

## Archivos de Medicina Familiar

Volumen **7**  
Volume

Número **3**  
Number




Septiembre-Diciembre **2005**  
September-December

*Artículo:*




### Manejo de la osteoartrosis en Medicina Familiar y Ortopedia

Derechos reservados, Copyright © 2005

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

# Manejo de la osteoartritis en Medicina Familiar y Ortopedia

## Osteoarthritis Management in Family Practice and Orthopedia

De Pavía-Mota E,\* Larios-González MG,\*\* Briceño-Cortés G.\*\*\*

*Médico Traumatólogo, Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Irapuato, Guanajuato, México. \*\* Médica Especialista en Medicina Familiar. Clínica Hospital, ISSSTE en Irapuato, Guanajuato, México. \*\*\* Médico Internista. Clínica Hospital, ISSSTE en Irapuato, Guanajuato, México.*

Recibido: 01-06-05      Aceptado: 21-06-05

**Correspondencia** : Dr. Eugenio de Pavía Mota. E-mail: [yyomero@yahoo.com](mailto:yyomero@yahoo.com)

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la prevalencia de la Osteoartritis en el Consultorio de Ortopedia de la Clínica Hospital del ISSSTE de Irapuato, México. **Diseño:** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. **Material y Métodos:** De julio a diciembre del 2004 se revisaron los motivos de consulta en el servicio de Ortopedia, analizando la prevalencia de la Osteoartritis y cuales pacientes requerían en verdad de la atención médica por el especialista. **Resultados:** El 14.8% de todas las consultas del servicio de Ortopedia fueron por Osteoartritis. 73% femeninas 27% masculinos. Según la articulación afectada la localización mas frecuente fue la Gonartrosis 57.6%. El mayor número de pacientes de la década 50 a 59 años. Cuesta el doble la atención por el médico especialista, que por el médico familiar. En 3.5% de la población total se efectuó un procedimiento quirúrgico. **Conclusiones:** El manejo de la osteoartritis debe realizarse por el médico familiar. La educación médica en nuestro entorno y en la medicina institucional, carece de este enfoque. El tratamiento de pacientes por ortopedistas consiste en : manejo conservador, aumentando de los tiempos de espera, la saturación del servicio, y disminución en la calidad de la atención.

**Palabras clave:** Osteoartritis, Osteoartritis de rodilla, Medicina Familiar.

### ABSTRACT

**Objectives.** Our aim was to know osteoarthritis prevalence at the out-patient orthopedics consulting room at the ISSSTE hospital in Irapuato, Guanajuato, Mexico. **Design. Our study design was** retrospective and cross-sectional. **Materials and Methods.** Out-patient external orthopedics consulting room records from July to December 2004 were reviewed, analyzing the prevalence of osteoarthritis and the real needs of these patients. **Results: A total of** 14.8% of all patients at the Orthopedic Service presented osteoarthritis; 73% were females, and 27%, males. According to joint pain, the most frequent was knee joint with 57.6%. The majority of the patients were 50–59 years of age. Cost of medical care at the specialist out-patient clinic doubles that of the family out-patient clinic. A total of 3.5% of the entire population required a surgical procedure. **Conclusions:** Control and care for the patient with osteoarthritis must be performed by the Family

Physician. Medical education in Mexico and Institutional Medicine lacks this approach. Out-patient treatment by orthopedists includes conservative therapy, increased waiting time, a tight agenda, and a deficient quality of attention.

**Key Words:** Osteoarthritis, Osteoarthritic knee, Family Medicine.

## Introducción

La Enfermedad Articular Degenerativa Crónica (EAD) tiene tal importancia, que la Organización Mundial de la Salud ha designado a la primera década de este siglo como la **Década Osteoarticular**, *Bone and Joint Decade*<sup>1,2</sup>; en México y en el resto del mundo, es una de las causas de discapacidad más importantes, en personas de 40 años en adelante, los pacientes de la tercera edad son los más afectados<sup>1,5</sup>.

En el transcurso de este siglo los pacientes con Osteoartrosis (OA) serán cada vez más numerosos, por esta razón debería darse un mayor énfasis en la formación académica de los médicos familiares hacia los trastornos crónico degenerativos articulares, desde la escuela de medicina hasta la práctica diaria en las unidades de medicina familiares<sup>6,7</sup>.

