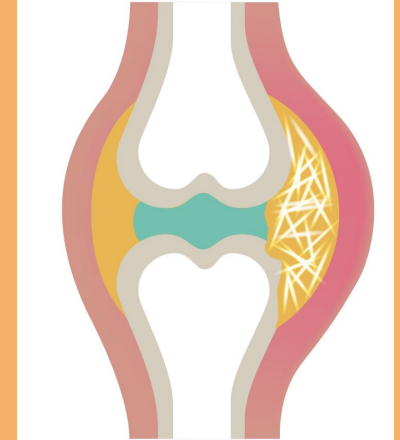

MANEJO DEL PACIENTE CON GOTA



Hospital Universitari
MútuaTerrassa



Jennifer Bello - EIR 1
Pablo Carnero - EIR 2
Clàudia Dasca - MIR 2
Vanessa Linares - MIR 4

Tutor: Rabee Kazan

ÍNDICE

- 1. Objetivos**
- 2. Introducción**
- 3. Diagnóstico Diferencial**
- 4. Manifestaciones Clínicas**
- 5. Criterios diagnósticos**
- 6. Tratamiento**
- 7. Medidas no farmacológicas**
- 8. Educación Sanitaria**
- 9. Conclusiones**

1. OBJETIVOS

- **Mejorar el abordaje de la gota para una rápida instauración de tratamiento.**
- **Reducir la variabilidad de la práctica clínica en el tratamiento**
- **Disminuir las comorbilidades asociadas a dicha patología.**

- Enfermedad inflamatoria articular más frecuente
- Globalmente:
 - Prevalencia 1-7%
 - Incidencia 0.5-3 x 1000 personas/año
- España:
 - Prevalencia 20a: 2.4%

ALTA PREVALENCIA DE FR MAYORES VASCULARES

2. INTRODUCCIÓN

- Enfermedad producida por fenómenos autoinflamatorios, tanto agudos como crónicos, que aparecen en respuesta a la presencia de cristales de urato monosódico monohidratado.
- Persistencia de niveles elevados de urato en sangre (>6.8 mg/dL) → HIPERURICEMIA
 1. AUMENTO INGESTA PURINA (10%)
 2. DISMINUCIÓN EXCRECIÓN URINARIA DE URATO (IR, diuréticos...) (90%)
 3. AUMENTO SÍNTESIS DE PURINA ENDÓGENA: Neoplasias hematológicas, Psoriasis, M. Paget...
 4. REABSORCIÓN DE URATO URINARIO: (SLC22A12 – URAT1, SLC2A9 – GLUT9, ABCG2)

FRECUENTE

REVERSIBLE

TRATAMIENTO ALTAMENTE EFICACES

FACTORES DE RIESGO

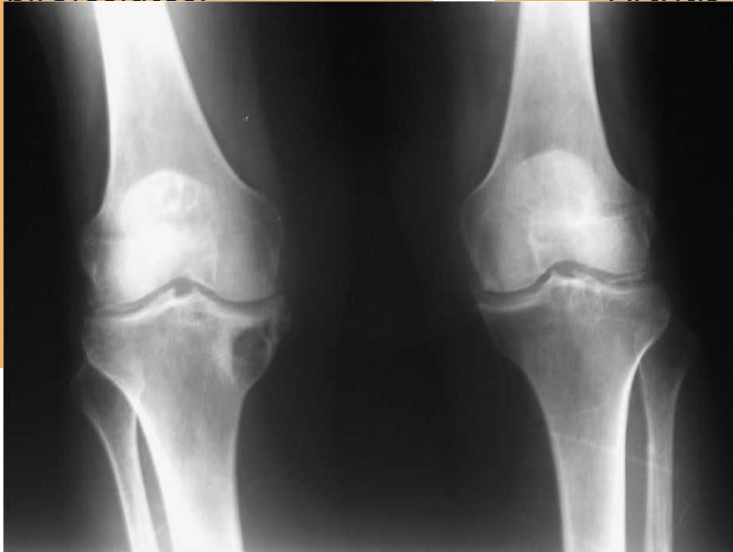
- Sexo masculino
- Edad avanzada
- IRC: FG30 → x2-3
- Dieta y OH
- Fármacos: beta-bloqueantes, IECA, ARA2 (excepto losartan), ciclosporina, tacrolimus.



