

11 artículo

Ana Lafuente Navarro [Buscar autor en Medline]

Cándida Lafuente Navarro [Buscar autor en Medline]



Abordaje de la artrosis desde la atención primaria

Ver resumen y puntos clave

Ver texto completo

Volver al sumario

Texto completo

La artrosis es una enfermedad crónica asociada a dolor, discapacidad y empeoramiento de la calidad de vida. El médico de atención primaria es el primer eslabón de actuación frente a esta patología. De su toma de decisiones y recomendaciones dependerá el estado de salud del paciente. Para ello se precisan guías y recomendaciones basadas en el conocimiento científico, que ayuden al profesional en su práctica habitual, y que a su vez permitan actuar de una forma conjunta y sincronizada a los diferentes profesionales que se hallan involucrados en este proceso asistencial. La finalidad de todo ello es ofrecer una atención de mayor calidad a los pacientes afectados de esta patología.

Recomendaciones para el tratamiento de la Artrosis.

Las diferentes sociedades científicas e instituciones han elaborado recomendaciones para la artrosis basadas en la evidencia científica y en la opinión de expertos. Estas hacen referencia a los diferentes tratamientos de la artrosis de rodilla y cadera, por lo que no pueden extrapolarse los datos a la artrosis en otras localizaciones.

Recomendaciones de la EULAR (European League Against Rheumatism)¹ para el tratamiento de la artrosis de rodilla.

Son una actualización de las recomendaciones presentadas en el año 2000. Se revisó la evidencia científica de todos los tratamientos disponibles para la artrosis de rodilla y se elaboraron las 10 recomendaciones siguientes:

1. El tratamiento óptimo de la rodilla requiere una combinación de modalidades terapéuticas no farmacológicas y farmacológicas.
2. El tratamiento de la artrosis debe individualizarse en función de:
 - Factores de riesgo para la rodilla (obesidad, factores mecánicos adversos, actividad física).
 - Factores de riesgo generales (edad, comorbilidad, polifarmacia).
 - Intensidad del dolor y la discapacidad.
 - Signos de inflamación, por ejemplo, derrame.
 - Localización y grado de lesión estructural.
3. El tratamiento no farmacológico de la artrosis de rodilla debe incluir educación sanitaria, ejercicio, dispositivos de ayuda (bastones, plantillas, dispositivos de sujeción de la rodilla) y reducción del peso.
4. Paracetamol es el analgésico oral que debe probarse en primer lugar y, si da resultado, es el analgésico oral preferido a largo plazo.
5. Las aplicaciones tópicas (AINE, capsicina) tienen eficacia clínica y son seguras.
6. Debe considerarse el empleo de AINE en los pacientes que no responden a paracetamol. En los pacientes con un aumento del riesgo gastrointestinal, deben utilizarse AINE no selectivos junto a agentes gastroprotectores eficaces, o bien inhibidores selectivos de la COX2.
7. Los analgésicos opioides, con o sin paracetamol, son alternativas útiles en los pacientes en los que los AINE, incluyendo los inhibidores selectivos de la COX2, están contraindicados, son ineficaces y/o son mal tolerados.
8. Los SYSADOA (sulfato de glucosamina, condroitín sulfato, ASU, diacereína y ácido hialurónico) tienen efectos sintomáticos y pueden modificar la estructura.
9. La inyección intraarticular de corticosteroides de acción prolongada está indicada para las exacerbaciones del dolor de rodilla, en especial si se acompaña de derrame.
10. Debe contemplarse la sustitución articular en los pacientes con signos radiográficos

bibliografía

1. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JW, Dieppe P, et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2003;62:1145-55.

2. Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther K-P, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2005;64:669-681.

3. American College of Rheumatology subcommittee on osteoarthritis guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee. *Arthritis Rheum.* 2000;43:1905-15.

4. Primer documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla. *Reumatol Clin.* 2005;1(1):38-48.

5. Marzo M, Alonso P, Rotaache R. ¿Como clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones?. *Aten Primaria.* 2006;37(1):5-8.

Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés



de artrosis de rodilla que presentan dolor y discapacidad refractarios al tratamiento.

