



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

Evaluación del dolor en consultas de reumatología españolas: Estudio EVADOR

Carlos Plana-Veret^a, Daniel Seoane-Mato^b, Carlos Goicoechea García^c,
Javier Vidal-Fuentes^{d,e,*} y Grupo de Trabajo del Proyecto EVADOR[◇]

^a Reumatología, Clínica Wellcare Medica, Parla, Madrid, España

^b Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España

^c Dpto. Ciencias Básicas de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

^d Servicio de Reumatología, Hospital de Guadalajara, Guadalajara, España

^e Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de julio de 2018

Aceptado el 9 de enero de 2019

On-line el 9 de mayo de 2019

Palabras clave:

Dolor
Reumatología
Consultas externas
Epidemiología

Keywords:

Pain
Rheumatology
Outpatient clinic
Epidemiology

R E S U M E N

Introducción: Las enfermedades reumáticas son la causa más frecuente de dolor crónico no maligno. En los últimos años el dolor y su manejo han cobrado mayor relevancia en reumatología.

Objetivos: Establecer la prevalencia y las características del dolor asociado a enfermedad reumática atendido en consultas de reumatología de nuestro país, así como de su tratamiento y la respuesta a este.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional con 2 fases, una transversal y otra prospectiva. Se recogieron variables del médico, paciente, dolor y su manejo, comorbilidades, respuesta terapéutica y aspectos psicosociales relacionados. Se analizaron las diferencias entre pacientes nuevos y en revisión (PR).

Resultados: Se incluyeron 34 centros y 1.084 pacientes, 32% pacientes nuevos y 68% PR. En general, el dolor estaba presente en el 86% de los pacientes, era crónico en el 81% y neuropático en un 12%. El 50% de los pacientes consideraría el dolor aceptable cuando la intensidad en la escala visual numérica fuese ≤ 2 . Entre los PR existía mayor percepción de dolor controlado (65,5% vs. 49,4%) y satisfacción con el tratamiento (53,3% vs. 35,6%). El 23,5% estaba en tratamiento con opioides en el mes previo.

Conclusiones: En la última década la prevalencia de dolor en el ámbito reumatológico en nuestro país persiste elevada, aunque ha disminuido. El empleo de opioides, por otra parte, ha aumentado.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. y

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

Pain assessment in Spanish rheumatology outpatient clinics: EVADOR Study

A B S T R A C T

Introduction: rheumatic diseases are the most frequent cause of non-malignant chronic pain. In recent years, pain and its management have become more important in rheumatology.

Objectives: to estimate the prevalence and characteristics of pain associated with rheumatic pathology treated in rheumatology clinics in Spain, as well as their treatment and response to it.

Methods: Multicentre observational study with two phases (cross-sectional and prospective). Variables were collected from the doctor, patient, pain and its management, comorbidities, therapeutic response and related psychosocial aspects. The differences between de novo (NP) vs follow-up (FP) patients were analyzed.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jvidalf@ser.es (J. Vidal-Fuentes).

◇ Los nombres de los miembros del Grupo de Trabajo del Proyecto EVADOR se relacionan en el [anexo 1](#).

Results: 34 centres and 1084 patients were included, 32% NP and 68% FP. Pain was present in 86%, was chronic in 81% and neuropathic in 12% of the surveyed population. Fifty percent of the patients would regard their pain as tolerable if its intensity according to the visual numeric scale (VNS) was ≤ 2 . Among the FP it was more frequent to have the perception of controlled pain (65.5% vs 49.4%) and to be satisfied with the treatment (53.3% vs. 35.6%). Of these patients, 23.5% had been treated with opioids in the previous month.

Conclusions: In the last decade, the prevalence of pain in rheumatology in Spain remains high, although it has diminished. The use of opioids, on the other hand, has increased.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades reumáticas son la causa más frecuente de dolor crónico no maligno^{1,2}. Un 18,29% de la población española refirió estar diagnosticada de artritis, artrosis o reumatismo, y el 34,49% padecer dolor de espalda crónico (cervical o lumbar), con una prevalencia superior a cualquier otro proceso crónico, según la Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística³. El dolor es el síntoma principal y más frecuente en estas afecciones, y el binomio dolor-proceso reumático conlleva importante comorbilidad, pérdida de capacidad funcional, incapacidad laboral y disminución de la calidad de vida⁴⁻⁸.

Escasos estudios epidemiológicos han valorado la relación potencial entre dolor, enfermedad reumática, capacidad funcional y calidad de vida, especialmente en el ámbito reumatológico. Solo el estudio EPIDOR, de 2002⁵, analizó aspectos relacionados con el dolor en la enfermedad reumática en consultas ambulatorias reumatológicas. Mostró que el dolor estaba presente en el 95% de los casos —siendo un 80% crónico—, la calidad de vida estaba notablemente afectada, un 40% de los pacientes en revisión mantenía un control insatisfactorio del dolor y el uso de opioides era inferior al 5%. Asimismo, el 40% y 15% de los casos presentaba depresión leve y moderada, respectivamente.