La OA es una enfermedad sistémica, multifactorial, prevalente, progresiva, incurable<sup>1,8,9</sup>. Se caracteriza por áreas focales de pérdida de cartílago en las articulaciones sinoviales. Los síntomas principales son dolor o artralgia, disminución progresiva de la función, deformidad articular y finalmente incapacidad funcional<sup>1,3-5,10</sup>. Las articulaciones más frecuentemente afectadas son: rodilla, cadera, columna, manos, y pies.<sup>1,3,10,12,13</sup> La OA localizada en la cadera y en la rodilla implican la mayor discapacidad que cualquier otra enfermedad en el anciano, existen reportes de hasta un 60%; de este grupo de pacientes se requiere el uso de un andador hasta en un 40%<sup>12-14</sup>.

La OA tiene un gran impacto en los ancianos. Antes de los 50 años los hombres tienen una alta prevalencia, pero la prevalencia e incidencia es mucho más alta en las mujeres después de los 50 años. El riesgo de gonartrosis y coxartrosis aumenta en la mujer después de la menopausia. La OA aparece y se incrementa más rápidamente en la mujer que en el hombre. Es la cuarta causa de morbilidad en la mujer mayor de 60 años y la octava en el hombre, a nivel mundial<sup>3,10,12,15-17</sup>.

En México desde 1990 se ha reconocido la OA como una de las primeras causas de morbilidad en personas mayores de 60 años, la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II) de 1998 la ubica como la segunda causa de morbilidad con 14% en personas mayores de 60 años<sup>18,19</sup>. En estudios hechos de costos de la atención primaria, el reporte de la OA ocupa siempre los primeros cuatro lugares, y en la atención de los pacientes mayores de 60 años, la OA se encuentra en los primeros tres lugares en demanda de atención, y representa el mismo nivel en lo que se refiere a costos<sup>20-23</sup>.

La carga económica que esto representa a nivel internacional es hasta del 2.5% del PIB de Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), Canadá, Gran Bretaña. En EEUU en el año 2000 fue hasta de 26 mil millones de dólares. El cálculo del total de la carga económica incluye la pérdida en la productividad y estos se nombran como costos indirectos, el reporte de Yellin-Calahan estima que el costo de la pérdida de productividad representa 49.6 billones de dólares.

La demanda de consulta por padecimientos crónicos degenerativos se ha incrementado en forma importante, la carga tanto económica como logística en este aspecto es de preocupación internacional<sup>1,10,14, 16,24,25</sup>. Se ha estimado que una de cada cuatro consultas de atención primaria se debe a enfermedades del aparato locomotor y que estos trastornos pueden representar hasta el 60% de todas las pensiones de discapacidad<sup>8,15,16</sup>. Un factor importante en el manejo de los pacientes con OA es que la mayoría de los pacientes diagnosticados no reciben un tratamiento adecuado para controlar la enfermedad, ya sea por mala elección de fármacos, dosis insuficientes, administración inadecuada, falta de apego al tratamiento, diagnósticos erróneos, carencia de rehabilitación y falta de información al paciente, entre otros<sup>3,6,7,15</sup>.

Se detecta la necesidad del análisis de la consulta por OA debido a la frecuencia de esta patología en el consultorio de ortopedia, problema que puede ser controlado por el médico familiar -de manera conservadora- en la gran mayoría de los casos, dado que las medidas preventivas y la educación para la salud tendrán más impacto en la población, redundando así en la mejor distribución de los recursos y optimizando los niveles de atención, utilizando la interconsulta a la especialidad como alternativa resolutoria, en los casos en los que las medidas conservadoras no sean suficientes para la mejoría del paciente y que requiera de manejos invasivos como la infiltración de esteroides en casos seleccionados o el manejo quirúrgico.

## Material y Métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron los registros de la Consulta de Especialidad de Ortopedia y Traumatología de la Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Irapuato, Guanajuato, México. *Criterios de inclusión:* pacientes con uno o más diagnósticos de Osteoartritis: Gonartrosis, Coxartrosis, Espondiloartrosis, y en los casos de múltiples articulaciones afectadas, EAD durante el periodo comprendido de julio a diciembre del 2004.

