

Estado actual de la gonartrosis en la población de Jaén

María L. Abolafia-Montes, María J. Ruiz Flores, L. Velasco Bermúdez, Alberto D Delgado Martínez

Programa del Doctorado "Avances en Ciencias de la Salud". Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Edificio B-3. Campus Las Lagunillas s/n 23071, Jaén, España.

cocoabomontes@hotmail.com

Resumen

La gonartrosis es la causa más frecuente de dolor e incapacidad en la rodilla en pacientes mayores de 50 años. El objetivo de este trabajo es valorar el grado de dolor, incapacidad funcional y cumplimiento terapéutico de los pacientes con gonartrosis en la población general. Se seleccionaron de forma aleatoria 120 pacientes diagnosticados de gonartrosis en un centro de salud de Jaén capital. Se midió el dolor mediante escala analógico-visual, cuestionario WOMAC, variables demográficas, frecuentación de servicios sanitarios y tratamientos administrados. La edad media fue de 69.3 años, 76.7% de mujeres, obesas en un 32% de los casos y con sobrepeso en el 58%. El dolor medio de los pacientes fue de 5.5, intenso en el 16.7% y medio en el 55.8%. Un 35% de los pacientes no tomaba adecuadamente la medicación prescrita. El 93,3% de los pacientes ingería fármacos de manera habitual, sobre todo AINES (en un 42,5% de los casos) seguidos del paracetamol (en un 33,3%). El 58% de los pacientes han consultado alguna vez a un especialista. El cirujano ortopédico es el especialista más consultado (74.4%), seguido del reumatólogo (21.8%) y el rehabilitador (3.8%). El tratamiento del dolor en este tipo de pacientes es insuficiente. Se debe incrementar el cumplimiento terapéutico y racionalizar la medicación analgésica empleada. También se debe insistir en el uso de las medidas no farmacológicas (disminución del peso, fisioterapia) en atención primaria.

Introducción

La artrosis se define como la degeneración del cartílago articular. Cada vez menos se considera como una enfermedad específica y más como el resultado de las alteraciones biomecánicas, metabólicas y anatomopatológicas del cartílago hialino, del hueso subcondral y del hueso yuxtaarticular (Blackburn, 1996, *Am J Med* 100:24-30).

El coste socioeconómico viene dado no solo por el gasto sanitario en sí mismo sino porque en España constituye actualmente la primera causa de invalidez laboral, que representa el 30% de todas las causas en el conjunto de enfermedades reumatológicas; la artrosis es la causante del 89% de las invalideces.

Múltiples circunstancias, que incluyen los factores psicológicos, sociales y económicos, se imbrican probablemente en el protagonismo de la artrosis como causante de invalidez.

En concreto la gonartrosis es la causa más frecuente de dolor de rodilla en pacientes mayores de 50 años. Más del 70% de mayores de 50 años tienen signos radiológicos de artrosis.

Asimismo, la artrosis de rodilla es la localización más frecuente de la artrosis, la más invalidante y la que ocasiona un mayor impacto socioeconómico (una de las principales causas de dolor crónico e incapacidad laboral y constituyendo la principal indicación de prótesis).

En cuanto a la prevalencia de la gonartrosis sintomática en España como encontramos en estudio EPISER es del 10,2% en mayores de 20 años y 33,7% en mayores de 70 años. La incidencia se estima en un 2,5% al año (Carmona et al., 2001, *Ann Rheum Dis* 60: 1040-1045).

El objetivo de este estudio es definir el perfil del paciente con gonartrosis, mediante el estudio del grado de dolor percibido por ellos, repercusiones de esta patología en las actividades de la vida diaria y revisión de fármacos empleados con el consiguiente cumplimiento terapéutico por parte del paciente.

Material y métodos

Para todo ello se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, se seleccionó una muestra de pacientes de una ZBS de Jaén a través de un listado informático de una población de 120 pacientes de manera aleatoria.

Los instrumentos de medida utilizados fueron la Escala Analógica Visual (EAV) y cuestionario WOMAC (específico para la artrosis), aplicable preferentemente en gonartrosis (escala multidimensional que consta de 24 ítems que cubren 3 dimensiones: 5 de dolor, 2 de rigidez y 17 sobre capacidad funcional en general) (Delgado, AD y Marchal, JM, Diagnóstico y valoración, En: Dolor en cirugía ortopédica y traumatología, 2005, Ed. GEDOS MMC, Madrid, España).

Resultados

Características demográficas de los pacientes

Atendiendo en primer lugar a la edad encontramos una edad media de 69,3 años, con un claro predominio en el sexo femenino (76,7%). En cuanto al índice de masa corporal 58% tienen sobrepeso y el 32% presentan obesidad. Tan sólo se mantienen con normopeso el 10%. Asimismo llama la atención que pese a la elevada cifra de pacientes con obesidad y sobrepeso, el 35% reconoce no realizar ningún tipo de ejercicio.

Percepción del grado de dolor.

En cuanto a la percepción del grado de dolor de estos pacientes medido a través del instrumento de medida como la EAV encontramos los siguientes datos: Un 55,8% perciben el dolor como moderado (entendiendo por ello al comprendido entre 5-7 en la escala, siguiendo en frecuencia leve (27,5%) e intenso (16,7%). En general, la media de dolor percibida fue de 5,5, es decir, dolor de grado medio con un error estándar de 0,19.

