



Cad Aten Primaria  
Ano 2009  
Volume 16  
Páx. 276-279

## Tratamento farmacolóxico da gonartrose en Atención Primaria

Vidal Lorenzo, Juan Carlos  
Médico de Familia. CS Carballo (A Coruña)

Seijas Rico, María del Carmen  
Médico de Familia. CS San José (A Coruña)

Acasuso Diaz, Manuel  
Médico especialista en Reumatoloxía. Doutor en Medicina. CS San Xosé (A Coruña)

### RESUMO

**Obxectivo:** Describir os distintos tipos de tratamentos máis usados no noso medio na artrose de xeonllo, e as súas asociacións máis frecuentes.

**Deseño:** Estudo descritivo transversal.

**Participantes:** Estudo descritivo transversal sobre una mostra de 207 pacientes de ámbolos dous sexos, maiores de 40 anos con diagnóstico de gonartrose (GN).

**Medicións principais:** Analizáronse as características epidemiolóxicas, o tipo de medicación pautada a cada paciente e as súas asociacións máis frecuentes.

**Resultados:** Os fármacos máis usados en monoterapia para a GN no noso medio foron en primeiro lugar os AINE (14%; IC 95%: 9,18-18,82), seguidos polo paracetamol (7,5%; IC95%: 3,84-11,16) e en terceiro lugar os SYSADOA ou fármacos de acción sintomática lenta (4,5%; IC95%: 1,62-7,38). En combinación usaban os 3 grupos de fármacos un 29% dos pacientes (IC95%: 22,70-35,30). Os AINE máis paracetamol un 22,5% (IC95%: 16,70-28,30), os AINE máis SYSADOA un 15% (IC95%: 10,04-19,96) e o paracetamol con SYSADOA un 7,5 % (IC95%: 3,84-11,16). Os tratamentos tópicos foron usados polo 52% dos pacientes (IC95%: 45,06-58,94).

**Conclusións:** Os fármacos máis usados para o tratamento da GN foron por orde: os AINE, o Paracetamol a dosis de 1 g e os SYSADOA. A terceira parte dos pacientes usaban os 3 fármacos en combinación. Os SYSADOA úsanse máis en terapia combinada que en

monoterapia, destacando sobre todo o uso do Sulfato de Glucosamina. A gran maioría dos pacientes usaba tratamentos tópicos de xeito complementario.

**Palabras clave:** gonartrose, tratamento farmacolóxico.

### INTRODUCCIÓN

A GN é una enfermidade definida pola perda progresiva do cartilago articular, con neoformación ósea maximal e que se acompaña, dende o punto de vista clínico, de dor, restrición funcional e deformidade.

Trátase dun importante problema de saúde pública xa que pola súa elevada prevalencia xenera graves consecuencias sanitarias, económicas e sociais. Aínda que o obxectivo básico do seu tratamento debe ser evitar a destrución do cartilago e a prevención da sinovite, o noso obxectivo terapéutico primordial debe de ir encamiñado ó alivio da dor, evitar a disfunción e a aparición de incapacidade<sup>1,2</sup>.

Para este cometido, na Atención Primaria dispoñemos de tratamentos como o paracetamol, os antiinflamatorios non esteroides (AINE) e os SYSADOA (*Symptomatic Slow Acting Drugs For Osteoarthritis*), drogas que enlentece a aparición dos síntomas artrósicos. Entre estes últimos temos o Sulfato de Glucosamina, o Condroitín sulfato e a Diacereina, que certos autores<sup>3</sup> os encadran como medicamentos de efectividade descoñecida con evidencia clínica beneficiosa limitada, mentras que outros<sup>4,5,6</sup>, demostraron a súa utilidade no control da dor con diferentes graos de recomendación. Certos estudos<sup>7,8,9</sup>, suxiren que estes fármacos poderían retardar o proceso dexeenerativo articular, pero de momento non se puido incluír a ningún destes fármacos no grupo de fármacos modificadores da enfermidade ou DMOAD (*Diseases Modifyng Osteoarthritis Drugs*). Debido ás controversias sobre a súa eficacia, obtemos uns resultados moi dispares en canto o seu uso por parte dos profesionais sanitarios, permanecendo o desacordo sobre o grao de utilidade dos mesmos na práctica clínica habitual.

