

EFFECTES DE LA REALITZACIÓ D'INFILTRACIONS INTRAARTICULARS AMB TRIAMCINOLONA SOBRE LA QUALITAT DE VIDA I CONSUM DE FÀRMACS EN PACIENTS AMB GONARTROSI

*Autors: Capella Guillén Alícia, Adroer Martori Raquel, Rodero Pérez Estrella, Cañadas Crespo Sílvia, Arias Agudelo Olga Lucía , Jacobovski Bruno

Centre treball: ABS Florida Nord

Correspondència: acapella35611@yahoo.es

Revisors: Francesc Moreno i Ernest Vinyoles

Aquest treball ha estat becat pels "I Ajuts a la Recerca en Artrosi CAMFiC i Bioibérica 2012

Publicat: Juny 2015

Capella Guillén Alícia, Adroer Martori Raquel, Rodero Pérez Estrella, Cañadas Crespo Sílvia, Arias Agudelo Olga Lucía, Buitrago Olaya Clara Johanna, Jacobovski Bruno, Torrabadella Fàbrega Jordi (2015)

Efectes de la realització d'infiltracions intraarticulars amb triamcinolona sobre la qualitat de vida i consum de fàrmacs en pacients amb gonartrosi

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol33/iss2/5>

Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

RESUM

Objectiu: Mesurar l'efectivitat de les infiltracions de triamcinolona intraarticular a pacients amb gonartrosi procedents de les consultes d'Atenció Primària.

Disseny: estudi no aleatoritzat d'intervenció abans-després.

Emplaçament: ABS Florida Nord, a l'Hospitalet de Llobregat.

Participants intervencions: pacients que presentaven gonàlgia secundària a gonartrosi no controlada amb fàrmacs analgèsics convencionals.

Resultats: Població 74 pacients, 84% dones. Mitjana d'edat en homes 74 anys, les dones 62 anys. 70% amb dolor bilateral. Es va practicar 1 infiltració a 13,5% dels pacients, 2 infiltracions al 28% i tres al 58%. La milloria en l'escala EVA del dolor va aparèixer als 15 dies i es va mantenir durant els 6 mesos, independentment del nombre d'infiltracions. Es va produir una reducció en la puntuació del qüestionari WOMAC en els tres ítems avaluats també de forma mantinguda. I també sense relació amb el nombre d'infiltracions realitzades. El consum de fàrmacs analgèsics va disminuir, especialment al grup de tramadol i codeïna.

Conclusions: Hi ha una milloria de la qualitat de vida des de la primera infiltració i una disminució del consum de fàrmacs, mantinguda en el temps. La infiltració amb glucocorticoides intraarticular és una tècnica segura, amb poques complicacions i que no altera l'evolució de la malaltia. Els nostres resultats són compatibles amb altres estudis en població més jove. És una bona eina terapèutica que es podria aplicar des d'AP en pacients amb comorbiditat no tributaris d'intervenció quirúrgica, o com a mesura pal·liativa del dolor prèvia a la rehabilitació o cirurgia.

SUMMARY

Objective: To measure the effectiveness of intra-articular triamcinolone injections to patients with knee osteoarthritis from the consultations in primary care.

Design: non randomized study of intervention before and after.

Location: Florida Nord Health Center, in the Hospitalet de Llobregat ABS.

Participant interventions: patients presenting secondary knee pain due to osteoarthritis not controlled with conventional analgesic drugs.

Results: 74 patients, 84% women. Mean age was 74 years old for men and 62 for women. 70% with bilateral pain. 1 infiltration to 13.5% of patients, 2 infiltrations was practiced to 28% and three to 58%. The improvement in pain ladder AVE appeared to the 15 day and remained during 6 months, regardless of the number of infiltrations. There was a reduction in the score of the WOMAC questionnaire in the three items evaluated also permanently. No relationship with the number of infiltrations too. Analgesic drugs consumption decreased, especially the Group of tramadol and codeine.

Conclusions: There is an improvement in quality of life since the first infiltration and reduce the consumption of drugs, maintained over time. Infiltration with intraarticular glucocorticoid is a safe technique, with few complications and that does not alter the progression of the disease. Our results are consistent with other studies in younger population. Is a good therapeutic tool that could be applied in Primary Care patients with comorbidity and not eligible for surgical intervention, or as a palliative measure of pain prior to surgery and rehabilitation.