Desde entonces el dolor ha cobrado mayor relevancia en el mundo médico y científico en general. Adicionalmente, los nuevos conocimientos en el campo del dolor, las revisiones sistemáticas sobre intervenciones terapéuticas y las guías en la utilización de analgésicos⁹⁻¹⁴ deberían haber contribuido a un mejor control del dolor en nuestro contexto, aunque esto no se ha evaluado en modo alguno. Por otro lado, el estudio EPIDOR⁵ no pudo evaluar ciertos aspectos de interés por ser un estudio transversal, y otros no se recogieron (dolor neuropático, identificación de parámetros de dolor no controlado e identificación de respuestas clínicamente relevantes).

Todo ello justifica realizar un nuevo estudio epidemiológico sobre el dolor en enfermedad reumática atendida por los reumatólogos con los siguientes objetivos: estimar la prevalencia y características del dolor asociado a enfermedad reumática atendida en consultas de reumatología de nuestro país; describir los aspectos psicosociales, calidad de vida e incapacidad laboral asociadas; describir la satisfacción con el tratamiento y grado de dolor controlado; evaluar las diferencias entre pacientes que acuden a consulta por primera vez y en revisión, e identificar los cambios clínicamente relevantes, así como la variable que más se asocia a ellos. En este artículo nos ceñiremos al análisis descriptivo y a la comparación entre pacientes nuevos y en revisión para cada variable analizada.

Pacientes, material y métodos

Diseño general: estudio multicéntrico observacional, con 2 fases, una transversal y otra prospectiva.

Población de estudio y selección de participantes

La recogida de datos se realizó en 34 centros —de los 40 escogidos inicialmente, 6 rechazaron participar—, seleccionados 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.

Se incluyeron pacientes atendidos en consultas de reumatología no monográficas y se excluyeron aquellos en los que la recogida fiable de información fuera imposible (por demencia, dificultad para entender las preguntas, no dominio del idioma, etc.) o pacientes con traumatismo previo no relacionado con la enfermedad reumática como principal desencadenante del dolor.

Los pacientes se seleccionaron según la lista de aleatorización remitida a cada centro, de acuerdo al orden de atención en consulta. Dicha lista se elaboró de forma centralizada y constaba de 50 números seleccionados aleatoriamente entre el 1 y el 200. En el caso de que el paciente correspondiente cumpliera los criterios de selección se le proponía su participación; si no aceptaba participar, era sustituido por el siguiente paciente según lista aleatoria. Se fijó en 30 el número de pacientes a incluir por cada centro (número definido por conveniencia; se consideró que una muestra total de 1.200 pacientes permitiría estimar prevalencias, hacer comparaciones de subgrupos y comparaciones con los datos del estudio EPIDOR). La distribución de pacientes nuevos (PN) y en revisión (PR) 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).

El estudio fue aprobado por los comités éticos de investigación clínica y las gerencias de todos los hospitales participantes, y se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y la *International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies* (Council for the International Organizations of Medical Sciences-Ginebra, 1991). Todos los sujetos incluidos prestaron su consentimiento informado previamente a su participación en el estudio.

Visitas de estudio y variables

En cada visita el médico completó un cuestionario estandarizado y, los pacientes, una serie de cuestionarios autoadministrados. La segunda visita se realizó a aquellos sujetos que en la primera presentaban dolor moderado, grave o 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 produjeran cambios en un plazo breve. Esta segunda visita debía realizarse entre uno y 3 meses después de la visita 1, en el momento en que se estimase que el proceso doloroso debería estar controlado o, cuando menos, en el momento en que pudiese realizarse una evaluación definitiva de la respuesta al tratamiento prescrito.

El trabajo de campo se realizó entre octubre de 2012 y julio de 2013.

Las variables incluidas fueron:

- Características sociodemográficas y laborales de médico y paciente. Hábitos de vida de este último.
- Fecha de inicio de síntomas, motivo de consulta (PN o en revisión PR), tiempo de seguimiento en reumatología.
- Enfermedades asociadas (cardiovascular, respiratoria, digestiva, neurológica, psiquiátrica, metabólica, nefropatía) y su tratamiento.
- Características del dolor: duración, localización (se consideró dolor generalizado cuando se localizaba por encima y debajo de la cintura y a ambos lados del cuerpo), diagnóstico al que se atribuye, tipo y patrón, intensidad e interferencia-medido mediante escala visual numérica ([EVN] utilizada en versión impresa, en escala de 0 —ningún dolor— a 10 —el peor dolor imaginable— y con orientación horizontal, de forma estandarizada en todos los centros)¹⁵ y cuestionario breve para la evaluación del dolor (BPI)¹⁶ y cuestionario de diagnóstico de dolor neuropático⁸.
- Manejo del dolor: se exploró el tratamiento que los pacientes traían prescrito o habían recibido durante el mes anterior a la consulta, y el tratamiento prescrito por el reumatólogo en la visita basal. Se recogió información acerca del tratamiento farmacológico analgésico propiamente dicho (analgésicos simples, AINE, COX-2, opiáceos menores y mayores, capsaicina y otros), el coadyuvante (diferenciando entre antidepresivos, anticonvulsivantes, miorrelajantes, anestésicos locales, SYSADOA, corticoides, FAME, biológicos, toxina botulínica y otros) y las técnicas intervencionistas (incluyendo infiltraciones corticoideas, sinovieresis, radiofrecuencia, ozonoterapia, hialuronato intraarticular y otras). También información sobre el tratamiento no farmacológico de cualquier tipo (educación del paciente, psicoterapia, relajación, actividad física, rehabilitación, fisioterapia, hidroterapia, masoterapia, quiropraxia, osteopatía, electroterapia, TENS, acupuntura, homeopatía y otros).
- Cumplimiento terapéutico del tratamiento pautado en la visita basal (valorado por el reumatólogo en la visita seguimiento).
- Valoración de las respuestas clínicas: mediante la Escala de impresión clínica global de cambio¹⁷, una pregunta específica sobre la situación de dolor controlado, una pregunta sobre la