#### Dirección para Correspondencia

Juan Carlos Vidal Lorenzo  
carlosvidalor@mun-do-r.com  
juancarlos.vidal.lorenzo@sergas.es

O obxectivo do noso traballo é contribuír a análise do consumo dos recursos sanitarios en relación o tratamento da GN, estudando os distintos tipos de fármacos máis usados no noso medio e as súas asociacións máis frecuentes.

### PACIENTES E MÉTODO

Estudo unicéntrico descritivo transversal realizado no ano 2007 nun Centro de Atención Primaria urbano (C.S San Xosé - A Coruña). A partir da base de datos do programa OMI-AP, seleccionouse unha poboación de 207 pacientes de ámbolos sexos maiores de 40 anos con diagnóstico de gonartrose segundo os criterios diagnósticos propostos polo ACR<sup>10</sup> "American College of Rheumatology" (Táboa 1). Para un nivel de confianza do 95%, o tamaño da mostra usado corresponderíase con un nivel de seguridade de 4.

TÁBOA I

Criterios do ACR "American College of Rheumatology" (1991) para a clasificación da GN\*

Clinicos e Laboratorio	Clinicos e Radiolóxicos	Clinicos
Dor de xeonllo + polo menos 5 de 9	Dor de xeonllo + Osteofitos	Dor de xeonllo + polo menos 3 de 6
e polo menos 1 de 3		
Idade > 50 anos	Idade > 50 anos	Idade > 50 anos
Rixidez < 30 minutos	Rixidez < 30 minutos	Rixidez < 30 minutos
Crepitacións	Crepitacións	Crepitacións
Sensibilidade ósea	Crepitacións	Sensibilidade ósea
Crecremento óseo		Crecremento óseo
Calor local ausente		Calor local ausente
VSG < 40 mm hora		
FR-Látex < 1/40		
Líquido sinovial (LS típico de GN)		
92% sensibilidade	91% sensibilidade	95% sensibilidade
75% especificidade	86% especificidade	69% especificidade

VSG = Velocidade de Sedimentación Globular (Westergreen)  
 FR-Látex = Factor Reumatoidé Látex  
 LS- GN = Líquido sinovial típico da Gonartrose: Claro, viscoso ou Leucocitos < 2000 mm<sup>3</sup>

Analizáronse as características epidemiolóxicas: idade, sexo, xeonllos afectados, o tipo de medicación pautada a cada paciente e as súas asociacións máis frecuentes.

### RESULTADOS

Dos 207 pacientes incluídos no estudo, 200 estaban tratados e 7 non recibiron ningún tipo de tratamento. A idade media da mostra foi

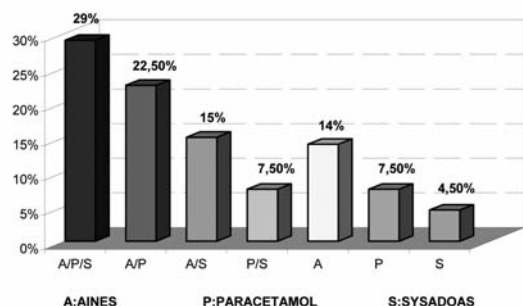


FIGURA 1

Tratamento farmacolóxico da gonartrose.

de 70,50 anos (D.E 10,764). Os maiores de 75 anos supoñían o 75% do total(IC95%:68,98-81,02). O 74% eran mulleres (IC95%:67,91-80,09) e o 26% homes(IC95%:19,91-32,09), sendo a prevalencia maior en mulleres cunha relación de 3:1. A afectación dos xeonllos era bilateral no 65% dos casos(IC95%:58,37-71,63), e o outro 35% restante (IC95%:28,37-41,63), repartíase a partes iguais entre o xeonllo dereito e o esquerdo.

Os tratamentos de tipo farmacolóxico máis usados para a GN na nosa mostra foron o paracetamol a dose de 1 gramo, os antiinflamatorios non esteroides (AINE), os fármacos de acción sintomática lenta (SYSADOA) e os tratamentos tópicos.