INTRODUCCIÓ

A les consultes d'atenció primària és molt freqüent la consulta per gonàlgia secundària a processos degeneratius¹.

El pacient que presenta dolor articular als genolls, veu minvada la seva capacitat de desplaçament i la seva independència en la realització de les activitats bàsiques de la vida diària. Es tracta d'una patologia crònica que per les seves característiques implica un consum important de fàrmacs analgèsics, recursos sanitaris (consultes mèdiques als centres d'atenció primària, a domicili, hospitalàries, sessions de rehabilitació, assistència a especialistes, prestacions d'ortopèdia ...) i socials, degut al nivell de dependència que genera.

Atès que es tracta d'un procés lligat a l'edat, ens trobem amb una elevada prevalença i comorbiditat en els pacients afectes, que limita els fàrmacs a utilitzar i l'intervencionisme quirúrgic, indicat en casos avançats en que el dolor no està controlat amb fàrmacs^{2,3,4,5,6,7}.

En molts casos es tracta de pacients que no són tributaris d'intervenció quirúrgica o bé estan en llista d'espera per a la mateixa o per fer rehabilitació. En aquests casos, ens hem plantejat la possibilitat de realitzar infiltracions amb corticoides com a mesura pal·liativa del dolor^{8,9,10,11,12,13,14}.

Els estudis existents han demostrat l'efectivitat dels corticoides intraarticulars en millorar els símptomes, però en general es tracta d'estudis realitzats en pacients menors de 65 anys i a curt termini, per la qual cosa hem dissenyat un estudi d'intervenció abans-després per valorar si en la nostra població (a partir dels 60 i sense límit d'edat) aquest tractament també és efectiu, mesurant l'efectivitat en forma de milloria de la clínica percebuda pel subjecte i reducció del consum de

fàrmacs analgèsics. Hem utilitzat la dosi de 40 mg de triamcinolona, que és l'aconsellada per l'American College of Rheumatologists⁹.

OBJECTIUS

Mesurar l'efectivitat, en pacients amb gonartrosi procedents d'atenció primària, de l'administració de triamcinolona intraarticular al genoll, respecte a la milloria de la clínica percebuda, i de la reducció del consum de fàrmacs analgèsics.

METODOLOGIA

Disseny: Estudi d'intervenció abans-després no aleatoritzat.

Subjectes d'estudi: Pacients pertanyents a l'ABS Florida Nord de l'Hospitalet de Llobregat, que presentaven gonàlgia secundària a gonartrosi, no controlada amb fàrmacs analgèsics convencionals (paracetamol, tramadol, AINES). La seva inclusió en el nostre estudi va ser valorada pel seu metge de família, que els va informar de la possibilitat de realitzar la tècnica d'infiltració amb corticoides intraarticulars dintre de l'estudi i ens va derivar els pacients interessats.

Criteris d'inclusió:

Pacients majors de 60 anys amb diagnòstic de gonartrosi i dolor crònic no controlat amb analgèsia convencional, que no haguessin patit traumatismes directes o indirectes recents a l'articulació del genoll, i que acceptessin participar en l'estudi signant el consentiment informat; havien de tenir feta una radiografia de genolls on s'observessin signes radiològics de gonartrosi.

Criteris d'exclusió

- Presència de signes clínics d'infecció articular.
- Intervenció quirúrgica amb substitució articular - pròtesi de genoll- sobre l'articulació afectada.
- Osteoporosi severa.
- Al·lèrgia / reaccions adverses prèvies a corticoides o anestèsics.

Recollida i anàlisi de dades

Es van realitzar les següents visites a la consulta: una primera visita, la segona al mes, la tercera als dos mesos i la quarta als quatre mesos. Entre aquestes visites es van fer enquestes telefòniques amb el qüestionari WOMAC resumit -11 ítems-, als 15, 90, 150 i 180 dies¹⁵.

En totes les visites es va valorar el grau de dolor amb l'Escala Visual Analògica (EVA) i en les visites presencials als dos i als quatre mesos es va valorar la indicació d'una nova infiltració, que es va realitzar en aquell moment en els casos en què el pacient ho demanava per persistència del dolor.