3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CONDROCALCINOSIS

- Depósitos de pirofosfatos.



HIDROXIAPATITA

- Edad avanzada
- Artritis aguda o crónica destructiva
- Tipo de Milwaukee

OXALATO CÁLCICO

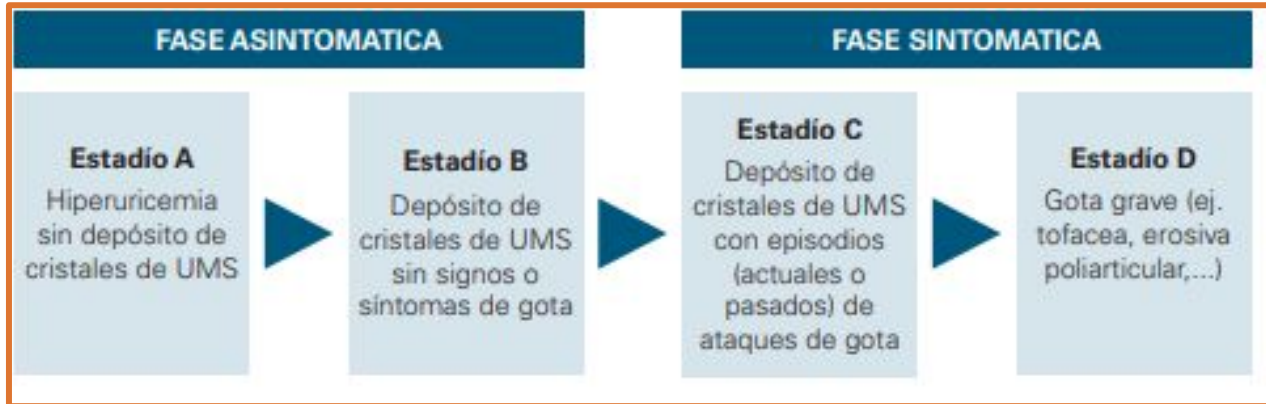
- 1a: <20 anys
- 2a: IR estadio terminal o



4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es el paradigma de la artritis aguda: **RÁPIDA APARICIÓN, DOLOR INTENSO, EXTREMA LIMITACIÓN FUNCIONAL.**

1. **HIPERURICEMIA ASINTOMÁTICA**
2. **ARTRITIS GOTOSA AGUDA: Monoartritis de predominio en EEII (1er MTF, rodilla, tobillo o tarso)**
3. **GOTA TOFÁCEA CRÓNICA: Depósito de conglomerados de urato sólido (tofós) en tejidos blandos y articulaciones.**



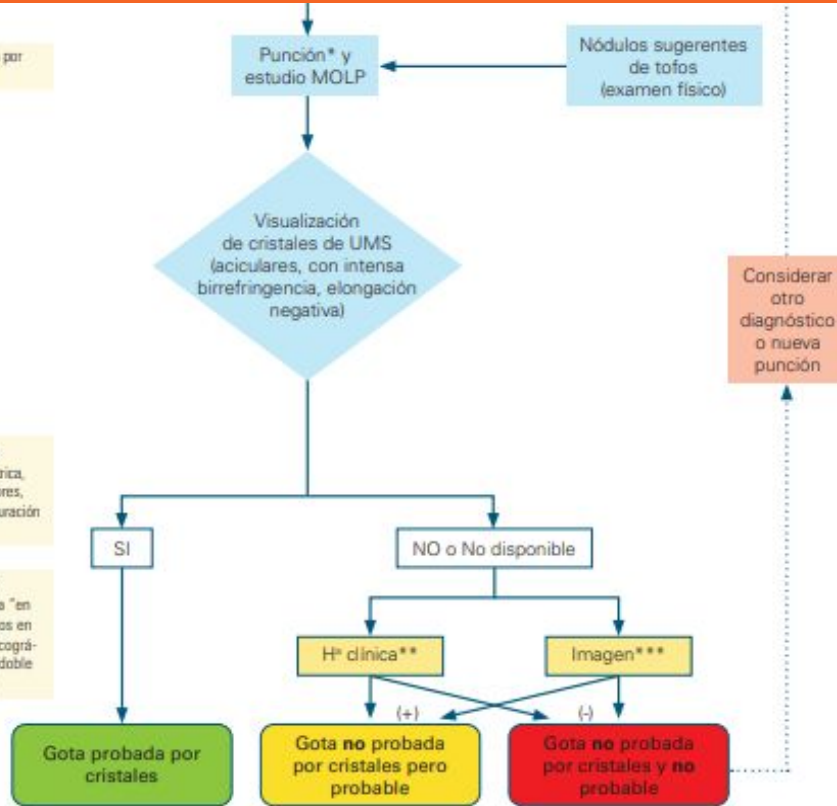
Historia natural de la gota (adaptado de Dalbeth N et al.)