Recomendaciones de la EULAR para el tratamiento de la artrosis de cadera².

Siguiendo los mismos criterios que utilizó para las recomendaciones de la artrosis de rodilla, el grupo de trabajo de la ESCISIT (EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics) elaboró 10 recomendaciones sobre el tratamiento de la artrosis de cadera:



1. El manejo de la artrosis de cadera debe combinar estrategias farmacológicas y no farmacológicas
2. El tratamiento de la artrosis debe individualizarse en función de:
 - Factores de riesgo en la cadera (obesidad, factores mecánicos adversos, actividad física y displasia)
 - Factores de riesgo generales (edad, sexo, comorbilidad, polifarmacia)
 - Intensidad del dolor, grado de discapacidad.
 - Localización y grado del daño estructural.
 - Expectativas del paciente.
3. La terapia no farmacológica incluye educación, ejercicio, dispositivos de ayuda, y reducción de peso si hay obesidad o sobrepeso.
4. Por su eficacia y seguridad el paracetamol (hasta 4 gramos diarios) es el analgésico oral de primera elección para el dolor leve-moderado y, si es efectivo, es el analgésico preferido a largo plazos.
5. Los AINE, en su dosis efectiva mas baja, se añaden o sustituyen al paracetamol si hay una mala respuesta. En pacientes con riesgo gastrointestinal alto, los AINE no selectivos deben emplearse junto con un protector gástrico, o utilizar un inhibidor selectivo de la COX-2.
6. Los analgésicos opioides, con o sin paracetamol, son una alternativa útil en los pacientes en los que los AINE, incluyendo los inhibidores de la COX-2, están contraindicados, son ineficaces o mal tolerados.
7. Los fármacos sintomáticos de acción lenta para la artrosis (SYSADOA) tienen efecto sobre los síntomas y una baja toxicidad, pero su efecto es pequeño, los pacientes tributarios del tratamiento candidatos no están bien definidos y los cambios estructurales clínicamente relevantes y los aspectos fármaco-económicos no están bien establecidos.
8. Las inyecciones intraarticulares de corticosteroides (guiadas por ultrasonidos o RX) deben considerarse en las exacerbaciones que no responden a analgésicos o AINE.
9. La osteotomía y otros procedimientos quirúrgicos para preservar la articulación están indicados en adultos jóvenes con artrosis de cadera sintomática, especialmente si presentan displasia o deformidad en varo/valgo.
10. La artroplastia está indicada en pacientes con evidencia radiográfica de artrosis que presentan dolor refractario y discapacidad.

Recomendaciones del Colegio Americano de Reumatología

El ACR (American College of Rheumatology), por su parte, ofrece recomendaciones conjuntas para la artrosis de rodilla y de cadera³. No elaboran un conjunto de recomendaciones finales como las de la EULAR pero analizan los contenidos del tratamiento no farmacológico y farmacológico basándose en la evidencia científica y en la opinión de expertos.

El tratamiento no farmacológico, que demuestra disminuir el dolor y/o mejorar la funcionalidad, incluye: educación del paciente; programas de autocuidado; seguimiento del proceso mediante contacto telefónico; pérdida de peso (si hay sobrepeso); programas de ejercicio aeróbico, de estiramiento muscular y de fortalecimiento muscular; dispositivos de ayuda para caminar; ortesis de rodilla; calzado adecuado; plantillas; protección articular.

El tratamiento farmacológico incluye:

- Tratamiento oral con paracetamol como fármaco de primera elección.
- AINE en artrosis moderada-severa y con signos de inflamación o si no hay respuesta al anterior.
- Otros fármacos a utilizar son los inhibidores específicos de la COX-2 o AINE asociado a misoprostol o inhibidor de la bomba de protones, en pacientes con aumento de riesgo de efectos secundarios gastrointestinales.
- Otros tratamientos propuestos cuando no hay respuesta clínica a los anteriores, o existen contraindicaciones de los mismos, y que han demostrado su efectividad son: tratamiento tópico con AINE o capsaicina, tratamiento oral con tramadol u otros derivados opioides; inyecciones intraarticulares de corticosteroideos o con (de) ácido hialurónico.
- En la artrosis de cadera el tratamiento es similar al de la rodilla excepto que no está indicado el ácido hialurónico intraarticular, y no se ha estudiado el efecto de los fármacos tópicos ni de la inyección intraarticular de corticosteroideos.
- La elección del fármaco ha de ser individualizada teniendo en cuenta las

características de cada paciente (comorbilidad, polifarmacia).

