

¿Cómo ayudar a los pacientes con artrosis de rodilla desde la Medicina Familiar?

Autora: Dra. María José Liberona B., Residente de Medicina Familiar UC

Editora: Dra. Isabel Mora M., Docente de Medicina Familiar UC

Fecha: agosto 2021

Resumen de portada

La artrosis de rodilla es una condición frecuente en nuestro medio, con varias consecuencias asociadas en distintos ámbitos de la vida. En este artículo revisaremos algunas estrategias a utilizar para disminuir el dolor usando una mirada integral multidisciplinaria.

Palabras claves: artrosis, rodilla, tratamiento, APS, Medicina Familiar

Introducción

Artrosis se define como un síndrome clínico caracterizado por dolor articular que se acompaña por grados variables de limitación funcional y reducción de la calidad de vida. Se caracteriza primariamente por deterioro y pérdida de cartílago hialino articular, alteraciones del hueso subcondral y variados compromisos de tejidos blandos que incluye a la membrana sinovial.¹

La artrosis afecta mundialmente a cerca de 303 millones de personas y es la segunda causa de discapacidad, impactando principalmente a rodillas, caderas y manos^{2,3}. En Chile, según la encuesta nacional de salud del 2016-2017, la prevalencia de artrosis de cadera fue de 9% en mayores de 55 años, y de 14,4% para artrosis de rodilla en el mismo rango etario⁴. Además, la artrosis de rodilla está catalogada como una causa de dolor crónico osteomuscular^{5,6}.

Se ha estudiado que existen varios problemas asociados a la osteoartritis (OA) de rodilla, por ejemplo: afectación del ánimo (depresión, ansiedad, estrés), insomnio, deterioro en la funcionalidad, sobrepeso u obesidad y la aparición de dolor crónico generalizado² dado por sensibilización central, la cual puede llegar a afectar hasta el 55% de los pacientes con artrosis de rodilla⁷.

En relación con lo anterior, el dolor es clave para el seguimiento de los pacientes con artrosis, pero debe ser abordado de manera integral. A continuación, revisaremos las estrategias de manejo recomendadas por la evidencia.

Medidas no farmacológicas

La guía para el tratamiento de artrosis del Colegio Americano de Reumatología sugiere como recomendaciones generales:

1. Educar al paciente sobre su patología, explorando las creencias del paciente, explicar el estado y avance de la enfermedad y revisar las actividades de la vida diaria (AVD) que realiza y cómo son afectadas por la artrosis.
2. No dejar de lado el aspecto psicosocial, y apoyarse por el equipo con trabajador/a social y psicología.

Dentro de las indicaciones específicas se recomienda:

Ejercicio: Diversos estudios han comprobado el beneficio del ejercicio en outcomes como mejoría del dolor y funcionalidad². El ejercicio debe ser supervisado por kinesiología (para evitar catastrofismo y kinesifobia) y acompañado por programas de autoeficacia, automanejo y baja de peso. Aún no se ha logrado definir el mejor tipo de ejercicio, por lo que se sugiere acordar según preferencias del paciente y acceso al mismo².

Baja de peso: El 2018 se realizó un análisis secundario al Ensayo Clínico Randomizado “Intensive Diet and Exercise for Arthritis (IDEA)” para determinar la dosis-respuesta a la baja de peso en resultados clínicos y mecánicos en adultos con artrosis de rodilla con obesidad o sobrepeso. Este estudio incluyó a 240 pacientes mayores de 55 años con artrosis de rodilla junto con sobrepeso u obesidad y sedentarios, quienes fueron divididos en 4 grupos según baja de peso en 18 meses: <5% peso, ≥5% peso, ≥ 10% peso y ≥ 20% peso.

