

Estudio retrospectivo del cumplimiento del tratamiento médico-conservador en la gonartrosis

Herrera Pérez, M.U.; Brito Santiago, A.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Ntra. Señora de Candelaria, Tenerife.

Resumen:

La artrosis es el tipo más frecuente de enfermedad musculoesquelética y es una de las causas principales de discapacidad en los ancianos de Europa, Canadá, Australia, el Reino Unido y Estados Unidos.

La incidencia real de esta enfermedad degenerativa en nuestras islas es desconocida, pero podemos afirmar que el número de artroplastias de rodilla al año por número de habitantes en nuestros centros es similar al resto de nuestro entorno peninsular.

Si bien existe acuerdo en lo referente al tratamiento de la gonartrosis tricompartmental severa, esto es, la sustitución protésica, aún hoy, en nuestro sistema sanitario, no se incide lo suficiente en la importancia de unas correctas medidas conservadoras iniciales cuando se diagnostica esta enfermedad.

Hemos revisado en este estudio el cumplimiento de estas medidas conservadoras, no farmacológicas y farmacológicas, en nuestro medio, desde el primer escalón del sistema, esto es, los centros de salud, hasta el último, la inclusión en la lista de espera quirúrgica por parte del traumatólogo. Con un total de 100 casos seleccionados antes de la cirugía, llegamos a las siguientes conclusiones: si bien su eficacia está demostrada, las medidas conservadoras eran recomendadas sólo en el 25% de pacientes; de éste 25%, sólo un 40% había intentado cumplir estas medidas. El 65% de nuestros pacientes tenía sobrepeso, con un 15% de obesidad mórbida. Respecto a los pacientes en lista de espera quirúrgica, se analizaron 30 casos, de éstos, casi un 40% había abandonado el tratamiento médico a la espera de la intervención, un 70% no lo tomaba correctamente y casi el 100% de los casos se mostraba frustrado con el proceso de su enfermedad.

Palabras clave:

Gonartrosis. Tratamiento conservador. Tratamiento farmacológico.

Introducción

La artrosis es el tipo más frecuente de enfermedad musculoesquelética y es una de las principa-

les causas de discapacidad en los ancianos de Europa, Canadá, Australia, el Reino Unido y Estados Unidos (1).

La incidencia real de esta enfermedad degenerativa en nuestras islas es desconocida, pero podemos afirmar comparando las cifras de artroplastias de rodilla por número de habitantes al año en nuestros centros hospitalarios, que la incidencia debe ser similar al resto de nuestro entorno peninsular.

Si bien el tratamiento final y efectivo de esta enfermedad es la sustitución protésica, las primeras medidas a tomar deben ser conservadoras, incluyendo medidas no farmacológicas y farmacológicas. Dentro de los objetivos generales del tratamiento de la artrosis nos encontramos con medidas encaminadas a *controlar el dolor*, medidas para *mejorar la función articular y la calidad de vida*, y por último, terapias dirigidas a *evitar la progresión de la enfermedad* (1,2). El *objetivo* de nuestro estudio es la revisión de la implementación de las dos primeras medidas desde los centros de salud hasta la inclusión en la lista de espera quirúrgica, es decir, el análisis de la puesta en marcha de medidas conservadoras en los pacientes diagnosticados de gonartrosis durante todo el desarrollo de su enfermedad.

Como *Principios Generales* de tratamiento definimos los siguientes:

1. Tratamiento individualizado. El tratamiento del paciente debe incluir una información adecuada a su entendimiento y nivel cultural, debe basarse en la

Correspondencia:

Mario Herrera Pérez
C/ San Sebastián N°68, Portal C, 3° Izquierda
38005 - Santa Cruz de Tenerife
Tfno.: 600 557 657
e-mail: pulises@canariastelecom.com

percepción personal del dolor y además debe tener una continuidad en el tiempo.

2. Médico responsable. Basado en lo anteriormente dicho, es el médico el que debe elegir el mejor tratamiento para su enfermo en cada caso.
3. Atención óptima. La atención completa incluye medidas no farmacológicas, farmacológicas y, por último, quirúrgicas.

