntos, con una mejoría importante, con una elevada sensibilidad y especificidad. Son resultados parecidos a los de estudios previos (57-60). También el BPI-total, el BPI-intensidad y la pregunta 5 del BPI discriminan bien los cambios clínicos relevantes, mejor que los cambios funcionales o los cambios en la calidad de vida. Por tanto, una variable unidimensional como es la escala numérica del dolor, podría ser más útil que variables más complejas o multidimensionales, en la evaluación de la respuesta de los pacientes al tratamiento.

En conclusión, la prevalencia de dolor en ámbito reumatológico en nuestro país persiste elevada, aunque parece haber mejorado en la última década. Es más intenso en mujeres y en los pacientes con fibromialgia. Deben valorarse otras entidades reumatológicas distintas de la fibromialgia como causa potencial de dolor crónico generalizado. También el empleo de opioides en nuestro medio parece haber aumentado sustancialmente en los últimos años. El dolor neuropático es relativamente frecuente en procesos reumatológicos y es recomendable no perderlo de vista porque puede necesitar manejo terapéutico distinto del nociceptivo habitual. Finalmente, disminuciones en la EVN de 2,5 y 1,5 permitirían identificar con una alta sensibilidad y especificidad las mejoras más importantes.

Los datos de este estudio permiten tener una visión general y comparativa entre patologías reumáticas diversas, bajo la perspectiva del dolor como elemento común y fundamental en ellas. Dolor, función, calidad de vida y estado emocional, permiten un análisis multidimensional de las enfermedades reumáticas de forma más homogénea. En este estudio se ha podido analizar el impacto del dolor, no como síntoma, sino como proceso neurosensorial complejo, que en los casos crónicos representa un problema en sí mismo. Es importante que los reumatólogos hagamos una reflexión en este sentido y apliquemos conocimientos de la Medicina del Dolor. Igual que en determinadas enfermedades reumáticas, como las inflamatorias, hemos llegado a definir estrategias terapéuticas precisas, en el caso del dolor, también deberíamos utilizar esta metodología, para mejorar los resultados en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puntillo KA, White C, Bonham Morris A, et al. Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *American Journal of Critical Care*. 2001;10:238–251.
2. Clarett M, Pavlotsky V. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva, 2012.
3. Mary E. Lynch, Kenneth D. Craig, Philip W.H. Peng. *Clinical pain management: a practical guide*. 2011. ISBN 978-1-4443-3069-4.
4. Tornero-Molina J, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología para el uso de opioides en el tratamiento del dolor reumático. *Reumatol Clin*. 2006;2(supl 1):S50-4.
5. Mary-Ann Fitzcharles and Yoram Shir. Management of chronic pain in the rheumatic diseases with insights for the clinician. *Ther Adv Musculoskel Dis*. 2011;3(4):179-90.
6. Luís Filipe Azevedo, Altamiro Costa-Pereira, Liliane Mendonc, Cláudia Camila Dias and José Manuel Castro-Lopes. Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*. 2012;13(8):773-783.
7. Kalso E, Allan L, Dellemjn P, Faura CC et al. Recommendations for using opioids in chronic non-cancer pain. *Eur J Pain* 2003;7:381-6
8. Paul Dieppe. Chronic Musculoskeletal Pain. *BMJ*. 2013;346:f3146.
9. Recommendations for the appropriate use of opioids for persistent non-cancer pain. The England Pain Society 2004.
10. Jovey RD, Ennis J, Gardner-Nix J, et al. Use of opioid analgesics for the treatment of chronic noncancer pain- a consensus statement and guidelines from The Canadian Pain Society, 2002. *Pain Res Manag*. 2003;8(Suppl A):A3-28.
11. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287–333.
12. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud [online]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2011/p04/10/&file=04027.px&L=0> [último acceso 03 de febrero de 2017]
13. Ubago Linares Mdel C, Ruiz-Perez I, Bermejo Perez MJ, Olry de Labry-Lima A, Hernandez-Torres E, Plazaola-Castano J. Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clin Rheumatol*. 2008 May;27(5):613-9.