respuesta terapéutica suficiente para hacer una vida normal y una pregunta sobre autopercepción de dolor controlado con respecto al dolor previo.

- Calidad de vida —mediante cuestionario SF12¹⁸—, catastrofismo —mediante *Pain Catastrophizing Scale* (PCS), versión española¹⁹—, afectación anímica —mediante Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)²⁰ y Escala de Zung²¹—.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo con cálculo de 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 diferencias entre PN y PR mediante cálculo de «t» de Student para variables cuantitativas o test no paramétricos si no se pudo asumir normalidad, y test de la Chi cuadrado, corrigiendo por continuidad de Yates o Fisher en las tablas 2 : 2, para las cualitativas.

Se asumió como valor estadísticamente significativo $p < 0,05$. El programa estadístico usado para el análisis fue el SPSS 21.0 para Windows.

Resultados

Reclutamiento de pacientes y 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 realizó de forma acorde con el protocolo, incluyendo los pacientes de forma consecutiva según la tabla de aleatorización mencionada previamente. En total se reclutaron 1.084 pacientes. De 1.075 para los que se dispone del dato del tipo de consulta, 342 (32%) eran PN y 733 (68%) eran PR.

El 50% de los pacientes había acudido al menos 2 veces a la consulta durante el último año (RI 1-3) y llevaba en seguimiento al menos 34 meses (RI 3-94) (fig. 1) para distribución de la muestra por centro.

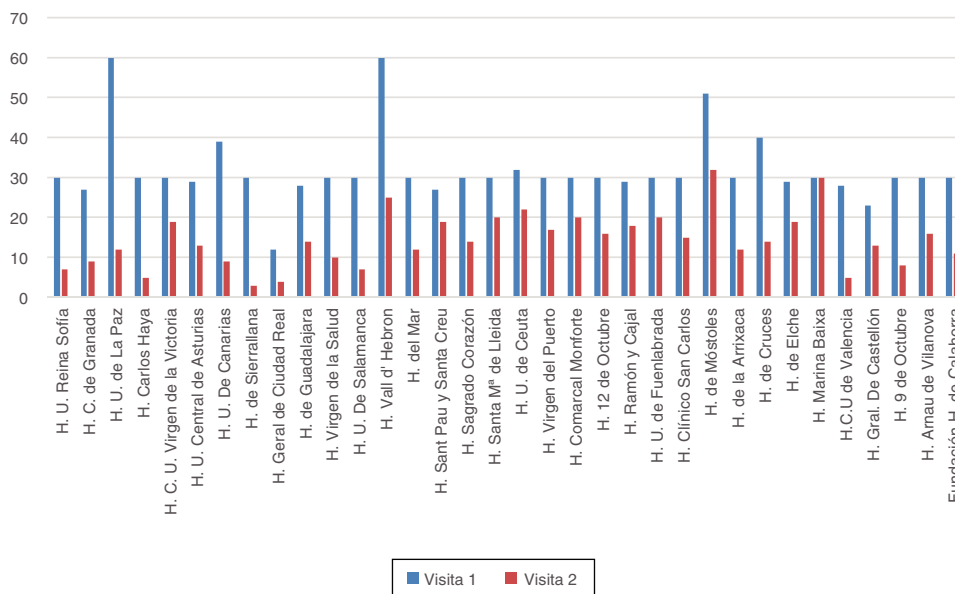


Figura 1. Distribución de la muestra por centros.

Tabla 1
Datos sociodemográficos. Visita basal

	Total muestra		PN		PR		Valor de p*
	N	%	N	%	N	%	
<i>Sexo (n total = 1.068; n PN = 336; n PR = 725)</i>							
Hombre	311	29,1	98	29,2	213	29,4	0,994
Mujer	757	70,9	238	70,8	512	70,6	
<i>Grupos de edad (n total = 1.075; n PN = 338; n PR = 729)</i>							
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	
<i>País de origen (n total = 1.033; n PN = 329; n PR = 700)</i>							
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	
<i>Ámbito de residencia (n total = 1.054; n PN = 333; n PR = 714)</i>							
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	
<i>Nivel de estudios (n total = 1.060; n PN = 336; n PR = 721)</i>							
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	
<i>Estado civil (n total = 1.048; n PN = 327; n PR = 717)</i>							
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	
<i>Situación laboral (n total = 1.070; n PN = 338; n PR = 727)</i>							
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	
<i>Baja laboral (n total = 981; n PN = 313; n PR = 663)</i>							
No	936	95,4	296	94,6	636	95,9	0,340
Sí	45	4,6	17	5,4	27	4,1	

* Valor de p de la diferencia entre pacientes nuevos (PN) y pacientes en revisión (PR).