Seguiment dels pacients:

A la primera visita es va informar al pacient sobre les condicions de l'estudi i es va valorar si complia els criteris d'inclusió. Es va obtenir la signatura del consentiment informat i es van recollir les dades demogràfiques, antecedents patològics, consum de fàrmacs pel dolor en els 6 mesos previs i el qüestionari WOMAC i l'escala EVA, i posteriorment es va administrar la primera infiltració intra-articular.

Als 15, 30 i 90 150 i 180 dies es va realitzar una trucada telefònica on s'interrogava sobre la clínica de dolor i la funcionalitat en les dues setmanes prèvies mitjançant una versió abreujada del qüestionari WOMAC,.

Als 60 i 120 dies es va realitzar una visita presencial, on, a part de respondre al qüestionari WOMAC igual que en les anteriors ocasions, s'oferia la possibilitat de

realitzar una segona o tercera infiltració depenent del cas.

En el moment de la última recollida de dades -180 dies- es va revisar el consum de fàrmacs analgèsics durant aquest període.

Variables:

Edat, sexe, telèfon, afectació de genoll (única / bilateral), genoll dret / esquerra, intervencionisme sobre genoll sobre la qual s'aplicaria el tractament (si / no), data de diagnòstic d'artrosi o gonartrosi en el suport informàtic de la història clínica, diagnòstic d'obesitat en el suport informàtic de la història clínica (si / no), consum d'analgèsics (DHD) en els 6 mesos previs i posteriors a la primera infiltració, si havia realitzat rehabilitació per aquest motiu (si / no), puntuació per als ítems dolor, rigidesa i dificultat dels qüestionaris WOMAC o WOMAC 11 (depenent de la visita). Puntuació del dolor segons escala EVA de dolor.

Anàlisi estadística:

La manca de dades referides als valors de partida de les variables de resultats principals (WOMAC i EVA) i de la millora que volíem aconseguir, van dificultar el càlcul de la mostra, per la qual cosa es va decidir agafar a tots els pacients derivats. Els resultats es van donar amb els intervals de confiança i es va calcular la potencia estadística.

Les variables qualitatives es van presentar amb percentatges i interval de confiança i les quantitatives amb mitjanes i desviació estàndard, es va utilitzar el chi quadrat per valorar les relacions entre variables qualitatives i la T de Student o l'anàlisi de la variància (ANOVA) per les relacions entre qualitatives i quantitatives.

Es va mesurar la fiabilitat del qüestionari WOMAC mitjançant l'alfa de Cronbach. Les puntuacions del qüestionari es van calcular

per separat en cada dimensió i també el valor global.

L'anàlisi de les dades es va fer amb el programa SPSS 18.0.

Tècnica d'administració de la infiltració:

Es va administrar una injecció intra-articular: 40 mg de triamcinolona (40 mg/ml) + 1 ml de mepivacaïna 2% en un abordatge anterolateral del genoll en extensió i amb la cama en repòs.

Després de l'administració, es mobilitzava l'extremitat amb flexo extensions i circumduccions passives del genoll, prèvies a la bipedestació.

Es va aconsellar als pacients que durant el mateix dia romanguessin en repòs, minimitzant el suport sobre l'extremitat infiltrada.

RESULTATS

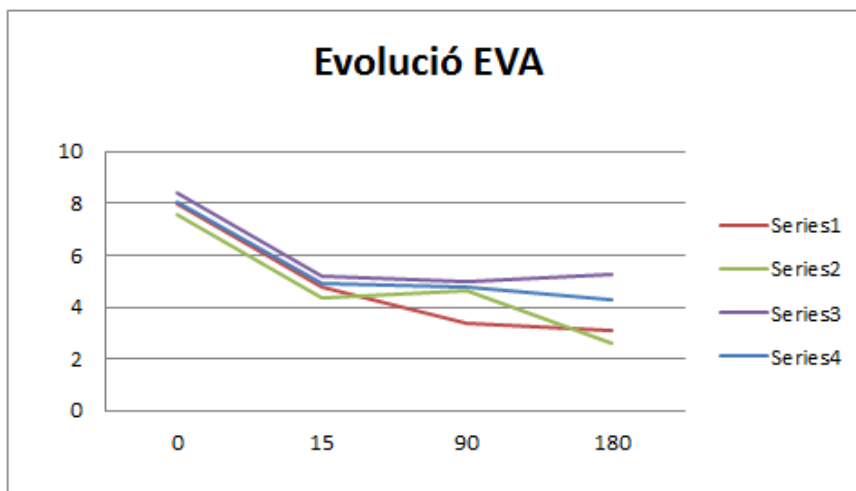
La població d'estudi va ser de 74 pacients, dels quals un 83.8% eren dones.