Medidas no farmacológicas

Deben ser las primeras medidas a tomar en cualquier caso puesto que son *eficaces*, al menos moderadamente, eficientes, es decir, suponen un bajo coste, y, lo que es más importante, son seguras para el paciente(1-3).

Dentro de estas medidas incluimos las siguientes:

- *Educación del paciente.* Este apartado incluye una información completa sobre las características fundamentales y consecuencias futuras de su enfermedad. Se insistirá en medidas *higiénico-posturales*, evitando cargas anormales a través de la articulación de la rodilla (agacharse, arrodillarse, sentarse en cuclillas, subir escaleras, levantar mucho peso, etc). Se inculcarán *hábitos alimenticios saludables*, incidiéndose especialmente en la pérdida de peso, pues se ha señalado a la obesidad como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de la gonartrosis(3-5), sobre todo en el caso de afectación bilateral y en mujeres (algunos estudios afirman que perder 5 kg disminuye hasta un 50% la posibilidad de padecer gonartrosis). Por otro lado se facilitará el *apoyo psicológico necesario* en estos pacientes, pues la repercusión en la autoestima y el detrimento en la calidad de vida pueden llegar a ser significativos.
- *Ejercicio físico.* El Estudio Framingham demostró que la actividad física intensa se asociaba fuertemente a casos de gonartrosis(6); asimismo, la práctica de deportes de contacto con mucha intensidad está estrechamente vinculada al desarrollo de gonartro-

sis(7), por estos motivos, el ejercicio recomendado debe ser un ejercicio aeróbico suave, que fortalezca la musculatura atrofiada y mejore la movilidad articular, insistiéndose no sólo en sus beneficios osteoarticulares sino también en sus conocidos beneficios cardiovascular. Debemos considerar seriamente la indicación de un tratamiento rehabilitador supervisado que incluya lo anteriormente descrito.

- *Sistemas de descarga.* Deben recomendarse sistemas de descarga como bastones o muletas, tan difícilmente aceptados en nuestra sociedad, no sólo como descarga en sí, sino también para prevención de caídas en un grupo de edad con especial riesgo para fracturas de cadera.
- *Calor seco.* El calor local seco está especialmente indicado en la artrosis de manos, si bien, sus efectos también son beneficiosos en la gonartrosis.

Medidas Farmacológicas

Partiendo del hecho de que la principal queja del paciente artrósico es el dolor, los analgésicos y los AINES son la pieza fundamental del tratamiento, si bien debe continuarse con las medidas no farmacológicas, pues siguen siendo útiles durante todo el proceso terapéutico(1, 8).

La indicación de un fármaco en la artrosis viene determinada por la intensidad del dolor (leve, moderada o grave). Un concepto fundamental en la analgesia en la artrosis es la necesidad de un tratamiento pautado (no "si dolor") pues es conocida la dificultad de erradicación del fenómeno doloroso una vez éste se dispara. Por tanto, el tratamiento debe ser casi preventivo.

Otro aspecto importante es explorar experiencias previas con fármacos analgésicos en otras situaciones, pues cada paciente tiene una respuesta particular a determinados tipos de fármacos (8).

Inicialmente debemos empezar con fármacos más seguros y a dosis terapéuticas. El Paracetamol es el fármaco de elección,

hasta 4 gramos al día, indicado en artrosis con dolor leve o moderado y especialmente en aquellos casos con menos efectos inflamatorios (menos derrame articular)(8).

Respecto a los antiinflamatorios tópicos, es de señalar la utilidad de la Capsaicina.

En un siguiente escalón, ante una respuesta inadecuada, valoraríamos la introducción de un analgésico alternativo: ibuprofeno a dosis bajas por ejemplo (hasta 400 mg cuatro veces al día) o salicilatos no acetilados.

Posteriormente seguiríamos, si no hay respuesta, con *dosis plenas de AINES* (asociados a misoprostol si se trata de un paciente con riesgo de hemorragia gastrointestinal alta o de úlcera) o bien en el mismo escalón contaríamos con los nuevos *COXibs* (inhibidores selectivos de la COX-2).

Ante la persistencia de síntomas, y especialmente ante dolores intensos, podríamos considerar la introducción del siguiente escalón, los *Opioides Menores*, siendo los más usados y seguros el tramadol y la codeína, asociados a AINES(8).