Recomendaciones de la SER (Sociedad Española de Reumatología) sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla⁴.

Suponen un complemento a las recomendaciones de la EULAR. Basándose en dichas recomendaciones, desarrollan cuestiones que no quedaban suficientemente claras por no ser su objetivo, y tratan de responder a preguntas que surgen en la práctica clínica dando un grado de recomendación. Al inicio del documento subrayan que el tratamiento de la artrosis también incluye medidas tan importantes como la corrección de los factores de riesgo, la información a los pacientes, y el tratamiento no farmacológico.

Respuestas a las preguntas sobre tratamiento:

1. El paracetamol es un fármaco de primera elección para el control del dolor en la artrosis de rodilla, basándose principalmente en criterios de seguridad. (Grado de recomendación A). No hay evidencia de que el paracetamol destruya el cartílago articular o acelere la enfermedad.
2. Los AINE tienen un mayor efecto analgésico que el paracetamol, pero es recomendable utilizar primero el paracetamol ya que ofrece mayor seguridad y relación coste-beneficio con eficacia suficiente. (Grado de recomendación A). No hay evidencia de que los AINE, exceptuando la indometacina, favorezcan la progresión de la artrosis.
3. Los coxibs son más eficaces que el paracetamol en el control del dolor y tienen una eficacia similar a los AINE clásicos. (Grado de recomendación A). Se desconoce si los coxibs favorecen la progresión de la artrosis. (Grado de recomendación D).
4. Los AINE aplicados de forma tópica son eficaces para reducir el dolor y mejorar la funcionalidad de los pacientes con artrosis de rodilla. (Grado de recomendación A).
5. La capsaicina aplicada de forma tópica es eficaz para reducir el dolor y mejorar la funcionalidad de los pacientes con artrosis de rodilla. (Grado de recomendación A).
6. El tramadol, sólo o combinado con paracetamol y/o AINE, es eficaz en el tratamiento del brote doloroso de pacientes con artrosis de rodilla, que no responden al tratamiento de base. (Grado de recomendación A).
7. El sulfato de glucosamina es eficaz para el control del dolor y la mejoría funcional de los pacientes con artrosis de rodilla. (Grado de recomendación A). El sulfato de glucosamina no disminuye la necesidad de analgesia de rescate. (Grado de recomendación A). El sulfato de glucosamina puede retardar la pérdida del espacio articular femorotibial en la artrosis de rodilla. (Grado de recomendación A). No hay evidencia de que el sulfato de glucosamina sea capaz de reducir el número de artroplastias en pacientes con artrosis de rodilla.
8. El condroitín sulfato es eficaz en el control del dolor y la mejoría funcional de pacientes con artrosis de rodilla. (Grado de recomendación A). El condroitín sulfato reduce las necesidades de analgésicos o AINE. (Grado de recomendación A). El condroitín sulfato puede retardar la pérdida del espacio articular femorotibial en la artrosis de rodilla. (Grado de recomendación A). No hay evidencia de que el condroitín sulfato sea capaz de reducir el número de artroplastias en pacientes con artrosis de rodilla.
9. La diacereína no es eficaz para el control de los síntomas de la artrosis de rodilla. (Grado de recomendación D). No hay datos de la eficacia de la diacereína en la disminución de las necesidades de analgésicos o de AINE. No es posible dar ninguna recomendación sobre la eficacia de la diacereína en el control de la progresión radiológica en pacientes con artrosis de rodilla. No hay estudios sobre la eficacia de la diacereína en el control de la evolución hacia la artroplastia en paciente con artrosis de rodilla.
10. La combinación de ácido hialurónico con AINE (diclofenaco y misoprostol) resulta más eficaz para el control de los síntomas que el tratamiento sólo con AINE y, en determinados casos (dolor especialmente nocturno y en reposo), que el ácido hialurónico sólo. (Grado de recomendación A). No hay evidencias con respecto a otros SYSADOA ni con la combinación de estos y paracetamol. No hay evidencias sobre la eficacia de la combinación de paracetamol y/o AINE con SYSADOA orales o intraarticulares para el control de la progresión de la artrosis de rodilla.
11. El ácido hialurónico es eficaz para el control de los síntomas de la artrosis de rodilla. (Grado de recomendación A). No hay evidencias de la incidencia del peso molecular del ácido hialurónico en la respuesta terapéutica. Los diferentes preparados de ácido hialurónico intraarticular son bien tolerados y ofrecen el mismo grado de seguridad. (Grado de recomendación A).
12. Los corticoides intraarticulares son efectivos a corto plazo para el control del dolor en la artrosis de rodilla, especialmente en los brotes de la enfermedad. (Grado de recomendación A). Los corticoides intraarticulares no son perjudiciales para el cartílago articular. (Grado de recomendación A). No hay evidencias suficientes para establecer un perfil de pacientes que puedan obtener un mayor beneficio con el uso de corticoides.