Resultados de la visita basal

Los datos de variables sociodemográficas y situación laboral se muestran en la [tabla 1](#). En cuanto a incapacidad laboral, la incapacidad permanente reconocida era significativamente mayor en pacientes que acudían a revisión (8,8% en PN; 17,3% en PR).

Un 19% era fumador habitual —el 53,6% nunca había fumado— y 72,8% no bebía alcohol nunca o casi nunca —el consumo frecuente de alcohol era muy raro (menos del 1%)—. El sedentarismo era elevado —el 22,5% no había hecho ninguna actividad física en los últimos 6 meses en su tiempo libre—. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre PN y PR.

En la [figura 2](#) se muestran las comorbilidades. La hipertensión arterial (25,6%) y la hipercolesterolemia (19,4%) eran los factores de riesgo más frecuentes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre PN y PR en la frecuencia de comorbilidades, salvo la enfermedad digestiva, más prevalente entre los últimos (15,5% versus 22,0%, respectivamente).

Un 64,7% presentaba alta probabilidad de ansiedad y el 22,0% de depresión (significativamente mayor en PN que en PR; 26,5% y 19,7% respectivamente). Un 23% presentaba catastrofización clínicamente relevante (puntuación ≥ 30 en la PCS)²² y la calidad de vida relacionada con la salud (según la puntuación en el SF-12) era peor, física (puntuación media 37,5 [DE: 10,6]) y mentalmente (44,9 [DE: 13,17]) que en la población de referencia, sin diferencias significativas entre PN y PR.

La prevalencia e intensidad del dolor se muestran en la [tabla 2](#).

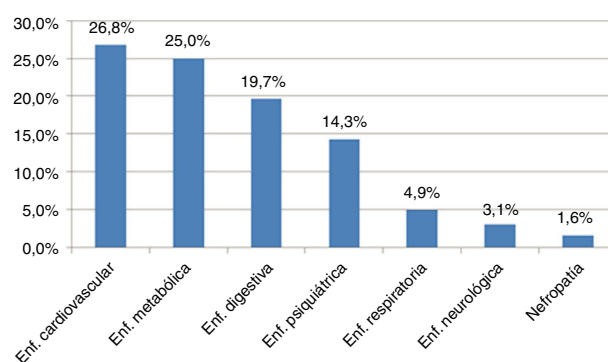


Figura 2. Comorbilidades.

Las localizaciones del dolor se recogen en la [figura 3](#) (para todos los dolores que sufrían los pacientes, independientemente de su intensidad) y [figura 4](#) (para el dolor dominante, definido como aquel que el paciente pensaba que era más intenso o le afectaba más a su actividad normal. Solo se permitió identificar una localización).

El dolor dominante más habitual era nociceptivo (83,4% del total de pacientes de la muestra) —somático un 97,3%—, siendo mucho menos frecuentes el dolor neuropático (12,0%) y el psicógeno (6,3%). En cuanto a la duración, los resultados muestran que el dolor había estado presente durante más de 3 meses en la mayoría de los pacientes (80,5% del total de pacientes de la muestra). En la [tabla 3](#) se muestra su patrón de presentación.

Tabla 2
Prevalencia e intensidad de dolor

	Total muestra		PN		PR		Valor de p*
	N	%	N	%	N	%	
Dolor en la última semana (n = 1.056)	905	85,7	294	88,6	605	84,3	0,065
Dolor en algún momento de la enfermedad (n = 1.084)	1044	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 ^a (n = 869)	224	25,8	71	25,4	148	25,3	0,937
Intensidad de dolor (EVN ^b) en la última semana (n = 1.071)	5	2,66	5,0	2,54	4,6	2,70	0,036

* p-valor de la diferencia entre pacientes nuevos (PN) y pacientes en revisión (PR).

^a Dolor por encima y debajo de la cintura y a ambos lados del cuerpo.

^b Escala de 0 (ningún dolor) a 10 (el máximo dolor imaginable).

Tabla 3
Patrón del dolor dominante

	Total muestra		PN		PR		Valor de p*
	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	

* Valor de p de la diferencia entre pacientes nuevos (PN) y pacientes en revisión (PR).

