

## Recomendaciones para el cuidador y familiar



### Dolor Osteoarticular

- ↓
- Explicación breve y simple de la patología
- ↓
- Relación entre síntomas y cómo aliviarlos
- ↓
- Consejos para mejorar la adherencia
- ↓
- Consejos no farmacológicos para mejorar



### 1. Explicación breve y simple de la patología

El **dolor osteoarticular** (dolor articular) es la molestia en una articulación. La causa más frecuente de este tipo de dolor es la artritis. Existen más de 100 tipos de artritis.<sup>1</sup>

### 2. Relación entre síntomas y cómo aliviarlos

El **dolor en las articulaciones** puede ser suave y causar molestias solo después de ciertas actividades. Por otro lado, puede ser intenso y hacer que hasta los movimientos pequeños sean extremadamente dolorosos.<sup>1</sup>

El diagnóstico clínico de osteoartritis sólo se puede realizar si el paciente presenta síntomas, y la prevención o el alivio de estos es el objetivo de cualquier intervención.

De hecho, los síntomas son el motivo que lleva a los pacientes a buscar atención médica fuera de los programas de detección o investigación.

La dificultad de utilizar los síntomas para definir la presencia de osteoartritis es que pueden desarrollarse sólo una vez que la enfermedad está avanzada y probablemente sea irreversible.

Esta etapa podría seguir a un período de cambio estructural subclínico.

Por lo tanto, para la modificación de la enfermedad, los síntomas tienen un valor limitado en el diagnóstico de la osteoartritis temprana, cuando la intervención tiene más probabilidades de tener éxito.

Otras limitaciones son que los síntomas fluctúan sustancialmente con el tiempo y están influenciados por la patología concurrente y la modulación de la vía del dolor.

Aquí definimos artrosis estructural como pérdida evidente de cartílago sin artrosis inflamatoria o cristalina, independientemente de si el paciente presenta síntomas.

Esta definición tiene como objetivo describir la osteoartritis en una etapa temprana.

Aunque los cambios en el cartílago pueden estar precedidos por cambios en la membrana sinovial y el hueso, la degeneración del cartílago parece ser el criterio de valoración común de todos los fenotipos de osteoartritis.

A medida que mejore la comprensión de la patogénesis de la enfermedad, es probable que las medidas relacionadas con otras estructuras articulares adquieran validez.

La mayor limitación a la hora de abordar la osteoartritis estructural es nuestra incapacidad para predecir si progresará a osteoartritis clínica.

La osteoartritis se diagnostica tradicionalmente con una radiografía simple; las características incluyen estrechamiento del ancho del espacio articular, formación de osteofitos y desarrollo de esclerosis subcondral y quistes.<sup>2</sup>



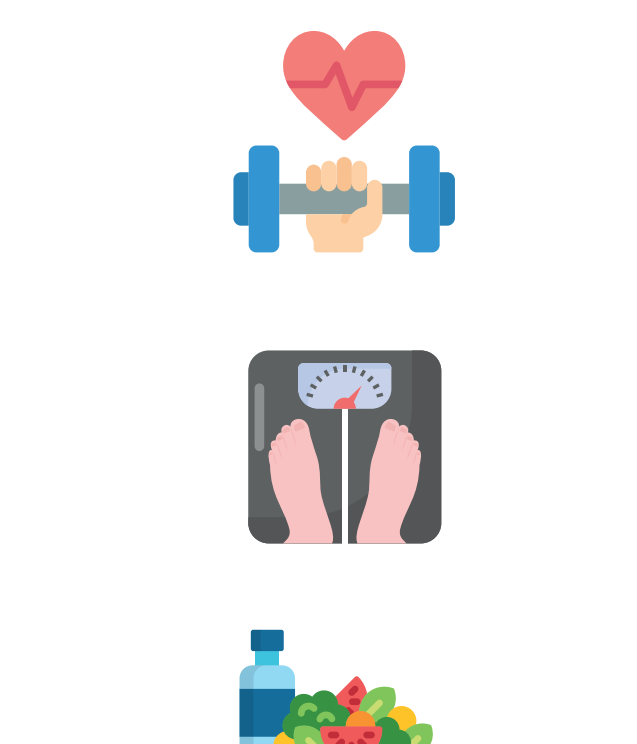
Los datos clínicos de artrosis suelen aparecer a partir de los 40 años, con inicio gradual y evolución lenta, difiriendo según la localización y el individuo.

El dolor es el síntoma cardinal (de características mecánicas).

Otros signos y síntomas son rigidez articular (de corta duración), deformidad articular, crepitación, debilidad o inestabilidad.<sup>3</sup>

Cuando trate un dolor articular leve en el hogar, tenga en cuenta estos consejos:

- No permita que el paciente se mueva de formas que empeoren el dolor.
- Aplique hielo o un paquete de guisantes congelados en la articulación que duele durante unos 15 o 20 minutos, algunas veces en el día.
- Coloque una compresa caliente en la zona afectada, llene la bañera con agua tibia y manténgala por uno rato, o bien, una ducha con agua tibia para relajar los músculos y aumentar la circulación de la sangre.<sup>4</sup>



El objetivo principal del tratamiento de la OA es reducir los síntomas y mejorar la función de las articulaciones.