La mitja d'edat dels homes era de 74 anys i de les dones de 62. Dels quals tenien obesitat un 44.6%

Tenien dolor bilateral un 70%. La mitjana d'antiguitat en el diagnòstic de gonartrosi era de 7.2 anys. Un 28% havia fet rehabilitació en algun moment per gonàlgia. Només a 3 pacients se'ls havia fet alguna intervenció sobre el genoll.

Al 13.5% dels pacients se'ls va fer 1 infiltració, al 28.4% dues, i al 58.1% tres.

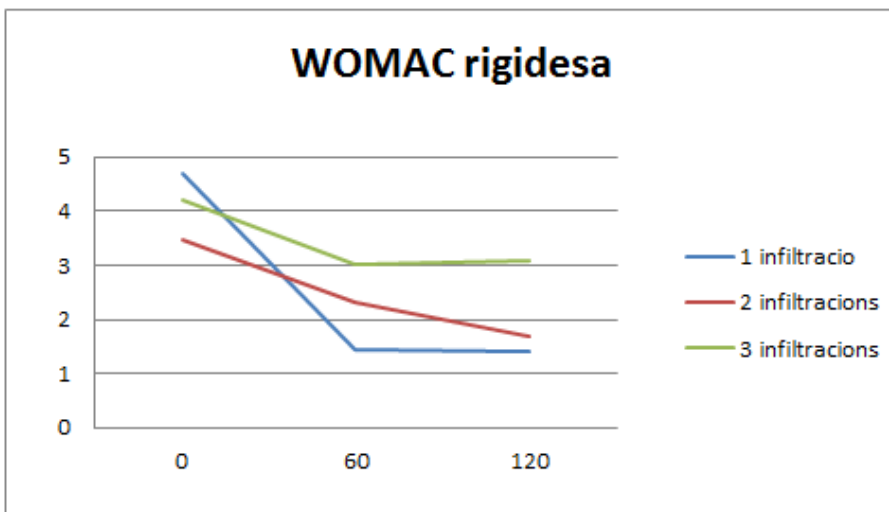
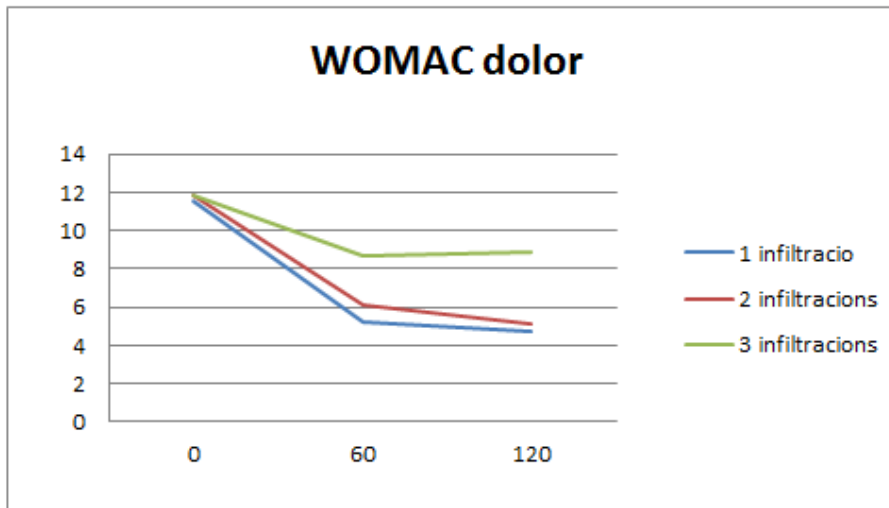
La milloria en l'escala de valoració del dolor (EVA) va aparèixer als 15 dies (primer control) i es va mantenir al llarg del temps independentment del número d'infiltracions realitzades.