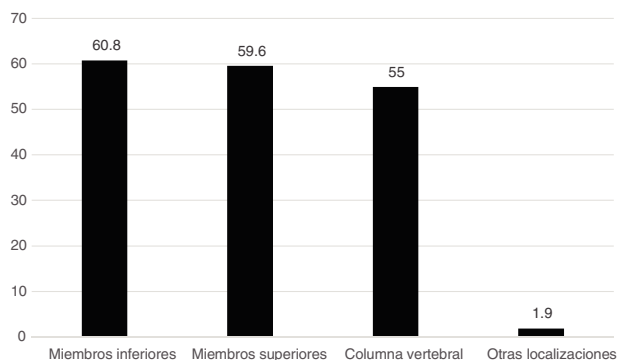


Figura 3. Localización del dolor.

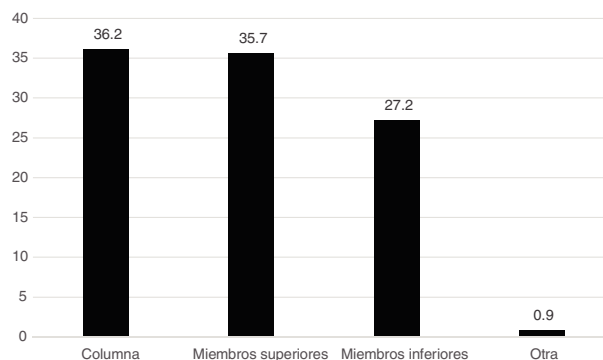


Figura 4. Localización del dolor dominante.

La lumbar (68%) eran la localización más frecuente del dolor dominante en la columna, las manos (56%) en los miembros superiores y las rodillas (45%) en los miembros inferiores, con una distribución similar entre PN y PR.

Los diagnósticos que se consideraron causantes del dolor dominante se recogen en la figura 5.

Se observaron diferencias significativas entre PN y PR. En los primeros los diagnósticos más habituales, por orden de frecuencia, fueron la artrosis, los reumatismos de partes blandas, las algias vertebrales y las artropatías inflamatorias (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica, las más frecuentes: 44%, 19% y 17% del total, respectivamente). En los PR 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 eran más frecuentes en los PN como causantes del dolor dominante. Las artropatías inflamatorias, en cambio, eran más frecuentes en los PR.

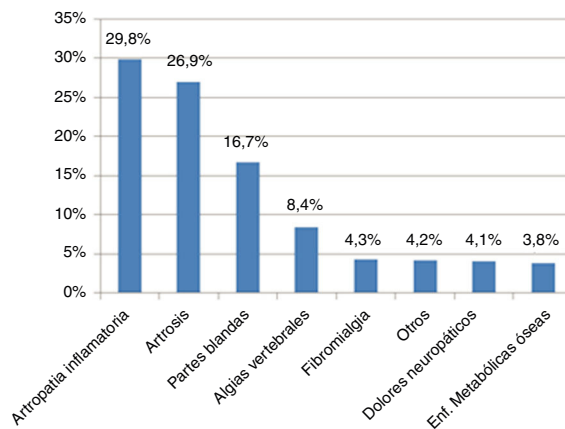


Figura 5. Diagnóstico asociado a dolor dominante.

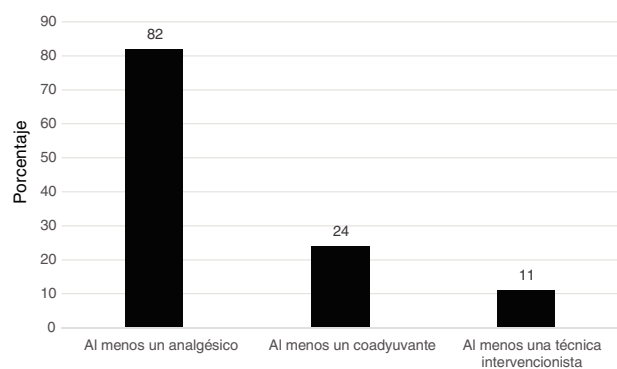


Figura 6. Pacientes con algún tipo de tratamiento para el dolor.

Respecto al tratamiento de las comorbilidades un 42,5% del total de pacientes de la muestra recibía protector gástrico IBP y el 24,5%, antihipertensivos. Tanto el tratamiento con IBP como el uso de esteroides eran significativamente más frecuentes en los PR que en los PN.

El 85,6% del total de pacientes de la muestra traían pautado un tratamiento farmacológico y/o intervencionista específico para el dolor (PN 74,8%; PR 90,5%). La frecuencia por tipo de tratamiento se muestra en la [figura 6](#). En lo relativo al tratamiento farmacológico analgésico, el 46,3% del total de pacientes de la muestra había recibido en el último mes AINE tradicionales (orales el 97,5%) y el 42,5% analgésicos simples. Los AINE, tanto los tradicionales como los COXIB, eran de uso significativamente más frecuente en los PR que en los PN, al igual que los opioides mayores (48,4%, 12,8% y 5,6%, frente a 41,2%, 6,1% y 1,5%, respectivamente). En el global de la muestra el 23,5% había recibido en el último mes tratamiento con opiáceos (menores o mayores).

En cuanto al uso de coadyuvantes destacan FAME y terapia biológica (17%), los corticoides (13%) y los relajantes musculares (12%). Es precisamente en el uso de FAME, terapia biológica y corticoides donde se detectan significativas diferencias entre los PN y los que acuden a revisión. Los corticoides se usan mucho más frecuentemente en los PN (95% frente al 16%). En cambio, FAME y terapia biológica son claramente más usados en los pacientes que acuden a revisión (24% frente al 2%).