Afectación de las actividades de la vida diaria.

En relación a la afectación de las actividades de la vida diaria que se encuentran recogidas en cuestionario WOMAC observamos que la actividad mayormente afectada con un 80,9% es la de subir y bajar escaleras, seguida en

frecuencia (77,5%) levantarse tras estar sentado con no mucha diferencia de porcentajes con la siguiente en relación a la realización de tareas pesadas de la casa. En relación a la afectación de otra serie de actividades, continúan en frecuencia: Permanecer de pie (67,5%), entrar y salir del coche (67,5%), ponerse y quitarse las medias ó calcetines (61,7%), agacharse para coger algo del suelo (50,8%), entrar y salir de la ducha/bañera (47%). Por último la realización de tareas ligeras de la casa (80%), levantarse de la cama, sentarse (78,4%) y levantarse del retrete (71,4%) e ir de compras (64,2%)

Cumplimiento terapéutico.

Continuando con la serie de resultados y atendiendo al cumplimiento terapéutico, un 35% de los pacientes reconoce no tomar la medicación prescrita, mientras que entre los pacientes que sí lo hacen, el 93,3% ingiere fármacos de manera habitual. En relación a los fármacos más empleados con la consiguiente mejoría encontramos en primer lugar los AINEs con un 42% y una mejoría del 84%, en segundo lugar el paracetamol con un 33% y una mejoría del 96%, continuamos con el metamizol con 7% y su consiguiente mejoría del 93% y por último lo opioides menores con un empleo del 6% y una mejoría del 77%.

Empleo de gastroprotección.

La distribución del empleo de gastroprotección de dichos pacientes fue la siguiente: El 52% refiere utilizar de manera habitual gastroprotección, siendo los inhibidores de la bomba de protones los más empleados con un 42% seguidos de antiácidos ó antiH₂ con una cifra significativamente menor de 9%. De entre los fármacos potencialmente gastrolesivos como son los AINEs, un 31,8% de los que lo toman utilizan no gastroprotección, mientras que un 30% de los que emplean paracetamol sí la toman.

Consulta al especialista.

El 58% de los pacientes han consultado alguna vez a un especialista. El cirujano ortopédico es el especialista más consultado (74.4%), seguido del reumatólogo (21.8%) y el rehabilitador (3.8%).

Discusión

Los resultados de este estudio indican que, en nuestro medio, la gonartrosis es una enfermedad que provoca un alto grado de dolor (55.8% lo perciben como moderado, a pesar del tratamiento) e incapacidad funcional sobre todo de componente femoropatelar (subir y bajar escaleras, levantarse tras estar sentado).

Las causas de este alto grado de dolor son varias. En primer lugar está la falta de cumplimiento terapéutico, ya que el 35% reconoce no tomar la medicación prescrita. Además, hay un bajo índice de utilización de opioides (sólo un 6%), muy inferior al uso que se hace de ellos en otros países europeos (Pinals, 1992, *Clin Ther* 14:336-346). El alto índice de obesidad (32%) y baja tasa de actividad física (un 35% no realizan nunca ningún ejercicio) son otros factores a tener en cuenta.

Para mejorar la asistencia sanitaria a estos pacientes, se deben fomentar actitudes para disminución de obesidad y realización de ejercicio. Para ello se contempla aspectos como la educación del paciente, familiares y educadores, terapia ocupacional, pérdida de peso y programa de ejercicios para la gonartrosis. En este sentido, destacar la alta utilidad que tiene en nuestro medio las medidas posturales y ejercicios de la articulación femoropatelar, ya que es ésta la que provoca la mayor incapacidad funcional en estos pacientes. Estas medidas posturales consisten básicamente en no subir ni bajar escaleras ni rampas, y estar

con las piernas estiradas cuando se está sentado. Además, los ejercicios isométricos de cuádriceps son muy útiles (Ordóñez y Delgado, 1995, *Rev Ortop Traum*, 39: 370-382).

También se debe insistir en una mayor implicación de acuerdo con el paciente en terapéutica farmacológica, así como el uso más intensivo de analgésicos más potentes (tipo opioides) cuando estén indicados (dolor moderado-grave) (Pérez-Caballer et al., 2003, *Pautas para evaluación y tratamiento farmacológico del dolor artrósico*, Ed. MMC, Madrid).

Respecto al gasto sanitario, el consumo de gastroprotectores es inadecuado, ya que un 30% de los pacientes que tomaban paracetamol (fármaco que no es gastrolesivo) tomaban gastroprotección. Además, un alto porcentaje de pacientes han consultado con el especialista, lo que implica un alto gasto sanitario. El correcto manejo de estos pacientes en atención primaria puede evitar estas derivaciones y disminuir el gasto.

En resumen, en este estudio se han definido las líneas prioritarias de mejora para la atención sanitaria a estos pacientes: realización de ejercicio físico y disminuir el peso, prescribir una adecuada terapia farmacológica adaptada al grado de dolor, insistir en el adecuado cumplimiento terapéutico, racionalizar la gastroprotección y disminuir las consultas con atención especializada.