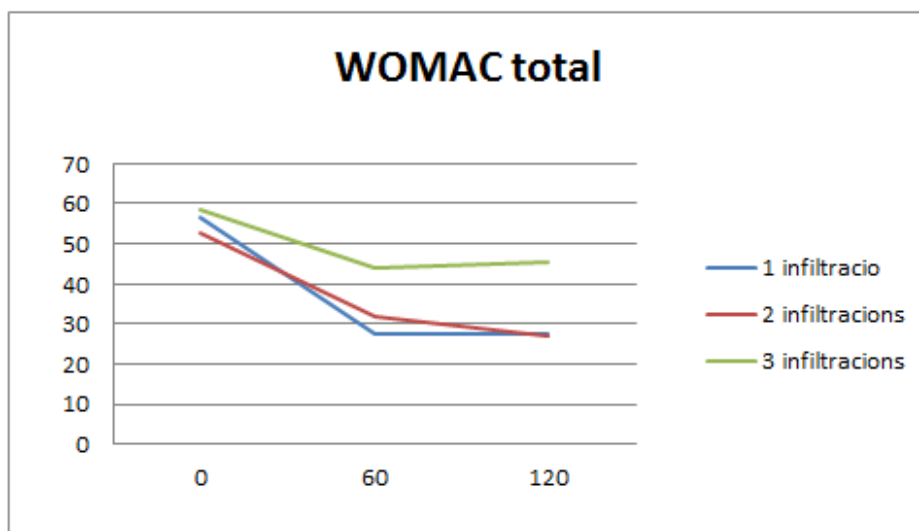
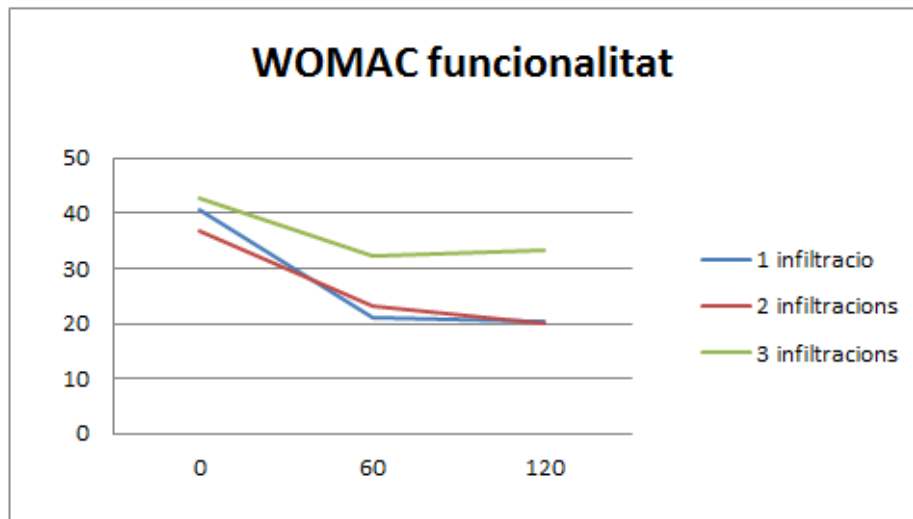


Els resultants del qüestionari WOMAC també van presentar una reducció de la puntuació en els 3 ítems avaluats de forma mantinguda al llarg del temps de seguiment (incloent les enquestes telefòniques que es feien entre les visites presencials mitjançant el qüestionari

WOMAC¹¹). El descens de la puntuació a l'escala de mesures als 120 dies va ser estadísticament significativa tal com es reflecteix a la taula i que la millora no depenia del número d'infiltracions que van rebre.

		IC 95%
womac dolor	4,43	(2,99-5,87)
womac rigidesa	1,52	(0,9-2,14)
womac funciona	12,6	(7,84-17,4)
womac total	18,5	(12-24,9)





El consum d'analgèsics es va estandarditzar mitjançant el càlcul de la DHD (dosi habitant dia) per grups de fàrmacs. Durant el període de seguiment, respecte als 6 mesos abans de la realització de la primera infiltració, es va objectivar una reducció del consum total de fàrmacs, especialment al grup del tramadol i la codeïna.