Las intervenciones importantes incluyen educación del paciente sobre la OA, pérdida de peso y fisioterapia o un programa de ejercicio regular (que incluya fortalecimiento, cardiovascular, yoga y/o tai chi) para ayudar a desarrollar la fuerza muscular y reducir la tensión en las articulaciones. La combinación de modificaciones en la dieta y ejercicio puede conducir a una pérdida de peso sustancial que resulta en una disminución del dolor y la discapacidad en las articulaciones y una mejor función.

Los primeros medicamentos comunes que se usan para tratar el dolor articular debido a la OA son los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que pueden aplicarse directamente sobre la piel (tópicamente) o tomarse por vía oral.

El paracetamol se puede utilizar en personas sin enfermedad hepática ni consumo excesivo de alcohol como alternativa a los AINE, que pueden causar hemorragia en el tracto gastrointestinal o afectar negativamente la función renal.

Los analgésicos narcóticos distintos del tramadol no son tan eficaces para tratar el dolor articular y plantean riesgos adicionales (como caídas por estreñimiento, disminución de la respiración y posible dependencia de las drogas), por lo que no se recomiendan los narcóticos para el tratamiento de la OA.

La inyección de un esteroide en una articulación afectada por OA puede ayudar a disminuir el dolor y la hinchazón, aunque estos beneficios generalmente disminuyen en 3 meses. A veces se utiliza la inyección de ácido hialurónico en el espacio articular para el tratamiento de la OA, aunque la evidencia de su eficacia es débil.

Los pacientes con OA de cadera o rodilla que tienen dolor persistente y pérdida de función a pesar de los tratamientos anteriores pueden beneficiarse de la cirugía de reemplazo articular.<sup>5</sup>



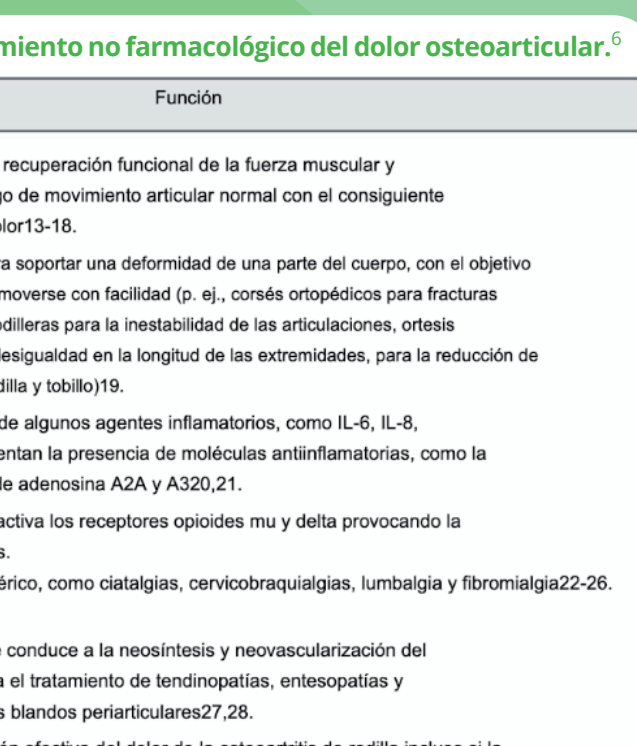
### 3. Consejos para mejorar la adherencia

Trabajar en conjunto con el equipo médico es importante para un manejo efectivo del dolor osteoarticular. Asegúrese de entender el plan de tratamiento del paciente, incluyendo los medicamentos recetados y las pautas de uso. Garantice que el paciente tome los medicamentos según lo indicado y asista a todas las citas médicas. Llevar un registro de los síntomas y medidas puede ser útil para las consultas de seguimiento. La adherencia a las recomendaciones médicas, junto con un estilo de vida saludable, ayuda a controlar el dolor osteoarticular y prevenir complicaciones.



### 4. Consejos no farmacológicos para mejorar

Los tratamientos no farmacológicos para el dolor osteoarticular son un grupo de intervenciones fuertemente recomendadas como terapia de primera línea por varias organizaciones científicas internacionales para pacientes ancianos afectados por osteoartritis (OA), con el fin de evitar efectos secundarios relacionados con los medicamentos en pacientes con riesgos cardiovasculares o con otras comorbilidades relevantes.<sup>6</sup>



Cuadro IV. Terapias No Farmacológicas utilizadas en el tratamiento no farmacológico del dolor osteoarticular.<sup>6</sup>