El resultado de este análisis concluye que existe una relación dosis-respuesta entre baja de peso y mejoría en dolor/funcionalidad en pacientes con sobrepeso y obesidad. Se observa que desde <5% de baja de peso se ha asociado con cambios clínicos y mecánicos significativos en la articulación y que esta respuesta va aumentando a medida que aumenta la pérdida de peso. Se sugiere que la baja de peso vaya acompañada de un programa de ejercicios para mantener los resultados a largo plazo⁸.

Programas de autoeficacia y automanejo: Aunque presentan pequeño efecto en los estudios, los beneficios son consistentes entre ellos y los riesgos mínimos, por lo que se plantea realizar programas multidisciplinarios grupales 3 veces por semana, enfocados en²:

- Desarrollo de habilidades (definir objetivos, resolución de problemas y pensamiento positivo)
- Educación sobre patología y efectos de fármacos (beneficiosos y posibles reacciones adversas)
- Medidas de protección articular
- Metas de ejercicio

Ayudas técnicas: está indicado su uso en caso de limitación en la movilidad. Se debe recordar que las Garantías Explícitas en Salud (GES) las incluyen sólo para mayores de 65 años. En pacientes menores se debe gestionar particular o con ayuda de trabajador social en el CESFAM correspondiente.

Medidas farmacológicas

AINES oral o tópico: Para el manejo de las crisis de dolor la evidencia respalda su uso como primera línea para el manejo^{2,9}.

Inyección intraarticular con corticoides: En caso de no haber buena respuesta con AINES, se recomienda corticoide intraarticular como segunda línea dado su efecto a corto plazo^{2,10}. No se ha definido aún qué tipo de corticoide tiene mejor evidencia ni tampoco cada cuánto tiempo se

debe realizar. Algunos estudios han relacionado su uso con adelgazamiento del cartílago articular, sin embargo, esto no afectaría la percepción del dolor^{2,10}.

Paracetamol: se realizó una revisión sistemática (RS) el 2019 donde se buscó evaluar beneficios y riesgos de paracetamol vs placebo en el tratamiento de OA de cadera o rodilla en cuanto a disminución del dolor y funcionalidad, entre otros resultados. La diferencia de medias (MD) fue de -3.23 [IC95% -5,43 a -1,02] y 2.92 [IC95% -4,98 a -0,95] respectivamente, significando un porcentaje de cambio de 3% para ambos, lo cual es considerado clínicamente poco relevante por los revisores del estudio¹².

Por lo tanto, la guía propone una recomendación condicional a favor del paracetamol en caso de intolerancia o contraindicación (CI) al uso de AINES y monitorizar para hepatotoxicidad en uso crónico de 3gr/dia².

Duloxetina: en una revisión sistemática del 2015 se estudió la eficacia y seguridad de duloxetina para el manejo de dolor en OA de rodilla en cuando a dolor y funcionalidad principalmente¹³. Para el outcome dolor, la MD fue de -0,88 [IC95% -1,11 a -0,65] y para mejoría de funcionalidad de -4,25 [IC95% -5,83 a 2,68], concluyendo que Duloxetina (dosis de 60-120 mg/día) comparado con placebo, presenta mayor reducción en dolor y mejora funcionalidad del paciente a 10-13 semanas¹³. En relación con estos resultados, se recomienda considerar la duloxetina como alternativa a largo plazo en pacientes que presenten dolor crónico por artrosis de rodilla.

Tramadol: Se ha demostrado un efecto modesto a largo plazo (3 meses – 1 año) en dolor crónico no oncológico, por lo que podría estar indicado si hay CI de AINES, mala respuesta a otros tratamientos o fuera de alcance quirúrgico.

Inyección intraarticular con ácido hialurónico: se usa en caso de mala respuesta a otras terapias, ya que hay evidencia limitada en cuanto a beneficios. Este procedimiento debe ser realizado por traumatología.

Piasclidine/Insaponificables de aguacate-soya (ASU): probablemente mejoran levemente el dolor y la función con moderada calidad de evidencia en RCT, aunque pueden no preservar el espacio articular. Estudios a largo plazo y que lo comparan con un control aparentemente activo son menos convincentes.