Os medicamentos máis usados (Figura 1) en monoterapia foron os AINE (14%;IC95%:9,18-18,82), seguidos polo Paracetamol (7,5%;IC95%:3,84-11,16) e os SYSADOA (4,5%;IC95%:1,62-7,38). En combinación usaban os 3 grupos de fármacos orais un 29% dos pacientes (IC95%:22,70-35,30). Os AINE máis paracetamol un 22,5% (IC95%:16,70-28,30), os AINE máis SYSADOA un 15% (IC95%:10,04-19,96) e o paracetamol con SYSADOA un 7,5% (IC95%:3,84-11,6). Os tratamentos tópicos foron usados polo 52% dos pacientes (IC95%:45,06-58,94).

Os AINE tanto sós como en combinación foron pautados a 161 pacientes:80,5% sobre o total(IC95%:75,00-86,00). O Paracetamol só ou en combinación foi pautado a 133 pacientes:66,5% sobre o total(IC95%:59,94-73,06). Os SYSADOA (Figura 2), tanto sós como en combinación foron pautados a 112 pacientes:56 % sobre o total dos tratados (IC95%:49,10-62,90), dos que, ó Sulfato de Glucosamina (SG) correspóndelle un 71%(IC95%:64,70-77,30), seguido pola Diacereína (DC) con un 17%(IC95%:11,78-22,22), e o Condroitín Sulfato (CS) con un 12%(IC95%:7,49-16,51).

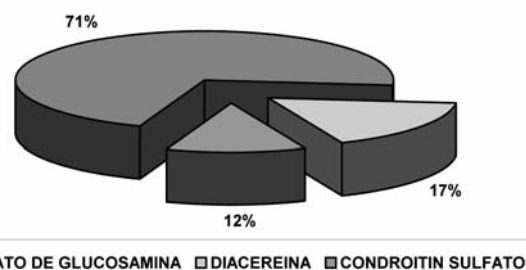


FIGURA 2

Sysadoas no tratamento da gonartrose

### DISCUSIÓN

Nunha revisión da literatura sobre o tema, destacar un estudio retrospectivo realizado por Leardini<sup>11</sup> sobre os recursos sanitarios na GN, no que se conclúe que un 8% dos pacientes non tomaba ningún tipo de tratamento. A gran maioría (86,9%) tomaba AINE, un 29,9% analxésicos, e un 7,6% condroprotectores (SYSADOA). No noso tra-

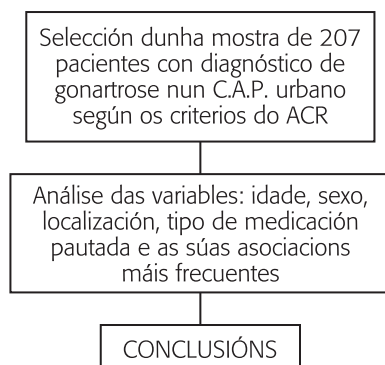
ballo, observamos que un 3,4% dos pacientes non tomaba ningún tratamento. Con respecto os AINE sos ou combinados con outros fármacos, eran usados por un 80,5% dos pacientes, dato que concorda có 86,9% do estudio italiano. En canto o emprego de analxésicos, estudamos o uso do Paracetamol de 1 g., prescrito a un 66,5% da poboación, só ou en combinación con outros fármacos, mentres que no estudio italiano o uso de analxésicos sitúase o redor do 30%, a metade que no noso traballo. Os SYSADOA son con diferenza, moito máis prescritos por nos: un 56% fronte a un 7,6 % do estudio italiano. Esta diferenza podería deberse a que no noso medio teñamos una maior confianza neles, ben sexa polas súas propiedades analxésicas retardadas e mínimos efectos secundarios ou ben polos efectos da data da súa comercialización xa que en 1999 aínda non estaba xeneralizado o seu uso. Ademais teremos en conta o escepticismo que presentan os profesionais dalgúns países, dadas as controversias xeradas sobre a súa eficacia.

O ácido hialurónico intraarticular por ser un tratamento de prescrición hospitalaria non foi contemplado neste traballo.

Noutros estudos e na maioría das guías de práctica clínica<sup>1,12,13</sup>, o paracetamol é o tratamento recomendado de primeira intención, e os AINE, reservados para un segundo escalón nos casos en que non respondan o paracetamol ou onde predominen os signos inflamatorios, pero na práctica diaria vemos que se usan máis os AINE, tanto en monoterapia como en terapia combinada. O motivo principal podería radicar na calidade da dor, xa que si se trata dunha dor moderada-severa ou asociada a sinovite, hai unha preferencia por parte dos pacientes e facultativos a favor do uso dos AINE, pola súa maior rapidez de acción e os seus maiores e máis duradeiros efectos analxésicos.