En el último escalón analgésico cabría considerar a los *Opioides Mayores*, de reciente introducción transdérmica (fentanilo y buprenorfina), especialmente indicados en reagudizaciones y durante un tiempo limitado (unas 2-4 semanas)(8).

En una gonartrosis con hidrartros (derrames inflamatorios) la actitud adecuada sería la aspiración y eventualmente la inyección de corticoides intraarticulares, especialmente en pacientes con cirugía contraindicada o bien en aquéllos en la lista de espera quirúrgica y derrames de repetición, pues no son irrelevantes los efectos deletéreos de los corticoides (condrolisis, infección, etc). Los efectos son moderados, variables y además de corta duración (1-4 semanas)(8,9).

Por último destacar que no se ha incluido en este estudio la utilidad e indicaciones de los fármacos llamados condroprotectores ni de la viscosuplementación.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de 130 casos de diagnosticados de gonartrosis y revisados en el Centro de Atención Especializada de La Laguna-Geneto (Tenerife), en el período de Septiembre 2004 - Febrero 2005.

Los Criterios de Inclusión fueron pacientes mayores de 65 años, con diagnóstico de gonartrosis idiopática, no intervenidos de la rodilla contralateral.

Se procedió a la elaboración de dos protocolos, el primero para pacientes con gonartrosis diagnosticada por el médico de familia y enviada al traumatólogo para tratamiento; el segundo, para gonartrosis subsidiarias de tratamiento quirúrgico, incluidas en lista de espera para intervención.

Primer Grupo: El protocolo recogía variables demográficas y formulaba las siguientes 5 preguntas sencillas de comprender, previamente se solicitaba el consentimiento verbal al paciente para la realización de la prueba:

- ¿Su médico de familia le ha recomendado tomar algún tipo de medida conservadora para su enfermedad (bajar de peso, caminar, usar bastones, etc...)?
- Si es así, ¿lo ha intentado?
- Si no es así, ¿qué tratamiento se le ha pautado?
- Si se ha pautado tratamiento médico ¿qué fármaco se ha prescrito?
- ¿Le han explicado lo que puede tener y por qué la envían al traumatólogo?

Se recogieron un total de 103 casos, desechando 3 por falta de información o dificultad para la obtención de datos (dos casos con nivel intelectual muy bajo y un caso de demencia senil). En 70 casos se recogió la información al propio paciente, siendo en los 30 restantes facilitada por un familiar acompañante.

De los datos demográficos, destacar la mayoría de mujeres (70/30), promedio de edad de 73,6 años, se registró un alto porcentaje de obesidad (45%) e incluso de obesidad mórbida (15%), basada en la medición del índice de masa corporal (IMC),

porcentaje de comorbilidad de un 40% (predominantemente diabetes tipo II e hipertensión arterial).

Segundo grupo: El protocolo recogía variables demográficas y formulaba las siguientes 5 preguntas sencillas de comprender, previamente se solicitaba el consentimiento verbal al paciente para la realización de la prueba:

- ¿Su traumatólogo le ha recomendado tomar algún tipo de medida conservadora para su enfermedad (bajar de peso, caminar, usar bastones, etc...) en espera a ser intervenido?
- Si es así, ¿lo ha intentado?
- Si no es así, ¿qué tratamiento se le ha pautado?
- Si se ha pautado tratamiento médico ¿qué fármaco se ha prescrito?
- ¿Cree que su enfermedad ha sido correctamente tratada a lo largo de todo el proceso terapéutico?

Se incluyeron 30 pacientes en lista de espera para intervención. De éstos, 20 eran mujeres, promedio de edad de 75,4 años y porcentajes de obesidad de un 40%.