De entre las técnicas intervencionistas, las infiltraciones fueron las más frecuentes (9,1% en el global; 10,9% en PR y 5,3% en PN).

Un 26,3% de pacientes de la muestra había recibido en el último mes terapia no farmacológica (significativamente más en PR que en PN; 29,9% y 18,7%, respectivamente). Destaca como más frecuente el uso de las técnicas que tienen que ver con la movilización física, como la fisioterapia (11,1%), la rehabilitación (10,5%) y el ejercicio físico y actividades deportivas (10,4%). La rehabilitación, además, era significativamente más utilizada en los PR, al igual que la práctica de ejercicio físico (respecto a la primera, fue empleada con mayor frecuencia en enfermedad mecánica—12,4% de artrosis y 19,4% de reumatismos de partes blandas— que en artropatías inflamatorias, 8,7%; esta derivación puede explicar, al menos en parte, el predominio de enfermedad inflamatoria en los PR).

En la [tabla 4](#) se muestra el tratamiento prescrito en la visita basal.

Los datos sobre percepción de dolor controlado y satisfacción con el tratamiento se recogen en la [tabla 5](#).

Resultado de la visita de seguimiento

Se realizó en 490 de los 515 pacientes que cumplían criterios, aproximadamente 3 meses después de la primera (80 días de media entre ambas visitas, con una desviación estándar de 42). La media de intensidad del dolor durante la última semana valorada en EVN era de 4,5 (mayor en PR que en PN; 4,7 frente a 4,1).

En la escala numérica de 11 puntos (de 0 «ningún dolor» a 10 «el peor dolor imaginable») del cuestionario breve para la evaluación del dolor, la mediana (Me) de la intensidad del dolor era de 6 para la intensidad máxima en las últimas 24 horas, 3 para la mínima y de 4 para la intensidad media y la actual. La diferencia entre PN y PR 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. La interferencia del dolor, valorada en el mismo cuestionario (en una escala numérica de 0 «no interfiere» a 10 «interfiere por completo») era mayor en actividades generales, laborales y en la capacidad para caminar (Me = 4) que en el estado de ánimo, en el sueño y en la capacidad para disfrutar de la vida (Me = 3), y más leve en la capacidad para relacionarse socialmente (Me = 2).

El 86,6% había seguido adecuadamente el tratamiento prescrito en la visita anterior, según sus médicos. En el 35,9% se realizaron cambios en el tratamiento pautado desde la visita basal (sobre todo aumento de dosis o frecuencia del establecido) y con más frecuencia en los PN que en los PR.

En la [tabla 6](#) se muestran los datos relativos a percepción de dolor controlado y satisfacción con el tratamiento.

Discusión

El estudio EVADOR es el primero en España sobre epidemiología del dolor en reumatología con un componente prospectivo y un alcance nacional. Se ha observado una elevada prevalencia del dolor en las consultas no monográficas de reumatología (86% en la última semana y 96% en algún momento de la enfermedad) en dicho estudio, tanto en PN como en PR. Estos datos son muy similares a los del estudio EPIDOR⁵ en la segunda cifra, pero mejores respecto a la primera (86% versus 95-100%), posiblemente debido a un manejo más adecuado del dolor y sus causas desde 2004. En la mayoría, el dolor dominante es crónico (81%), semejante, también, a los resultados de EPIDOR⁵. Un estudio holandés muestra una prevalencia de dolor músculo-esquelético crónico de 44%—aunque en población general de dicho país—, alcanzando las causas más frecuentes hasta el 16% en reumatismos de partes blandas, 12% artrosis, 3% artritis y 1% fibromialgia²³. 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, parcialmente, por la intervención reumatológica en los segundos y la mayor prevalencia de dolor neuropático en los primeros²⁴. En cuanto a la localización más frecuente, manos y columna lumbar, puede deberse, en parte, a que ambas localizaciones pueden afectarse tanto en artropatías inflamatorias como en artrosis, que son los diagnósticos más frecuentemente asociados al dolor dominante. Un porcentaje importante de pacientes tiene dolor continuo (incluida la noche), predomina en reposo y con picos que podríamos definir como incidentales, por lo que cumple características de dolor con importante repercusión clínica.

El tratamiento del dolor es más frecuente y con mayor uso de AINE, infiltraciones y opioides mayores en los pacientes en revisión, condicionado posiblemente por la propia intervención reumatológica y porque el paracetamol es una primera opción frecuente, ayudado quizás por el hecho de que la comorbilidad cardiovascular (especialmente hipertensión arterial) sea la más frecuente, en perjuicio del uso de AINE. Por otra parte, el mayor empleo de AINE contribuiría a explicar la mayor prevalencia de comorbilidad digestiva en los pacientes en revisión. El tratamiento no farmacológico es más frecuente en los PR, probablemente por el hecho de que no suele emplearse como primera elección. Entre los PR existe mayor percepción de dolor controlado y satisfacción con el tratamiento a lo que probablemente contribuya la terapia prescrita por el reumatólogo, en particular corticoides, FAMES y biológicos que, por su

Tabla 4
Tratamiento prescrito durante la visita basal

N = 1.084	Total muestra		PN		PR		Valor de p*
	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

* Valor de p de la diferencia entre pacientes nuevos (PN) y pacientes en revisión (PR).