Las guías son instrumentos que ayudan al médico de atención primaria en el manejo y en la toma de decisiones de una determinada patología, basándose en la evidencia científica del momento y en las opiniones de los expertos.

La finalidad de la aplicación de las guías de la artrosis será conseguir disminuir el dolor y la rigidez, mantener o mejorar la movilidad y la función articular, limitar la progresión del daño articular, y conseguir una utilización adecuada de los medicamentos.

Todas ellas tienen una estructura similar: definición de la patología, epidemiología, factores de riesgo, clínica, diagnóstico y tratamiento.

Instituciones y sociedades científicas han elaborado guías de actuación utilizando diferentes criterios de clasificación de la calidad de la evidencia. Esto conduce a prácticas clínicas muy variadas y todas ellas basadas en la evidencia científica. En la atención primaria las clasificaciones más utilizadas han sido la de la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) y la del United State Preventive Services Task Force (USPSTF). Para subsanar estas deficiencias en el año 2000 se creó el grupo de trabajo GRADE cuyo objetivo es unificar las diferentes clasificaciones para que las recomendaciones y guías de práctica clínica sigan criterios comunes basados en la evidencia⁵.

Entre las guías de actuación en la artrosis destacan:

- La guía del National Health Service (NHS): guía de actuación para la artrosis⁶ creada en 1999 y cuya última revisión ha sido en julio de 2005, con datos generales para la artrosis y específicos para la artrosis de rodilla, cadera y otras localizaciones. Parte de preguntas a las que da respuesta de una forma concisa y esquemática.
- Otras guías de práctica clínica han sido elaboradas por la British Society of Rheumatology⁷, American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS)⁸.
- Esta pendiente de publicarse este año 2006 la guía NICE (National Institute for Clinical Excellence) de manejo de la artrosis en adultos.

En España, recientemente se ha elaborado una guía de práctica clínica de la artrosis de cadera avalada por cinco sociedades, dos de atención primaria (SEMG, SEMERGEN), la Sociedad Española de Reumatología (SER), la Sociedad de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) y la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), utilizando las recomendaciones de la EULAR, de la ACR además de efectuar una revisión de los artículos publicados en los cinco últimos años⁹.

También la Junta de Andalucía elaboró en el año 2003 una guía práctica para la artrosis de rodilla y cadera¹⁰. En esta guía, además, se describen todos los procesos asistenciales que se requieren para el seguimiento de la artrosis.

Escalas para valorar el dolor, la función y la calidad de vida.

Según la OMS, la definición de salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Para poder medir la salud utilizamos con frecuencia términos diferentes como estado funcional, estado de salud, calidad de vida etc.

A la salud percibida por el propio individuo se le llama calidad de vida, que se diferencia del estado de salud que observamos los profesionales de la salud. Para poder evaluar la calidad de vida hemos de utilizar instrumentos de medición adecuados para obtener resultados válidos y significativos y que además sean breves.

Hay una serie de escalas y cuestionarios que se han convertido en herramientas imprescindibles para la evaluación de la salud.

Escalas para valorar el dolor.