En caso de que lo anterior no tenga la respuesta deseada, se debe derivar a traumatología para considerar reemplazo articular.

La siguiente figura muestra el resumen de indicación según la evidencia disponible:



Fuentes: 2,5,8,9,10,11,12,13, 14. Elaboración propia a partir de las fuentes citadas

Conclusiones

- El dolor crónico y la artrosis son condiciones altamente prevalentes, con impacto importante en la calidad de vida y gasto en salud.
- Es importante tener en cuenta las condiciones asociadas (depresión, insomnio entre otras) y a su vez manejarlas dado que influyen en la percepción del dolor.
- El tratamiento no farmacológico es la base para el manejo de la artrosis y se complementa con el tratamiento farmacológico, el cual se enfoca principalmente en el manejo de crisis agudas de dolor más que un tratamiento crónico.
- Es de suma importancia aplicar las decisiones compartidas para elegir el tratamiento más seguro y mejor para cada paciente ya que un manejo óptimo de artrosis requiere un enfoque multimodal y comprensivo.

Bibliografía

1. National Institute for Health and Care Excellence. Osteoarthritis: care and management. Guidance NICE. NICE; 2014.
2. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2020;72:149–62.
3. Kloppenburg M, Berenbaum F. Osteoarthritis year in review 2019: epidemiology and therapy. *Osteoarthritis Cartilage*. 2020;28(3):242–8.
4. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016 – 2017. 2017
5. Bilbeny, N., Miranda, J. P., Eberhard, M. E., Ahumada, M., Méndez, L., Orellana, M. E., Cid, L., Ritter, P., & Fernández, R. (2018). Survey of chronic pain in Chile - prevalence and treatment, impact on mood, daily activities and quality of life. *Scandinavian Journal of Pain*, 18(3), 449–456.
6. Bilbeny, N. (2019). DOLOR CRÓNICO EN CHILE. *Revista médica Clínica Las Condes*, 30(6), 397–406.
7. Monfort Faure J. Sensibilización central en la artrosis. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2021 [citado 2021 Ago 30] ; 28(Suppl 1): 31-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462021000100031&lng=es. Epub 08-Mar-2021. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2021.3876/2020>.
8. Messier SP, Resnik AE, Beavers DP, Mihalko SL, Miller GD, Nicklas BJ, et al. Intentional weight loss in overweight and obese patients with knee osteoarthritis: Is more better? *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018;70(11):1569–75.
9. Rannou F, Pelletier JP, Martel-Pelletier J. Efficacy and safety of top-ical NSAIDs in the management of osteoarthritis: evidence from real-life setting trials and surveys. *Semin Arthritis Rheum* 2016;45 Suppl:S18–21.
10. McAlindon TE, LaValley MP, Harvey WF, Price LL, Driban JB, Zhang M, et al. Effect of intra-articular triamcinolone vs saline on knee cartilage volume and pain in patients with knee osteoarthritis: a randomized clinical trial. *JAMA* 2017;317:1967–75.
11. Da Costa BR, Reichenbach S, Keller N, Nartey L, Wandel S, Juni P, et al. Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis. *Lancet* 2017;390:e21–33.
12. Leopoldino AO, Machado GC, Ferreira PH, Pinheiro MB, Day R, McLachlan AJ, et al. Paracetamol versus placebo for knee and hip osteoarthritis. *Cochrane Libr* [Internet]. 2019;2019(8). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd013273>.
13. Wang, Z. Y., Shi, S. Y., Li, S. J., Chen, F., Chen, H., Lin, H. Z., & Lin, J. M. (2015). Efficacy and safety of duloxetine on osteoarthritis knee pain: A meta-analysis of randomized Controlled Trials: Efficacy and safety of duloxetine on osteoarthritis knee pain. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 16(7), 1373–1385.
14. Ministerio de Salud. Guía Clínica Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada. Santiago: MINSAL, 2009.