*Criterios de Exclusión,* todo paciente con diagnóstico primario diferente a OA. *Criterios de no Inclusión,* todo paciente con diagnóstico diferente a OA. Instrumentos de Recolección, las hojas de registro de consulta diaria de los médicos Ortopedistas de la Unidad en el período señalado y la bitácora quirúrgica del mismo período.

Durante el presente estudio se consideraron las siguientes variables: edad por década, sexo denominando M o F, consulta de primera vez o subsecuente, lugar de procedencia (local o foránea), el número de días de licencias médicas otorgadas por esta patología.

Otra de las variables analizadas fueron los costos, de consulta de especialidad versus la consulta de medicina familiar, así como los traslados de los pacientes foráneos. También fueron objeto de análisis el número de piezas otorgadas de medicamentos y el número de eventos quirúrgicos derivados de esta patología, en el periodo establecido.

## Resultados

La Clínica Hospital del ISSSTE de Irapuato, cuenta con cuatro traumatólogos ortopedistas en diferentes turnos. Se revisaron los registros de consulta del periodo de julio a diciembre del 2004. Durante este lapso se otorgaron 3667 consultas, de las cuales 544 tienen el diagnóstico de OA. (14.8%). El total de pacientes fue de 394 y recibieron un total de 544 consultas durante este período; de las 544 consultas, 238 (43.75%) locales, 268 (49.26%) foráneas y 38 (6.98%) no fue posible determinar su procedencia.

Un total de 288 (73%) pacientes pertenecían al sexo femenino y 106 (27%) al masculino. La distribución por décadas: de 30 a 39 años 14 pacientes (3.6%); 40 a 49 años 96 pacientes (24.4%); de 50 a 59 años 91 pacientes (23.1); 60 a 69 años 105 pacientes (26.6%); 70 a 79 años 69 pacientes (17.5%); de 80 a 89 años 19 pacientes (4.8%). Encontrando el mayor número de pacientes en la década de 50 a 59 años y la mayor frecuencia en las mujeres.

La distribución por diagnóstico de los 394 pacientes: Gonartrosis 227 (57.61%), Coxartrosis 14 (3.55%), EAD 121 (30.71%), Espondiloartrosis 32 (8.12%). Con 14 pacientes, la coxartrosis fue la entidad menos frecuente, la EAD, y la espondiloartrosis tuvieron mayor número de pacientes y se distribuyeron de manera uniforme en los grupos de edad, con mayor frecuencia en el grupo más significativo de 60 a 69 años.

En la Clínica Hospital del ISSSTE de Irapuato, el costo por consulta de Medicina Familiar fue de \$190 el de especialidad es de \$420 el costo total de las consultas otorgadas (544) ascendió a \$228,900.00, mismas que si hubieran sido vistas en medicina familiar hubieran representado \$103,360.00. Debido a que algunos pacientes proceden de unidades de medicina familiar foráneas, el costo por traslados en el periodo fue de \$26,754.00 para 268 pacientes foráneos con el costo unitario de \$99.82. El número total medicamentos para las 544 consultas fue de 1331 unidades con un promedio de 2.4 unidades por consulta.

Se realizaron 14 intervenciones quirúrgicas todas con diagnóstico de Gonartrosis, lo que equivale al 3.5% del total de pacientes, 2.5% del total de consultas otorgadas. De las 544 consultas otorgadas de primera vez 94(17.27%), subsecuentes 450 (82.72%).

## **Discusión**

La frecuencia de gonartrosis fue mucho mayor, seguida por la artrosis múltiple, y la menos frecuente de la serie es la coxartrosis presente en el 3.5% de la población estudiada. La gonartrosis es mucho más frecuente en la mujer que cualquier otra forma de artrosis, teniendo un 40% de participación del total de la población estudiada. Sin embargo, en la distribución de los pacientes según edad y diagnóstico, es interesante observar que el grupo más numeroso es el de la década de los 60 a 69 años, pero el diagnóstico más frecuente en todo el grupo es la gonartrosis en los pacientes de la década de los 40 a los 49. El resto de las formas de presentación de la OA es constante en todos los grupos de edad, notándose un incremento en la poliartralgia por EAD y en la espondiloartrosis en los grupos de 50 a 59 y 60 a 69 años.