14. Ubago Linares Mdel C, Ruiz Perez I, Bermejo Perez MJ, Olry de Labry Lima A, Plazaola Castano J. Clinical and psychosocial characteristics of subjects with fibromyalgia. Impact of the diagnosis on patients' activities. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79(6):683-95.
15. Tornero Molina J, Atance Martinez JC, Grupeli BE, Vidal Fuentes J. Economic and social impact of rheumatic short-term work disability in Guadalajara. *Revista Española de Reumatología*. 1998;25(9):340-5.
16. Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R, Rejas-Gutierrez J. Use of resources and costs profile in patients with fibromyalgia or generalized anxiety disorder in primary care settings. *Aten Primaria*. 2009;41(2):77-84.
17. Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Codony M, Reneses B, von Korff M, Haro JM, et al. Prevalence and physical-mental comorbidity of chronic back and neck pain in Spain: results from the ESEMeD Study. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(9):325-30.
18. Miro J, Paredes S, Rull M, Qeral R, Miralles R, Nieto R, et al. Pain in older adults: a prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *Eur J Pain*. 2007;11(1):83-92.
19. Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol*. 2008;26(4):519-26.
20. Loza E, Jover JA, Rodriguez-Rodriguez L, Carmona L. Observed and expected frequency of comorbid chronic diseases in rheumatic patients. *Ann Rheum Dis*. 2008;67(3):418-21.
21. Lopez-Silva MDC, Sanchez De Enciso M, Rodriguez-Fernandez MC, Vazquez-Seijas E. Cavidol: Quality of life and pain in primary care. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2007;14(1):9-19.
22. Gonzalez Viejo MA, Condon Huerta MJ. Disability from low back pain in Spain. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(13):491-2.
23. Gamero Ruiz F, Gabriel Sanchez R, Carbonell Abello J, Tornero Molina J, Sanchez-Magro I. Pain in Spanish rheumatology outpatient offices: EPIDOR epidemiological study. *Rev Clin Esp*. 2005;205(4):157-63.
24. Fernandez-Lopez JC, Laffon A, Blanco FJ, Carmona L. Prevalence, risk factors, and impact of knee pain suggesting osteoarthritis in Spain. *Clin Exp Rheumatol*. 2008;26(2):324-32.
25. Fernandez Castillo A, Lara MJV. Stress perception and life impact in chronic pain. *Psicología Conductual*. 2007;15(2):281-96.
26. Doth AH, Hansson PT, Jensen MP, Taylor RS. The burden of neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis of health utilities. *Pain*. 2010;149(2):338-44.
27. Collantes-Estevez E, Fernandez-Perez C. Improved control of osteoarthritis pain and self-reported health status in non-responders to celecoxib switched to rofecoxib: results of PAVIA, an open-label post-marketing survey in Spain. *Curr Med Res Opin*. 2003;19(5):402-10.
28. Castillo AF, Lara MJV. Stress perception and life impact in chronic pain. *Psicología Conductual*. 2007;15(2):281-96.
29. Casals M, Samper D. Epidemiology, prevalence and quality of life of non-malignant chronic pain. ITACA study. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2004;11(5):260-9.

30. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis.* 2001;60(11):1040-5.
31. Batlle-Gualda E, Carmona L, Gavrilu D, Garcia Criado EI, Ruiz Miravalles R, Carbonell Abello J. ArtRoCad: health resources utilization and socioeconomic impact of knee and hip osteoarthritis. I. Methods and population characteristics. *Reumatol Clin.* 2006;2(5):224-34.
32. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Canellas M, Banos JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain.* 1999;83(1):9-16.
33. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Banos JE. Back pain in the general population of Catalonia (Spain). Prevalence, characteristics and therapeutic behavior. *Gac Sanit.* 2003;17(2):97-107.
34. Conde V, Escriba JA, Izquierdo JA (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung. *Archivos de Neurobiología.* 1970;33:185-206 (Parte I); y 33:281-203 (Parte II).
35. Ronald CK, Evelyn JB. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health.* 2013;34:119-138.
36. Gerardo Bori Segura, Blanca Hernández Cruz, Milena Gobbo, Ángel Lanas Arbeloa, et al. Uso apropiado de los antiinflamatorios no esteroideos en reumatología: documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología y el Colegio Mexicano de Reumatología. *Reumatol Clin.* 2009;5(1):3-12.
37. Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006;2(Supl 1):S55-66.
38. Arboleya LR, de la Figuera E, Soledad Garcia M, Aragon B. Experience of rofecoxib in patients with osteoarthritis previously treated with traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs in Spain: results of phase 2 of the VICOXX study. *Curr Med Res Opin.* 2003;19(4):288-97.
39. Canellas Arsegol M, Bosch Llonch F, Vilarnau Dolcet MT, Sola Pares M, Banos Diez JE. Characteristics of pain and its treatment in patients at a nursing home. *An Med Interna.* 1996;13(9):423-9.
40. Casals M, Samper D. Effectiveness, tolerability and quality of life in the management of chronic pain unrelated to cancer with sustained-release tramadol administered in a single daily dose. *Revista de la Sociedad Española del Dolor.* 2004;11(3):129-40.
41. Garcia-Martinez F, Herrera-Silva J, Aguilar-Luque J. Management of chronic pain in primary health care. *Revista de la Sociedad Española del Dolor.* 2000;7(7):453-9.
42. Medina J, Del Val N, Alvarez M, Del Villar V. Treatment prescribed by general practitioners to patients referred to a rheumatology department. Was the pharmacological therapy of pain adequate? *Revista Española de Reumatología.* 1999;26(7):247-54.
43. Nunez M, Nunez E, Segur JM, Macule F, Quinto L, Hernandez MV, et al. The effect of an educational program to improve health-related quality of life in patients with osteoarthritis on waiting list for total knee replacement: a randomized study. *Osteoarthritis Cartilage.* 2006;14(3):279-85.
44. Perrot S, Bannwarth B, Bertin P, Javier RM, Glowinski J, Le Bars M, et al. Use of morphine in nonmalignant joint pain: the Limoges recommendations. The French Society for Rheumatology. *Rev Rhum Engl Ed.* 1999;66(11):571-6.

45. Ribera MV, Galvez R, Vidal MA. Patterns of major opioid use in neuropathic pain. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2007;14(4):266-73.
46. Rodriguez MJ, Aldaya C, De la Torre MR. Transdermal fentanyl for the long-term management of chronic pain unrelated to cancer. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2001;8(1):3-10.
47. Rodriguez MJ, Camba A, Barutell C, Gonzalez-Escalada JR. Survey of therapeutic attitudes for the treatment of chronic pain in Spanish Pain Units. The STEP study. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2006;13(8):525-32.
48. Rodriguez MJ, Garcia AJ. Neurohatic pain costs according it's etiology in the Spanish Pain Units. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2007;14(6):404-15.
49. Rodriguez MJ, Garcia AJ. A registry of the aetiology and costs of neuropathic pain in pain clinics: results of the registry of aetiologies and costs (REC) in neuropathic pain disorders study. *Clin Drug Investig*. 2007;27(11):771-82.
50. Hughes RAC. Peripheral neuropathy. *BMJ* 2002;324:466-469.
51. Shields, Jr. R W (2010). The Cleveland Clinic Foundation. Peripheral Neuropathy [online]. Disponible en: <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/neurology/peripheral-neuropathy/> [último acceso: 08/03/2017].
52. Carneado-Ruiz J, Morera-Guitart J, Alfaro-Saez A, Turpin-Fenoll L, Serna-Candel C, Matias-Guiu Guia J. Neuropathic pain as the reason for visiting Neurology: an analysis of its frequency. *Rev Neurol*. 2005;41(11):643-8.
53. Pérez C, Saldana MT, Navarro A, Vilardaga I, Rejas J. Prevalence and characterization of neuropathic pain in a primary-care setting in Spain: a cross-sectional, multicentre, observational study. *Clin Drug Investig*. 2009;29(7):441-50.
54. Zelman DC, Hoffman DL, Seifeldin R, Dukes EM. Development of a metric for a day of manageable pain control: derivation of pain severity cut-points for low back pain and osteoarthritis. *Pain*. 2003;106(1-2):35-42
55. Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, Beaton D, Cleeland CS, Farrar JT, et al. Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *J Pain*. 2008;9(2):105-21.
56. Farrar JT, Pritchett YL, Robinson M, Prakash A, Chappell A. The clinical importance of changes in the 0 to 10 numeric rating scale for worst, least, and average pain intensity: analyses of data from clinical trials of duloxetine in pain disorders. *J Pain*. 2010;11(2):109-18.
57. Salaffi F, Stancati A, Silvestri CA, Ciapetti A, Grassi W. Minimal clinically important changes in chronic musculoskeletal pain intensity measured on a numerical rating scale. *Eur J Pain*. 2004;8(4):283-91.
58. Kovacs FM, Abreira V, Royuela A, Corcoll J, Alegre L, Tomas M, et al. Minimum detectable and minimal clinically important changes for pain in patients with nonspecific neck pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008;9:43.
59. Grilo RM, Treves R, Preux PM, Vergne-Salle P, Bertin P. Clinically relevant VAS pain score change in patients with acute rheumatic conditions. *Joint Bone Spine*. 2007;74(4):358-61.