5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

* Puede ser guiada por ecografía

** Podagra, artritis intermitente asimétrica, de miembros inferiores, con eritema o instauración brusca

*** Erosiones con reacción perióstica "en tejadillo"; depósitos en TCDE, hallazgos ecográficos específicos (doble contorno y tofos)

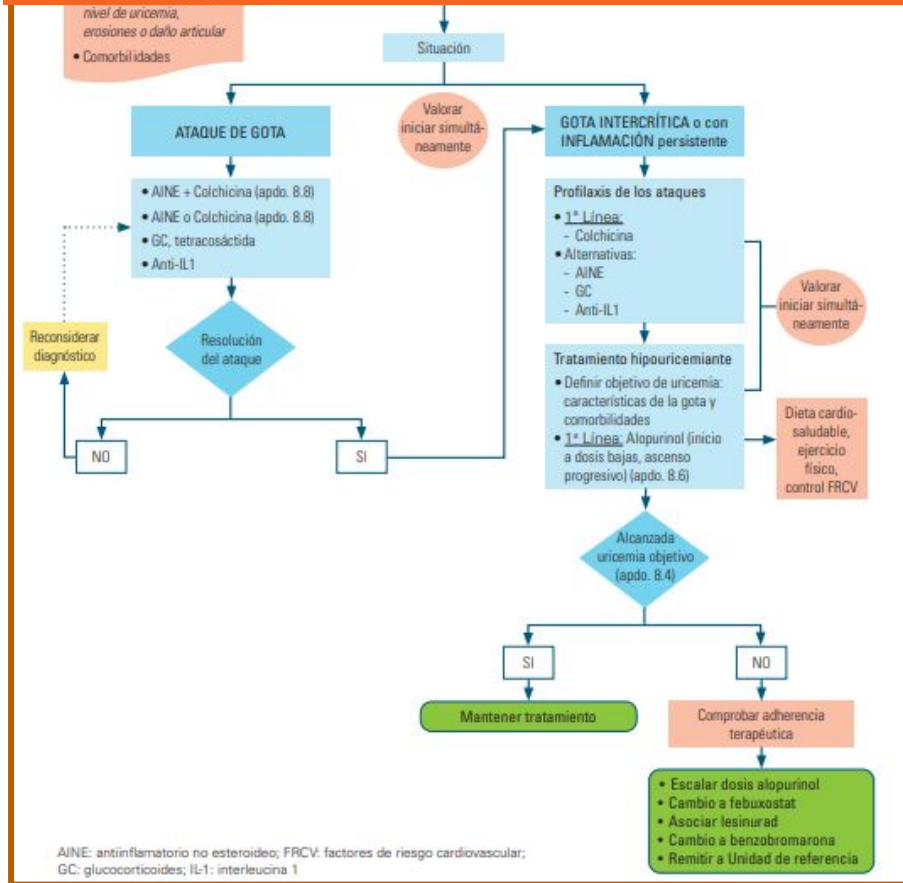


MOLP: microscopio óptico de luz polarizada; UMS: urato monosódico

EULAR 2018

1. IDENTIFICACIÓN CRISTALES UMS EN LÍQUIDO ARTICULAR
2. CLÍNICA: presencia de hiperuricemia y características clínicas
3. PRUEBAS DE IMAGEN: ECOGRAFÍA O TC PARA EVIDENCIAR DEPÓSITOS

6. TRATAMIENTO



Conseguir disolución de los cristales UMS depositados en estructuras articulares.

Nivel de uricemia terapéutico <6 mg o al menos <5 mg/dL en pacientes con gota grave.