Las escalas de autoevaluación permiten una estimación global de la intensidad del dolor.

- Escala visual analógica (EVA): Analiza la intensidad del dolor crónico. Consiste en una línea horizontal de 0 a 10 cm con fracciones de 0,5 o de 1 cm, con sus extremos delimitados por las expresiones "ausencia de dolor" y "dolor insoportable", o "sin dolor alguno" o "duele mucho". Se considera el método por excelencia en pacientes no sedados ni discapacitados psíquicos, muy útil en la valoración inicial y en la evolución.
- Escala verbal simple (EVS): Complementa la anterior y consta de 5 calificativos para definir la intensidad del dolor o su alivio (ausente, leve, moderado, intenso, insoportable). El paciente debe elegir el calificativo que mejor corresponde a su síntoma. Es más imprecisa y menos sensible que la anterior, pero más rápida de utilizar. Existen reglas con ambas escalas, una por cada lado.
- Escala categórica tipo Likert para valorar la mejoría del dolor. Es una escala ordinal

de fácil construcción y aplicación. Sirve para medir actitudes y consiste en un conjunto de ítems, bajo la forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos. Por ejemplo, una escala tipo Likert de 5 puntos: excelente, muy bueno, bueno, regular, malo.

Tipos de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS):

Instrumentos genéricos.

Se utilizan para comparar los resultados entre diferentes poblaciones y diferentes patologías. Si se aplican a grupos específicos pierden especificidad. Dentro de ellos están:

- Sickness Impact Profile (perfil del impacto de la enfermedad). Es un cuestionario autoadministrable. Mide la discapacidad que provoca la enfermedad en 12 actividades de la vida diaria, agrupadas en dos dimensiones (física y psicosocial) y otras 5 independientes (nutrición, trabajo, tareas domésticas, sueño/descanso, y ocio y pasatiempos). Está validado al castellano¹¹. Su aplicación en la atención primaria
- Nottingham Health Profile. Cuestionario diseñado en Gran Bretaña y validado al castellano¹². Consta de dos partes. En la primera se valoran 6 dimensiones (energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad) mediante 36 ítems. En una segunda parte se valoran 7 dimensiones, de un solo ítem cada una de ellas, sobre la repercusión que tiene la enfermedad en diferentes actividades cotidianas (trabajo, tareas domésticas, vida social, vida sexual, aficiones, vacaciones y vida familiar).
- Short-form 36 (SF-36). Cuestionario genérico autoaplicado, validado al castellano¹³ (**anexo 1**). Es el cuestionario genérico más utilizado¹⁴. Valora 8 dimensiones. A mayor puntuación mejor estado de salud. Posteriormente han aparecido el SF-12 y el SF-8 que son cuestionarios más breves.
- EuroQol. Es una medida de calidad de vida (no un perfil) que da un valor índice, con el inconveniente que no permite saber que categoría es la responsable de la mejoría o el empeoramiento. Está validado al castellano¹⁵. Mide 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y utiliza una escala EVA para puntuar el estado de salud. Autoadministrable en unos cinco minutos. Cuanto más alto es el valor peor es el funcionamiento.

Instrumentos específicos.

Son los que se diseñan para un grupo o patología específica.

- WOMAC (Western Ontario Mc Master and Universities Index). Cuestionario específico de la calidad de vida para la artrosis de rodilla y cadera, validado al castellano¹⁶ (**anexo 2**). Contiene 24 ítems: 5 para el dolor, 2 para la rigidez, y 17 para la capacidad funcional. Cada ítem se contesta con una escala de tipo verbal o Likert de 5 niveles que se codifican de la siguiente forma: Ninguno =0; Poco =1; Bastante =2; Mucho =3; Muchísimo =4. El segundo paso será sumar los ítems de cada escala y las posibles puntuaciones serán: de dolor de 0 a 20, de rigidez de 0 a 8 y de capacidad funcional de 0 a 68. Las 3 escalas se miran por separado. Este es un cuestionario autoadministrado que se puede contestar en 5 minutos.

Para valorar la calidad de vida es conveniente utilizar un cuestionario genérico breve y otro de específico completo¹⁷.