La gonartrosis, fue la variedad más frecuente de nuestro estudio en su distribución por grupo de edad y sexo, apreciando la mayor incidencia en la mujer y en las décadas de los 40 a 49 y 50 a 59 años. El 14.8% de todas las consultas del servicio de Traumatología y Ortopedia fue por OA, 43% de los pacientes son locales, pero el 50% pertenecen a las unidades periféricas, por lo que el costo de la consulta al especialista aumenta por el pago de traslado, que es de 100 pesos por paciente, con 268 pacientes foráneos, si sumamos a esto el costo unitario de la consulta de especialidad de 490 pesos, el costo es significativamente más alto para nuestros pacientes foráneos por consulta.

De acuerdo a las referencias internacionales y nacionales, la OA se presenta más en la mujer que en el hombre<sup>4, 8-10</sup>. Sin embargo en nuestro estudio la frecuencia en la mujer fue mucho mayor (73%). La edad predominante en nuestro grupo fue de 60 a 69 años con un 26%, encontrando en todos los grupos de edad que la gonartrosis es la dolencia más común, sin embargo la edad en la que más se presenta es en la década de los 40 a los 49 años y en la mujer, dato que no coincide con las cifras internacionales<sup>4,8</sup>.

La enfermedad articular múltiple (EAD) se incrementa desde los 40 años hasta alcanzar la mayor frecuencia en el grupo más significativo de 60 a 69 años, así como la espondiloartrosis, cuya frecuencia es mayor en el mismo grupo, la coxartrosis en nuestra clínica es la menos frecuente causa de consulta por osteoartritis, manteniéndose prácticamente igual en todos los grupos de edad y sin mayor significado según la edad por ser un grupo tan pequeño, con respecto a la EAD y la espondiloartrosis los resultados coinciden en frecuencia con reportes internacionales.

El número de medicamentos en promedio por consulta fue de 2.4 unidades, los que significa que los pacientes de OA requieren más de dos tipos de medicamentos para el control de su patología que son generalmente analgésicos y AINES, encontrando que la tendencia en el manejo de estos pacientes es a base de AINES cuyo costo es sustancialmente mayor que los analgésicos.

El número de cirugías fue extremadamente bajo (3%), tomando en cuenta que la consulta de especialidad debe ser resolutive, lo cual se confirma con el porcentaje de consultas de primera vez 17% y subsecuentes 83%, lo que indica que la consulta de especialidad a los pacientes de OA es subsecuente en la mayoría de los casos y por deducción para recetar medicamentos y manejo conservador, ya que la cirugía es mínima.

La Osteoartritis, de cualquiera de las articulaciones, es una alteración que cada vez demanda más recursos, por múltiples factores, principalmente por la edad de la población, que al tener acceso a servicio médico, y mejorar sus condiciones, tiene más probabilidades de presentar enfermedades crónicas degenerativas características de la tercera edad. Es de gran importancia prestar atención a las tendencias internacionales y nacionales en el campo de la medicina preventiva. La formación de los jóvenes médicos debe enfocarse hacia este grupo de edad, que crece y demanda cada vez más recursos.

El manejo de la osteoartritis debería realizarse a nivel de medicina familiar, tanto en el aspecto preventivo, como en el del control y manejo conservador, educando al paciente en sus cuidados y actividades cotidianas y manejando esquemas de medicamentos, ejercicios, apoyos funcionales como rodilleras, bastones, andadores. Desafortunadamente la educación médica en nuestro entorno carece de este enfoque, solicitando inmediatamente la interconsulta a la especialidad cuando el paciente no responde después de recetarle “*dos cajitas de AINES*”, sin considerar que el manejo del paciente con artrosis va mucho más allá de la prescripción farmacológica. Desafortunadamente a nivel de consulta de especialidad, caemos también en el error de tener esta población cautiva, debiendo de iniciar el manejo, multifactorial, educar a nuestro paciente en su control y regresándolo a su médico familiar para su manejo posterior.

El postulado inicial de esta investigación confirma que resulta indispensable la educación del médico a todos los niveles y desde la escuela de medicina en el manejo del paciente con osteoartritis. Es también de vital importancia poner en práctica las guías diagnóstico terapéuticas para poder ofrecer así un manejo integral con el óptimo uso de los recursos, que al incrementarse nuestra derechohabencia son cada vez más limitados.