No existe un estándar establecido para la escalada terapéutica ni seguimiento analítico

6. TRATAMIENTO



Monoterapia

Inh Xantino Oxidasa

Alopurinol

- > Ataques de gota -> 8s
- Ajustado a FR
- Trasplante (s/ azatioprina)
- Evitar HLA B58

Febuxostat

- > Ataques de gota -> 8s
- Gota grave
- Precaución si IAM, IC, CI, ICC



Uricosúrico

Benzbromarona

- Monoterapia y combinado
- Trasplante (c/azatioprina)
- ContraInd si ERC Grave

Pegloticasa

- Gota refractaria, sin otra alt.
- ERC Grave

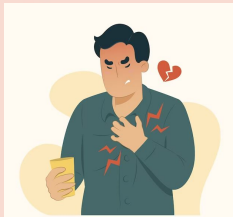


Terapia Combinada

Mal control en monoterapia a pesar de tratamiento a dosis altas, buena adherencia y cumplidor de medidas no farmacológicas

Lesinurad

- Tto combinado
- Evitar en ERC grave, ECV



Alopurinol +
Lesinurad

Febuxostat +
Lesinurad

Alopurinol +
Benzbromarona

Febuxostat +
Benzbromarona



En situaciones especiales

Enfermedad renal crónica

Alopurinol

- > Ataques de gota -> 8s
- Ajustado a FR
- Trasplante (s/ azatioprina)
- Evitar HLA B58

Febuxostat

- > Ataques de gota -> 8s
- Gota grave
- Precaución si IAM, IC, CI, ICC

Tabla 9. Dosificación inicial de alopurinol en función del filtrado glomerular²⁷

Dosis de inicio de alopurinol según FG	
FG (ml/min/1,73m ²)	Dosis de alopurinol
<5	50 mg/semana
5-15	50 mg/2 veces en semana
16-30	50 mg/48 horas
31-45	50 mg/24 horas
46-60	50-100 mg/alternando cada día
61-90	100 mg/día
91-130	150 mg/día

En situaciones especiales

Enfermedad Cardiovascular

Alopurinol

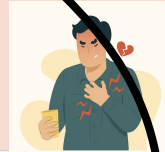
- > Ataques de gota -> 8s
- Ajustado a FR
- Trasplante (s/ azatioprina)
- Evitar HLA B58

Febuxostat

- > Ataques de gota -> 8s
- Gota grave
- Precaución si IAM, IC, CI, ICC

Lesinurad

- Tto combinado
 - Evitar en ERC grave, ECV
- <1a



Benzbromarona

- Monoterapia y combinado
- Trasplante (c/azatioprina)
- Contraindicado si ERC Grave

Pegloticasa

- Gota refractaria, sin otra alt.
- ERC Grave



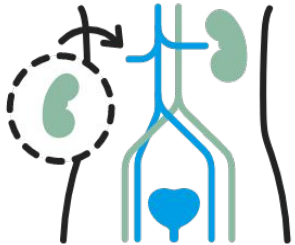
Trasplante de órgano sólido

Derivación a Reumatología

Protuberancias
por tofos



- **Presentación clínica atípica o diagnóstico diferencial complejo**
 - **Gota grave**
 - **Gota en pacientes crónicos complejos**
- **Enfermedad renal avanzada. Filtrado glomerular <30 ml/min**
 - **Trasplantados**
- **Evolución desfavorable/falta de respuesta adecuada a los tratamientos pautados en AP**



7. MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

1. Alimentación
2. Alcohol
3. Ejercicio
4. Obesidad
5. Tabaquismo

Alimentos
aconsejados
para su consumo



Alimentos
para limitar
su consumo

Alimentación

Incrementadores:

Proteína animal
Carnes rojas
Mariscos y Pescado
Bebidas azucaradas

Reductores:

Leche y logurt (Desnatados)
Proteína vegetal
Café

pirámide NAOS®



Alimentación



pirámide NAOS®



Alcohol



pirámide NAOS®



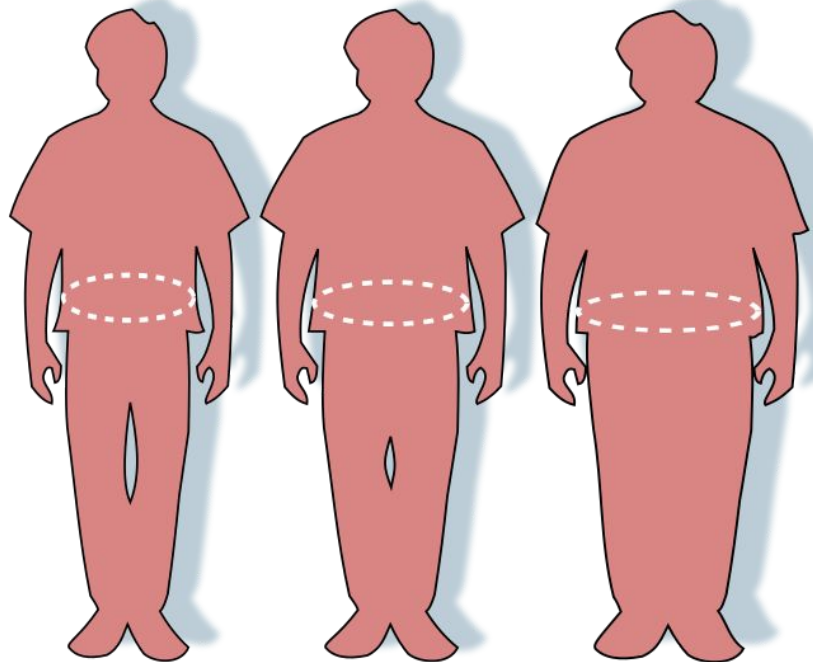
Ejercicio

30' de actividad moderada a diario

Toda actividad física cuenta



Obesidad



pirámide NAOS®



Tabaquismo

Reducir riesgo cardiovascular



Proceso de cambio



8. EDUCACIÓN SANITARIA

Programas de Educación para Pacientes (PEP)

Conjunto de actividades dirigidas a aumentar el nivel de conocimiento de los enfermos sobre su patología y así cambiar sus comportamientos relacionados con la salud.

Valoración integral u
holística del paciente



Programa de Educación para Pacientes (PEP)

Objetivos fundamentales:

Autoeficacia



Directa

Motivación

Indirecta



YOU CAN
DO IT!

Programa de Educación para Pacientes (PEP)

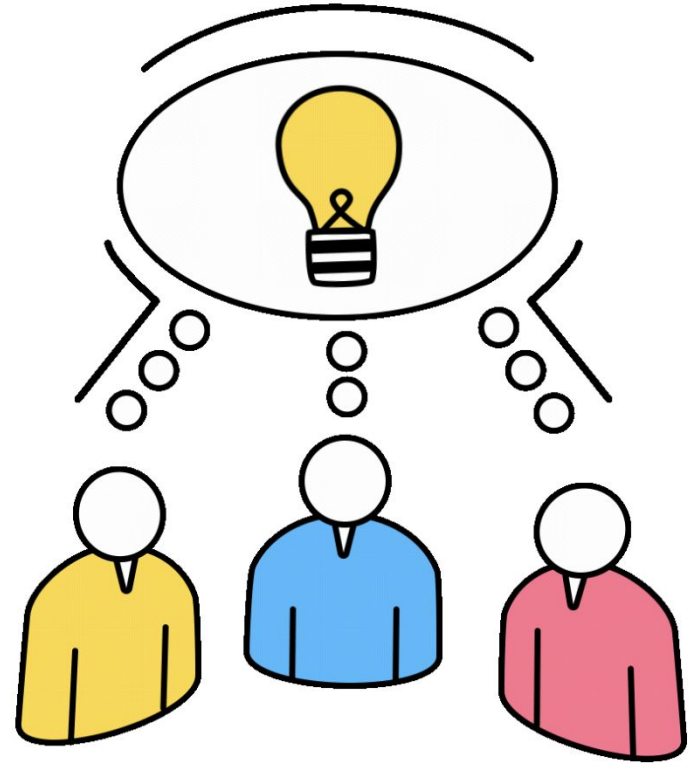
Manejo del dolor

Dieta

Riesgo cardiovascular

Control de peso

Adherencia al tratamiento



Programa de Educación para Pacientes (PEP)

Manejo del dolor:

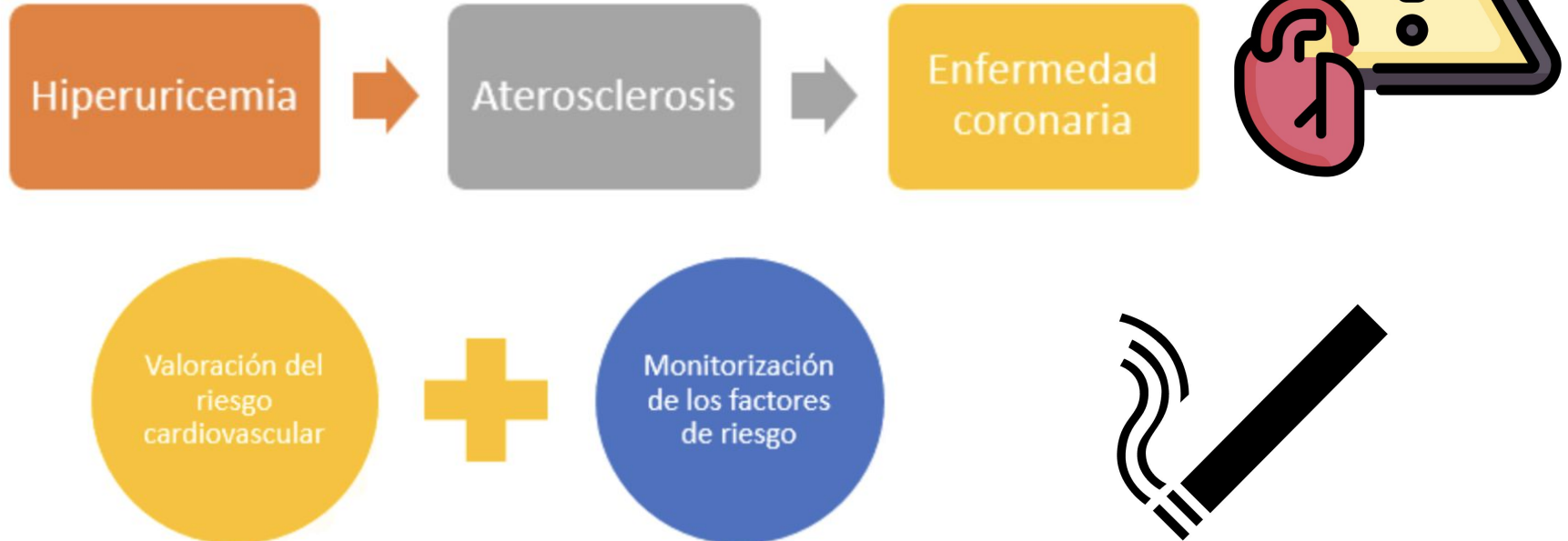


Evitar la
autoprescripción

Frío

Programa de Educación para Pacientes (PEP)

Riesgo cardiovascular:



Programa de Educación para Pacientes (PEP)

Control de peso:

Factores predictores

- Aumento de peso
- Mayor volumen de tejido adiposo

Aumento de la producción y disminución de secreción renal

Factores de protección

- Restricción calórica y pérdida de peso

Disminución de la producción y aumento de secreción renal



Coexistencia de síndrome metabólico y otras patologías asociadas

Programa de Educación para Pacientes (PEP)

Adherencia al tratamiento:



Estrecha monitorización del
tratamiento



Abandono terapéutico



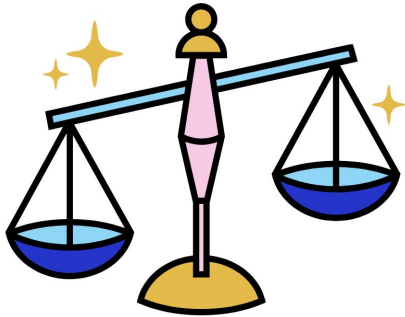
Efectos adversos de los
fármacos
Interacciones medicamentosas



¿ Y el paciente?



- Enseñar al paciente que la gota se produce por el depósitos de cristales de ácido úrico.
- Está relacionado con los hábitos alimenticios y/o uso de diuréticos.



Equilibrio entre sus hábitos dietéticos y los fármacos que utiliza para otros procesos.



Inquietudes del paciente

Influencia del diagnóstico

- Percepción de la enfermedad

Síntomas de la enfermedad

- Dolor
- Brotes de inflamación articular

Día a día con la enfermedad

- Estilo de vida
- Estado de ánimo
- Sexualidad

Entorno familiar y social

- Familia
- Estigmatización
- Sexualidad



Percepción de la enfermedad

Grupo 1

Con el diagnóstico buscan la causa y crean métodos para manejarla

Grupo 2

Reticentes al diagnóstico. Miedo a acudir al médico y estigma de la enfermedad.