60. Kovacs FM, Abraira V, Royuela A, Corcoll J, Alegre L, Cano A, et al. Minimal clinically important change for pain intensity and disability in patients with nonspecific low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007;32(25):2915-20.
61. Xavier Badia, Clemente Muriel, Alfredo Gracia, Juan Manuel Núñez-Olarte. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:52-9.
62. Krebs EE, Lorenz KA, Bair MJ, et al. Development and initial validation of the PEG, a three-item scale assessing pain intensity and interference. *J Gen Intern Med*. 2009;24:733-738.
63. Perez C, Galvez R, Huelbes S, Insausti J. 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;5:66.
64. Gemma Vilagut, José María Valderas, Montserrat Ferrer, Olatz Garin, Esther López-García, Jordi Alonso. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin (Barc)*. 2008;130(19):726-35.
65. Javier García Campayo, Baltasar Rodero, Marta Alda, Natalia Sobradie, Jesús Montero, Sergio Moreno. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(13):487-92.
66. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale; an updated review. *J Psychiat Res*. 2002;52:69-77.
67. Michael JL Sullivan. The Pain Catastrophizing Scale. User Manual. McGill University, Montreal, Quebec. 2009.
68. Torrance N, Ferguson JA, Afolabi E, Bennett MI, Serpell MG, Dunn KM, Smith BH. Neuropathic pain in the community: More under-treated than refractory? *Pain*. 2013;154(5):690-9.
69. Walitt B, Nahin RL, Katz RS, Bergman MJ, Wolfe F. The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PLoS ONE*. 2015;10(9): e0138024.
70. Hochman JR, French MR, Bermingham SL, Hawker GA. The nerve of osteoarthritis pain. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62:1019-23.
71. Hochman JR, Gagliese L, Davis AM, Hawker GA. Neuropathic pain symptoms in a community knee OA cohort. *Osteoarthr Cartil*. 2011;19:647-54.
72. Oteo-Álvaro A, Ruiz-Ibán MA, Miguens X, Stern A, Villoria J, Sánchez-Magro I. High prevalence of neuropathic pain features in patients with knee osteoarthritis: a cross-sectional study. *Pain Pract*. 2014;15(7):618-26.
73. Amris K, Jespersen A, Bliddal H. Self-reported somatosensory symptoms of neuropathic pain in fibromyalgia and chronic widespread pain correlate with tender point count and pressure-pain thresholds. *Pain*. 2010;151:664-9.
74. Rehm S, Koroschetz J, Gockel U. A cross-sectional survey of 3035 patients with fibromyalgia: subgroups of patients with typical comorbidities and sensory symptom profiles. *Rheumatol*. 2010;49:1146-52.

75. Wu Q, Inman RD, Davis KD. Neuropathic pain in ankylosing spondylitis: a psychophysics and brain imaging study. *Arthritis Rheum.* 2013;65:1494–503.
76. Koop SM, ten Klooster PM, Vonkeman HE, Steunebrink LM, van de Laar MA. Neuropathic-like pain features and cross-sectional associations in rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther.* 2015;17(1):237.
77. Christensen AW, Rifbjerg-Madsen S et al. Non-nociceptive pain in rheumatoid arthritis is frequent and affects disease activity estimation: cross-sectional data from the FRAME study. *Scand J Rheumatol.* 2016;18:1-9.
78. Edwards RR, Bingham CO 3rd, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Rheum.* 2006;55(2):325-32.