Os nosos resultados confirman o que era una percepción por parte dos clínicos: o estendido uso dos AINE (por vía oral ou tópica) no noso medio, polo que quizás conviría un maior esforzo en trasladar o médico de Atención Primaria a conveniencia do seguimento das guías de práctica clínica.

#### ESQUEMA XERAL DO ESTUDO



#### PUNTOS CLAVE

##### Feitos coñecidos

- A gonartrose é un importante problema de saúde pública que xenera serios problemas sanitarios, económicos e sociais.
- O seu tratamento é fundamental para o alivio da dor, evita a disfunción articular e a aparición de incapacidades.

##### Aportacións deste estudo

- Descrición dos distintos tipos de tratamentos máis usados no noso medio e as súas asociacións máis frecuentes.
- No tratamento da GN non se siguen as recomendacións das guías de práctica clínica, xa que o paracetamol é o tratamento recomendado de primeira intención pero na práctica son os AINE o tratamento máis usado tanto en monoterapia como en terapia combinada.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, 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 Dec;62(12):1145-55. Review.
2. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part I: critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence. *Osteoarthritis Cartilage.* 2007 Sep;15(9):981-1000. Epub 2007 Aug 27. Review.
3. David Scott, Claire Smith, Stefan Lohmander, Jiri Chard. *Clinical Evidence. Evidencia Clínica Concisa. La mejor evidencia disponible a escala internacional para una práctica clínica efectiva*, edición 2, mayo de 2003. Grupo Editorial Legis SA. Bogotá, Colombia. 2003 BMJ Publishig Group.
4. Pendleton A, Arden N, Dougados M, et cols. EULAR recommendations for 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.* 2000 Dec;59(12):936-44.
5. Fisher NM, Pendergast DR, Gresham GE, Calkins E. Muscle rehabilitation: its effect on muscular and functional performance of patients with knee osteoarthritis. *Arch Phys Med Rehabil.* 1991 May;72(6):367-74.
6. Batlle- Gualda E. Estudio ARTROCAD: evaluación de la utilización de los recursos sanitarios y la repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera. Presentación de estudios preliminares. *Rev. Esp. Reumatol.* 2005;32(1): 22-27.
7. Pavelká K, Gatterová J, Olejarová M, Machacek S, Giacobelli G, Rovati LC. Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis: a 3-year, randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Arch Intern Med.* 2002 Oct 14;162(18):2113-23.
8. Reginster JY, Deroisy R, Rovati LC, Lee RL, Lejeune E, Bruyere O, Giacobelli G, Henrotin Y, Dacre JE, Gossett C. Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: a randomized, placebo controlled clinical trial. *Lancet.* 2001 Jan 27;357(9252):251-6.
9. Uebelhart D, Malaise M, Marcolongo R, de Vathaire F, Piperno M, Mailloux E, Fioravanti A, Matoso L, Vignon E. Intermittent treatment of knee osteoarthritis with oral chondroitin sulfate: a one-year, randomized, double-blind, multicenter study versus placebo. *Osteoarthritis Cartilage.* 2004 Apr;12(4):269-76. Erratum in: *Osteoarthritis Cartilage.* 2007 Aug;15(8):979. DeVathaire, Florent [corrected to de Vathaire, Florent].

10. Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bolch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology. Criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum.* 1991;34:505-14.
11. Leardini G, Salaffi F, Caporali R, Canesi B, Rovati L, Montanelli R; Italian Group for Study of the Costs of Arthritis. Direct and indirect costs of osteoarthritis of the knee. *Clin Exp Rheumatol.* 2004 Nov-Dec 22(6):699-706.
12. Altman R, Hochberg M, Moscovitch R, et al. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and the knee. *Arthritis Rheum* 2000;43: 1905-15
13. Holzer SS, Cuerdon T. Development of an economic model comparing acetaminophen to NSAIDs in the treatment of mild to moderate osteoarthritis. *Am J Managed care* 1996;2: 15-56.
14. Kellgren J, Lawrence J. Radiologic assessment of osteoarthrosis. *Ann Rheum Dis.* 1957;16:494-501.