Resultados

Respecto al Primer Grupo, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Respecto a la recomendación de iniciar medidas conservadoras vemos como un 75% de los pacientes responde que no (o bien no se acordaba).
- Del 25% al que sí se le insistió en medidas conservadoras, solamente un 40% reconoció haberlo intentado, destacando los casos de 5 pacientes con sobrepeso que consiguieron una pérdida de peso significativa y una consiguiente disminución del dolor.
- Como ya dijimos, a 75 pacientes no se les explicó la necesidad de adoptar una serie de medidas que ciertamente podrían haberle sido beneficiosas o al menos no se insistió en dichas medidas porque el paciente no lo recordaba.
- A 55 pacientes se les pautó correctamente un AINE clásico a dosis adecuadas, a 15 pa-

cientes un Paracetamol a dosis infraterapéuticas para la gonartrosis (promedio de 1,5 gramos al día) y a los 5 restantes no se les pautó analgesia, si bien ellos mismos decidieron tomarla por su cuenta. Llama la atención en este grupo que hasta 30 pacientes fueron medicados con los denominados condroprotectores.

- En el 90% de los casos se le explicó al paciente la posibilidad de padecer artrosis y la necesidad de la valoración por el traumatólogo.

En el Segundo Grupo las respuestas a las anteriores preguntas fueron las siguientes:

- Sólo tres pacientes (10%) recordaban haber sido informados por el traumatólogo sobre la necesidad de las medidas no farmacológicas.
- En un caso se consiguió una pérdida de peso considerable.
- En todos los casos se pautó tratamiento médico, siendo abandonado hasta en un 40% de los casos una vez incluidos en la lista de espera.
- Un 80% de los casos tomaba AINES y un 20% de casos paracetamol, si bien es de reseñar que en un 70% de los casos el tratamiento se tomaba de forma incorrecta, bien por dosis inadecuadas (la mayoría de veces inferiores a las necesarias) bien por su carácter de "a demanda".
- De los 30 pacientes seleccionados, sólo 2 pacientes reconocían estar satisfechos con el sistema sanitario, desde que se les diagnosticó su enfermedad hasta que se les incluyó en lista de espera. En los 28 casos restantes, las principales quejas eran las listas de espera para las consultas (superiores a 6 meses en todos los casos) y la sensación de frustración que les creaba la lista de espera quirúrgica.

Discusión

Las medidas conservadoras en la gonartrosis son efectivas y deben ser las primeras a adoptar tras el diagnóstico de la enfermedad. Estas medidas siguen siendo efectivas durante todo el proceso

terapéutico, y no sólo al principio, sirviendo además para inculcar a nuestros pacientes un estilo de vida saludable (1-4). Partiendo de estas premisas, nos tememos que al menos en este estudio se demuestra que todavía queda un amplio camino por recorrer para inculcar a nuestros pacientes la necesidad de una modificación de sus costumbres alimenticias y otros hábitos de la vida cotidiana, para conseguir no sólo una disminución de los dolores, objetivo final de todo tratamiento, sino también un bienestar corporal que aumente su calidad y esperanza de vida.

Analizando lo expuesto, vemos como en un primer grupo nos encontramos con una paciente prototipo; mujer, de unos 70 años, obesa, posiblemente con diabetes asociada, a la que no se le explica que debe bajar de peso y cambiar otros hábitos, pero sí se la medica correctamente y además se la envía al traumatólogo para valoración. Y, por otro lado, tenemos a otra mujer, también de unos 70 años, valorada por un traumatólogo, a la que se incluye en lista de espera después de un tiempo excesivamente largo, a la que una vez en lista de espera no sólo no se le sigue insistiendo en las medidas conservadoras, sino que además ella misma deja de tomar el tratamiento o lo toma incorrectamente.

Conclusiones

Las adopción de medidas conservadoras en la gonartrosis no se considera en la mayor parte de pacientes en nuestro medio, si bien su eficacia durante

todo el proceso de la enfermedad es bien conocida (1). Este estudio pone una vez más de manifiesto la necesidad de una comunicación exquisita médico-paciente que nos permita tanto a médicos de atención primaria como a traumatólogos explicar al paciente los beneficios de la terapia conservadora. Y es sin duda alguna el tiempo el principal factor adverso para lograr este fin, pues es el tiempo que se emplea en educar correctamente al paciente el tiempo del que carece el médico de familia en la mayoría de los casos, y, por tanto, no podemos obviarlo en ningún momento, como ya ha sido señalado e incluso reivindicado por otros colegas(10). En el caso del traumatólogo, igualmente las consultas están saturadas de pacientes probablemente en la recta final de su proceso, que ya esperan una respuesta concreta y sobre todo rápida, por lo que estas medidas conservadoras son raramente prescritas y se prefiere un tratamiento médico.