Tabla 5
Percepción de dolor controlado y satisfacción con el tratamiento

N = 1.084	Total muestra		PN		PR		Valor dep*
	Me	RI	Me	RI	Me	RI	
Grado de alivio obtenido con el tratamiento farmacológico ^a	6	4-8	5	2-7	6	4-8	<0,001
Tolerancia al tratamiento seguido ^b	8	6-10	8	5-9	8	6-10	0,003
Grado de intensidad de dolor que el paciente considera aceptable ^c	2	0-4	2	0-4	2	1-4	0,812
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 con el 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 con el 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 es 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	

* Valor dep de la diferencia entre pacientes nuevos (PN) y pacientes en revisión (PR).

^a Valorado por el paciente en una escala entre 0 (alivio nulo) y 10 (alivio completo).

^b Valorado por el paciente en una escala entre 0 (mala tolerancia) y 10 (excelente tolerancia).

^c Valorado por el paciente en una escala de 0 (ningún dolor) a 10 (el peor dolor imaginable).

eficacia antiinflamatoria, contribuyen muy probablemente a mitigar el dolor (siendo la enfermedad inflamatoria la más frecuente en PR). El 23,5% estaba en tratamiento con opioides en el mes previo a la primera visita, lo cual supone un aumento con respecto a EPIDOR⁵ (10%), que debe valorarse teniendo en cuenta que la mediana de la intensidad máxima en las últimas 24 horas, en ambas visitas, era de 6 (se recomienda el uso de opioides cuando es superior a 5⁹).

Respecto a la visita de seguimiento, la intensidad media del dolor en la última semana era moderada, en relación, seguramente, con el hecho de que menos de la mitad de los pacientes (48%) consideraba que su estado era satisfactorio y el tratamiento recibido suficiente. A pesar de ello solo se había modificado el tratamiento indicado en la primera visita en un 36% de casos, influido probablemente porque un 61% estimaba que el dolor estaba aceptablemente

controlado con respecto al dolor previo. Dicha intensidad del dolor en la última semana es menor en los pacientes nuevos, quizás por la mejor respuesta terapéutica de la afección mecánica, predominante en estos. El grado de intensidad del dolor aceptable es más alto en los pacientes en revisión, probablemente relacionado con el hecho de que la etiología más frecuente en ellos, las artropatías inflamatorias, son mayoritariamente crónicas.

El dolor neuropático aparece en un 12% de los casos, porcentaje superior al observado en población general (7-8%)²⁴. Una posible explicación es que este tipo de dolor aparece, con frecuencias importantes, en entidades reumáticas: artrosis 30%²⁵; fibromialgia 50-75%²⁶; espondilitis anquilosante²⁷ y artritis reumatoide²⁸. Respecto a la catastrofización clínicamente relevante (PCS \geq 30) en la visita basal es similar a la obtenida en distintas muestras de pacientes con dolor crónico²².

Tabla 6
Percepción de dolor controlado y satisfacción con el tratamiento

N = 491	Total muestra		PN		PR		Valor de p*
	Me	RI	Me	RI	Me	RI	
Grado de alivio obtenido con el tratamiento ^a	6	4-8	6	4-7	6	4-8	0,512
Tolerancia al tratamiento seguido ^b	8	5-9	8	5-9	8	6-9	0,527
Grado de intensidad de dolor aceptable ^c	2	1-4	2	1-3	2	2-4	0,037
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 con el estado anterior (n = 484)							
Muchísimo mejor	52	10,7	19	11,2	33	10,6	0,573
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.

* Valor de p de la diferencia entre pacientes nuevos (PN) y pacientes en revisión (PR).

^a Valorado por el paciente en una escala entre 0 (alivio nulo) y 10 (alivio completo).^b Valorado por el paciente en una escala entre 0 (mala tolerancia) y 10 (excelente tolerancia).^c Valorado por el paciente en una escala de 0 (ningún dolor) a 10 (el peor dolor imaginable).

Nuestro estudio presenta, como limitación, la exclusión de las consultas monográficas y la visión algo restringida de las consultas externas de reumatología en nuestro ámbito que ello comporta. El diagnóstico y tratamiento serían más precoces en estas unidades²⁹ y, por ello, el resultado de ciertas variables, como en el manejo del dolor, puede ser distinto. Por lo demás, y salvo el citado Estudio AUDIT²⁹ —realizado en pacientes con artritis reumatoide seguidos en consultas monográficas de AR o enfermedades autoinmunes en una región de nuestro país, y cuyo resultado es el citado—, no hemos hallado otra literatura al respecto. Otra potencial limitación es que, debido al tiempo transcurrido entre la realización del estudio (2012) y la actualidad, ciertos resultados pueden haber variado. Por ejemplo, el empleo médico de opioides para el control del dolor no ha dejado de aumentar en países desarrollados³⁰ por lo que, quizá, en ámbito reumatológico español lo ha hecho también. En particular, y en nuestro entorno, la prescripción de opioides mayores entre los reumatólogos franceses alcanzaba el 66% en 2016, especialmente para manejo de procesos dolorosos agudos (radiculopatías agudas y fracturas vertebrales, con más frecuencia)³¹. No obstante y hasta la fecha, no tenemos noticia de ningún nuevo estudio similar nacional que renueve los datos aportados por el nuestro.