Síntomas de la enfermedad

Dolor

- Síntoma más importante. Dolor constante.
- Acompañado de hinchazón, enrojecimiento, calor, sensibilidad al tacto, rigidez, problemas de sueño...

Tofos

- Añade más carga al paciente en el aspecto físico, social y psicológico.

Brotos de inflamación articular

- Hay pacientes que consideran que el tratamiento solo se debe centrar en el ataque agudo.
- Aislamiento. Miedo a salir a la calle y vergüenza por la cojera. Imposibilidad de conducir. Aumenta el aislamiento social.

Protuberancias por tofos



Día a día de la enfermedad

Estilo de vida

- Los cambios son más fáciles en pacientes con temor al dolor.
- Los pacientes comienzan siguiendo los consejos, pero a medida que los ataques disminuyen los pacientes se vuelven menos cumplidores (consumen alcohol y quitan las restricciones de la dieta).

Estado de ánimo

- La prevalencia de depresión y ansiedad es mayor. Influye en la adherencia al tratamiento. Deterioro de las relaciones sociales y dificultades para la vida laboral.

Sexualidad

- Los ataques influyen en la disminución del deseo sexual.
- Relación entre el dolor articular agudo y crónico y el impacto físico en la intimidad.



Entorno familiar y social

Familia

- Apoyo físico y afectivo.

Estigma

- El entorno social no la toma en serio. Se intenta ocultar el diagnóstico.
- Artritis por cristales de urato.

Trabajo

- Incomprensión de los jefes hacia la enfermedad.
- Impedimentos de los ataques agudos
- No flexibilidad horaria.



9. CONCLUSIONES

- Facilitar información para identificar el ataque y el tratamiento precoz (in the-pocket medication)
- La colchicina → tratamiento de la fase aguda como en la profilaxis de los ataques de gota
 - ◆ FG disminuido y vigilar en la aparición de síntomas de miopatía (si ttm con estatinas)
 - ◆ Dosis de tratamiento preventivo de los ataques 0.5-1 mg/día.
 - ◆ Práctica habitual → colchicina (0,5 mg/día) + AINE/Corticoide en crisis agudas y mantener como profilaxis una vez retirado AINE o corticoide.
- Se puede plantear inicio de tratamiento hipouricemiante en fase aguda
- Febuxostat ya no está contraindicado en paciente con ECV
- Hábitos de vida: Mantener un estilo de vida saludable general, restringiendo a mayores la proteína animal, mariscos, alcohol y bebidas azucaradas.
- Educación sanitaria: explicar la enfermedad al paciente, incidir en los hábitos dietéticos, realización de ejercicio físico, adherencia al tratamiento y manejo del dolor en los ataques agudos.

¡MUCHAS GRACIAS!

Bibliografía

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia para la Nutrición, la Actividad Física y la Prevención de la Obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. p. 39. Disponible en: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
- Arthritis Rheum. 2005;52(1):283-9. 33. Li S, Micheletti R. Role of diet in rheumatic disease. Rheum Dis Clin North Am. 2011;37(1):119-33.
- Yoon-Jung Choi et al. Light Alcohol Drinking and Risk of Cancer: A Meta-Analysis of Cohort Studies. Cancer Res Treat. 2018;50(2):474-487. <https://doi.org/10.4143/crt.2017.094>
- Peral, M. L., Calabuig, I., & Collado, M. N. A. (2018). Nuevas evidencias en el manejo de la gota. Revista de la SVR: Sociedad Valenciana de Reumatología, 7(4), 12-16.
- Zhang W, Doherty M, Bardin T, Pascual E, Barskova V, Conaghan P, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). Ann Rheum Dis.2006;65(10):1312-24.
- Perez-Ruiz F. Treating to target: a strategy to cure gout. Rheumatology (Oxford). 2009;48 Suppl 2:ii9-ii14.
- Sociedad Española de Reumatología. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Gota.[internet].Guiclingot; . 2015. [citado 2 febrero 2023]. Disponible en: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/GPCGota13.pdf>