Terapia no farmacológica	Función
Rehabilitación	Ejercicios dirigidos a la recuperación funcional de la fuerza muscular y la restauración del rango de movimiento articular normal con el consiguiente mayor reducción del dolor <sup>13-16</sup> .
Ortesis	Dispositivos creados para soportar una deformidad de una parte del cuerpo, con el objetivo de ayudar al paciente a moverse con facilidad (p. ej., corsés ortopédicos para fracturas vertebrales dolorosas, rodilleras para la inestabilidad de las articulaciones, ortesis personalizadas para la desigualdad en la longitud de las extremidades, para la reducción de dolor lumbar, cadera, rodilla y tobillo) <sup>19</sup> .
Campos electromagnéticos pulsados	Estimular la reducción de algunos agentes inflamatorios, como IL-6, IL-8, PGE2 y COX-2, y aumentan la presencia de moléculas antiinflamatorias, como la IL-10 y los receptores de adenosina A2A y A320,21.
Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (DECENAS)	Aplicado sobre la piel, activa los receptores opioides mu y delta provocando la liberación de endorfinas. Dolor neuropático periférico, como cialgias, cervicobraquialgias, lumbalgia y fibromialgia <sup>22-26</sup> .
Terapia de ondas de choque extracorpóreas (ESWT)	Estímulo mecánico que conduce a la neosíntesis y neovascularización del colágeno, utilizado para el tratamiento de tendinopatías, entesopatías y trastornos de los tejidos blandos periarticulares <sup>27,28</sup> .
Ultrasonido	Se sugiere una reducción efectiva del dolor de la osteoartritis de rodilla incluso si la evidencia es de baja calidad <sup>29</sup> .
Terapia con láser de bajo nivel	Alivia el dolor en la lumbalgia crónica inespecífica, pero con falta de evidencia en la recuperación funcional <sup>30</sup> .
Acupuntura	Se insertan agujas en un punto específico para estimular el nociceptivo periférico. Fibras A delta y C, que conducen al control del dolor periférico y central, pero hay evidencia de eficacia en el tratamiento del dolor lumbar agudo, con una duración corta (menos de 3 meses) son pocos <sup>15,22</sup> .
Tai Chi	Reduce el dolor y la discapacidad en pacientes con dolor lumbar mediante varias posturas diferentes <sup>15,31</sup> .
Yoga	Implica concentración, relajación, técnicas de respiración y posturas corporales. Reduce el dolor lumbar pero sin resultados estadísticamente significativos <sup>15,32</sup> .
Fangoterapia Termal (MT)	La aplicación de barro es eficaz para reducir el dolor generalizado en pacientes con fibromialgia, con resultados duraderos <sup>33</sup> y en la mejora de las funciones articulares en osteoartritis de rodilla y mano <sup>34</sup> . Por su temperatura de aplicación, la MT está contraindicada en caso de inflamación <sup>33</sup> .
Quiropráctica	Falta de concepto científico sólido en la base de este método <sup>35</sup> , excepto para el dolor de espalda.
Terapia de Masajes	Pequeños efectos a corto plazo observados en caso de dolor lumbar <sup>22</sup> .
Educación conductual	La exposición a vibraciones, gestos repetitivos, microtraumatismos, malas posturas son causas de artropatía dolorosa. El control del peso reduce el riesgo de artropatía de rodilla y cadera <sup>36</sup> .

Abreviaturas: TTENS, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea; ESWT, Terapia Extracorpórea por Ondas de Choque; MT, Fangoterapia Termal.

### Fuente bibliográfica

1. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). (2022). Mayo Clinic. Rochester, Minnesota. <https://www.mayoclinic.org/es/symptoms/joint-pain/basics/definition/sym-20050668>
2. Glyn-Jones S, Palmer AJ, Agricola R, Price AJ, Vincent TL, Weinans H, Carr AJ. Osteoarthritis. Lancet. 2015 Jul 25;386(9991):376-87. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60802-3. Epub 2015 Mar 4. PMID: 25748615.
3. Rodríguez-Veiga D, González-Martín C, Pertega-Díaz S, Seoane-Pillado T, Barreiro-Quintás M, Balboa-Barreiro V. [Prevalencia de artrosis de rodilla en una muestra aleatoria poblacional en personas de 40 y más años de edad]. Gac Med Mex. 2019;155(1):39-45. Spanish. doi: 10.24875/GMM.18004527. PMID: 30799466.
4. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). (2022). Mayo Clinic. Rochester, Minnesota. <https://www.mayoclinic.org/es/symptoms/joint-pain/basics/when-to-see-doctor/sym-20050668>
5. Yue L, Berman J. What Is Osteoarthritis? JAMA. 2022 Apr 5;327(13):1300. doi: 10.1001/jama.2022.1980. PMID: 35380583.
6. Molfetta L, Saviola G, Fornasari D, Grossi PA, Corcione A, Frediani B. Osteoarticular pain: therapeutic approach by paradigms. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2022 Jun;26(11):4054-4068. doi: 10.26355/eurrev\_202206\_28975. PMID: 35731076.