## Referencias

1. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. 2003;81(9):646-56.
2. Woolf AD. The bone and joint decade 2000-2010. Annals of Rheumatic Disease 2000;59:81-2.
3. Woolf AD, Akesson K. Understanding the burden of musculoskeletal conditions. The burden is huge and not reflected in national health priorities. BMJ 2001;322:1079-80.

4. Corti MC, Rigon C. Epidemiology of osteoarthritis: prevalence, risk factors and functional impact. *Aging Clin Exp Res.* 2003 Oct;15(5):359-63
5. Ehrlich EG. The rise of osteoarthritis. *Bull World Health Organ.* 2003; 81(9): 630.
6. Akesson K, Karsten E, Woolf AD. Improved education in musculoskeletal conditions is necessary for all doctors. *Bull World Health Organ.* 2003; 81(9):657-68.
7. Altman RD, Hochberg MC, Moskowitz RW, Schnitzer TJ, Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee. *Arthritis and Rheumatism* 2000;43:1905-15.
8. Kirkhorn S, Greenlee RT, Reeser JC. The epidemiology of agriculture-related osteoarthritis and its impact on occupational disability. *WMJ.* 2003;102(7):38-44.
9. Zeidler H. Epidemiology of musculoskeletal conditions in the geriatric population. *Eur J Rheumatol Inflamm.* 1994;14(1):3-6.
10. Reginster JY. The prevalence and burden of arthritis. *Rheumatology* 2002;41:3-6.
11. Jordan JM, Linder GF, Renner JB, Fryer JG. The impact of arthritis in rural populations. *Arthritis Care Res.* 1995 Dec;8(4):242-50.
12. Van Schaardenburg D, Van den Brande KJ, Ligthart GJ, Breedveld FC, Hazes JM. Musculoskeletal disorders and disability in persons aged 85 and over: a community survey. *Ann Rheum Dis.* 1994 Dec;53(12):807-11.
13. Chanchairujira K, Chung CB, Kim JY, Papakonstantinou O, Lee MH, Clopton P, Resnick D. Intervertebral disk calcification of the spine in an elderly population: radiographic prevalence, location, and distribution and correlation with spinal degeneration. *Radiology.* 2004 ;230(2):499-503.
14. L.R. Harrold, R.A. Yood, S.E. Andrade, J. Cernieux, J.H. Gurwitz. Challenges of Estimating Health Service Utilization for Osteoarthritis Patients on a Population Level. *J Rheumatol* 2002;29:1931-6.
15. Badley EM, Rasooly I, Webster GK. Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability, and health care utilization: findings from the 1990 Ontario Health Survey. *J Rheumatol.* 1994 Mar;21(3):505-14.
16. The burden of musculoskeletal diseases at the start of the new millennium. Report of a WHO scientific group. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 2003;919:i-x, 1-218
17. Leveille SG. Musculoskeletal aging. *Curr Opin Rheumatol.* 2004 Mar;16(2):114-8.
18. Indicadores de salud de los adultos mayores en México. *Salud Publica Mex* 1996; 38: 541-546.
19. Lozano-Ascencio R, Frenk-Mora J, González-Block MA. El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. *Salud Publica Mex* 1996;38:419-429.
20. Lara-Rodríguez MA, Benítez-Martínez MG, Fernández-Gárate IH, Zárate-Aguilar A. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica Mex* 1996;38:448-457.
21. Durán-Arenas L, Sánchez R, Vallejo M, Carreón J, Franco F. Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad. *Salud Publica Mex.* 1996;38:501-512.
22. Villarreal-Ríos E, Montalvo-Almaguer G, Salinas-Martínez AM, Guzmán-Padilla JE, Tovar-Castillo NH, Garza-Elizondo ME. Costo en el primer nivel de atención. *Salud Publica Mex* 1996;38:332-340.
23. Borges-Yáñez SA, Gómez-Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Publica Mex* 1998;40:13-23.
24. March LM, Bachmeier CJ. Economics of osteoarthritis: a global perspective. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1997 Nov;11(4):817-34.
25. Maetzel A, Li LC, Pencharz J, Maguire L, Bombardier C. The Challenges of Estimating the National Costs of Osteoarthritis: Are We Making Progress? *Arthritis Rheum* 2001;44 Suppl:S310.