Respecto al tratamiento médico, si bien los AINES son en su mayoría bien utilizados, aunque muchas veces con protectores gástricos no justificados, debemos señalar que el Paracetamol no se utiliza a dosis máximas en la mayoría de casos (hasta 4 gramos al día) y se prefiere cambiar a un AINE clásico antes de aumentar las dosis del mismo, si bien la mayoría de guías terapéuticas abogan por el Paracetamol a dosis adecuadas. Mención aparte merece la introducción y utilización de los nuevos condroprotectores desde atención primaria,

fármacos todavía de eficacia al menos discutible (8); pues creemos que una analgesia óptima para cada situación es superior a los beneficios teóricos de estas nuevas terapias. También nos llama la atención el incorrecto uso de AINES por parte del traumatólogo, bien por dosis infraterapéuticas, bien por pautar un tratamiento "si dolor".

Respecto a los pacientes en espera de intervención quirúrgica, nuevamente es de señalar la inexistencia de medidas conservadoras por parte de los traumatólogos, que no sólo le serán de utilidad al paciente antes de la intervención quirúrgica, sino también después de la misma (rehabilitación) (11-13). Es digno de mención la disminución del tratamiento médico una vez se incluye en la lista de espera, parece como si el paciente no necesitara analgesia en esta situación, si bien, como ya se dijo, es el propio paciente el que incumple el tratamiento en la mayoría de casos.

Por último, destacar el sentir generalizado de desacuerdo de los pacientes con el desarrollo y gestión de su enfermedad por nuestro sistema de salud, realidad que no debería ser pasada por alto por nuestros gestores para una mejor distribución de los recursos técnicos y humanos.

Agradecimientos

Este artículo no sería posible sin la colaboración de los pacientes y el personal de enfermería del ambulatorio de La Laguna-Geneto, a todos ellos, muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA

- Dunlop DD, Manheim LM, Yelin EH, Song J, Chang RW: The costs of arthritis. *Arthritis Rheum* 2003;49:101-113.
- Jandric S. Etiology, pathophysiology and conservative therapy of degenerative rheumatic diseases. *Med Pregl*. 2002 Jan-Feb;55(1-2):35-9. Review. Croatian.
- Felson DT, Lawrence RA, Dieppe PA, et al: Osteoarthritis: New insights. Part 1: The disease and its risk factors. *Ann Intern Med* 2000;133:635-646.
- Hart DJ, Spector TD. The relationship of obesity, fat distribution and osteoarthritis in women in the general population: The Chingford Study. *J Rheumatol* 1993;20:331-335.
- Powell A, Teichtahl AJ, Wluka AE, Cicuttini FM. Obesity: a preventable risk factor for large joint osteoarthritis which may act through biomechanical factors. *Br J Sports Med*. 2005 Jan;39(1):4-5.
- McAlindon TE, Wilson PW, Aliabadi P, et al: Level of physical activity and risk of radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in the elderly: The Framingham Study. *Am J Med* 1999;106:151-157.
- Spector TD, Harris PA, Hart DJ, et al: Risk of osteoarthritis associated with long-term weight-bearing sports. *Arthritis Rheum* 1996;39:988-995.

8. Hochberg MD, Altman RD, Brandt KD et al: Guidelines for the medical management of osteoarthritis: part II. Osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum* 1995;38:1541-1546.
9. Godwin M, Dawes M. Intra-articular steroid injections for painful knees. Systematic review with meta-analysis. *Can Fam Physician*. 2004 Feb;50:241-8. Review.
10. Quesada F, Castro JA, Hernan M, Ruiz T, Espejo A, Prades P. Approach to beliefs about health in two main health districts. *Aten Primaria*. 1995 Feb 15;15(2):109-12.
11. Hawker GA, Wright JG, Coyte PC. Determining the need for hip and knee arthroplasty: The role of clinical severity and patients' preferences. *Med Care* 2001; 39: 206-216.
12. Sowers MF. Epidemiology of risk factors for osteoarthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2001;13:447-451.
13. Jordan JM, Linder GF, Renner JB, Fryer JG. The impact of arthritis in rural population. *Arthr Care Res* 1995;8:242-250.