En conclusión, la prevalencia de dolor en ámbito reumatológico en nuestro país persiste elevada, aunque parece haber mejorado en la última década. 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. El empleo de opioides parece haber aumentado sustancialmente en los últimos años. Los datos de este estudio permiten tener una visión general y comparativa entre enfermedades 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. 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.

Financiación

Fundación Española de Reumatología (FER) con el patrocinio de Grünenthal Pharma S.A. La compañía no ha participado en el diseño del proyecto ni ha intervenido en las conclusiones o escritura del informe final y del presente manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con el presente manuscrito.

Anexo 1. Participantes del estudio EVADOR

Comité científico del Estudio EVADOR

Javier Vidal Fuentes (Hospital Universitario de Guadalajara), Jesús Tornero Molina (Hospital Universitario de Guadalajara), Milena Gobbo (Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología).

Investigadores del Estudio EVADOR

Miguel Ángel Caracuel, Alejandro Escudero, Desiree Ruiz y Pilar Font (Hospital Universitario Reina Sofía); Ricardo Sánchez Perea

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

Bibliografía

- Dieppe P. Chronic musculoskeletal pain. *BMJ*. 2013;346:f3146.
- 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;10:287–333.
- 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>.
- Loza E, Jover JA, Rodríguez-Rodríguez L, Carmona L. Observed and expected frequency of comorbid chronic diseases in rheumatic patients. *Ann Rheum Dis*. 2008;67:418–21.
- 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;205:157–63.
- Doth AH, Hansson PT, Jensen MP, Taylor RS. The burden of neuropathic pain: A systematic review and meta-analysis of health utilities. *Pain*. 2010;149:338–44.
- Casals M, Samper D. Epidemiology, prevalence and quality of life of non-malignant chronic pain. ITACA study. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:260–9.
- 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.
- Tornero-Molina J, Vidal-Fuentes J, Alonso-Ruiz A, Acebes-Cachafeiro C, Arboleya-Rodríguez L, 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.
- Bori Segura G, Hernandez Cruz B, Gobbo M, Lanás Arbeloa A, Salazar Páramo M, Terán Estrada L, 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;5:3–12.
- Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin*. 2006;2 Supl 1:S55–66.
- Ribera MV, Galvez R, Vidal MA. Patterns of major opioid use in neuropathic pain. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;14:266–73.
- Rodríguez 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. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;13:525–32.
- Rodríguez MJ, García 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;27:771–82.
- Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Painasses-ment (II). *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9:109–21.
- Badia X, Muriel C, Gracia A, Nunez-Olarte JM. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:52–9.
- Guy W, editor. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD, U.S.: Department of Health, Education, and Welfare; 1976.
- Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, Lopez-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:726–35.
- García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:487–92.
- 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.
- Conde V, Escriba JA, Izquierdo JA. Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Archivos de Neurobiología*. 1970;33:185–206.
- Sullivan MJL. The Pain Catastrophizing Scale. User manual. Montreal, Quebec: McGill University; 2009.
- Picavet HS, Hazes JM. Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis*. 2003;62:644–50.
- Torrance N, Ferguson JA, Afolabi E, Bennett MI, Serpell MG, Dunn KM, et al. Neuropathic pain in the community: More under-treated than refractory? *Pain*. 2013;154:690–9.
- Hochman JR, French MR, Birmingham SL, Hawker GA. The nerve of osteoarthritis pain. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62:1019–23.
- 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.
- Wu Q, Inman RD, Davis KD. Neuropathic pain in ankylosing spondylitis: A psychophysics and brain imaging study. *Arthritis Rheum*. 2013;65:1494–503.
- Christensen AW, Rifbjerg-Madsen S, Christensen R, Dreyer L, Tillingsøe H, Seven 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.
- Corominas H, Narváez J, Díaz-Torné C, Salvador G, Gomez-Caballero ME, de la Fuente D, et al. Retraso diagnóstico y terapéutico de la artritis reumatoide y su relación con dispositivos asistenciales en Catalunya Estudio AUDIT. *Reumatol Clin*. 2016;12:146–50.
- Opioid consumption data in the world. Disponible en: <http://www.painpolicy.wisc.edu/home>.
- Trouvin A, Curis E, Nicolis I, Dahan E, Javier RM, Vergne-Salle P, et al. SAT0571 Trends in strong opioid analgesic prescriptions by French rheumatologists: A nationwide survey. *Ann Rheum Dis*. 2016;75:876.