Es va valorar la fiabilitat de les respostes als qüestionaris mitjançant l'alfa de Cronbach, que en tots els casos va ser superior a 0.90

DISCUSSIÓ

Partim de que es tracta d'un estudi d'intervenció abans i després, sense controls, cosa que limita el resultat obtingut de forma implícita; a més no hi havia aleatorització de pacients a la inclusió a l'estudi, i la composició de la mostra podia estar influïda segons les preferències o creences dels metges de família assignats als pacients.

Respecte al consum de fàrmacs; les dades obtingudes es van treure de la base de dades de seguiment de pacients de l'ICS-ecap - mesurades en mg de fàrmac retirat

de les oficines de farmàcia que vàrem estandarditzar en funció dels diferents principis actius amb la DHD. Pensem que pot existir una diferència entre la retirada del fàrmac de l'oficina de farmàcia i el consum real però no tenim una altra forma de mesurar-ho.

En el seguiment hi havia algun cas amb interferències en la percepció del dolor i qualitat de vida referits pels pacients degut a la presència de processos concomitants (lumbàlgies, dolor a l'altra extremitat, intervencions quirúrgiques, contusions) i que implicava consum d'analgèsia per aquests motius. Malgrat això, el resultat ha estat favorable en la reducció del consum i la milloria de qualitat de vida fins al punt que els pacients a qui s'ha fet només una infiltració han mantingut la bona resposta clínica sense augmentar el consum de fàrmacs que podrien emmascarar els efectes de la tècnica.

Pensem que els pacients que han requerit més número d'infiltracions probablement eren els que tenien més afectació de la qualitat de vida a l'inici de l'estudi, ja que la indicació de continuar administrant el fàrmac era perquè persistia la clínica i a petició del pacient.

No hem observat efectes adversos de cap tipus durant el període d'estudi.

CONCLUSIONS

El resultat de l'estudi ens permet dir que hi ha una milloria de la qualitat de vida des de la primera infiltració i una disminució del consum de fàrmacs, mantinguda en el temps.

Valorant la bibliografia existent la major part d'estudis conclouen que la injecció intraarticular de corticoides és una tècnica

segura que no altera l'evolució de la malaltia i amb poques complicacions.

Els nostres resultats son compatibles amb els resultats d'altres estudis realitzats amb població més jove. Atesa la prevalença d'aquesta patologia en gent més gran pensem que és una bona eina terapèutica que es podria practicar des de primària a aquells pacients que presenten una comorbiditat important i no són tributaris d'intervenció quirúrgica o com a mesura pal·liativa del dolor prèvia a la intervenció quirúrgica o la rehabilitació.

La nostra valoració és que es tracta d'una tècnica senzilla, que requereix poca formació específica i recursos que estan habitualment a disposició dels metges d'Atenció primària; donats els bons resultats obtinguts animaríem els metges de família a incorporar-la de forma habitual a la consulta.

Valorant la bibliografia existent la major part d'estudis conclouen que la injecció intraarticular de corticoides és una tècnica segura que no altera l'evolució de la malaltia i amb poques complicacions¹⁰.

BIBLIOGRAFIA

1. Behzad Heidari . Knee osteoarthritis . Caspian J Intern Med 2(3): Summer 2011
2. Panel de Expertos de la Sociedad Española de Reumatología (SER): Alberto Alonso, Francisco Javier Ballina, Enrique Batlle , Pere Benito , Francisco J. Blanco Miguel A. Caracuel y otros . "Primer documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla". Reumatol Clin. 2005;1(1):38-48
3. Osteoarthritis: the care and management of osteoarthritis in adults.

NICE Clinical Guidelines. February 2008 Hepper CT, Halvorson JJ, Duncan ST, Gregory AJ, Dunn WR, Spindler KP. The efficacy and duration of intra-articular corticosteroid injection for knee osteoarthritis: a systematic review of level I studies. *J Am Acad Orthop Surg.* 2009 Oct;17(10):638-46. Review.

4. Kim Benell, David J Hunter, Rana S Hinman. Management of osteoarthritis of the knee. *BMJ* 2012; 345:e4934

5. Carlos J Lozada, Herbert S Diamond; Osteoarthritis. Medscape reference; mar 17, 2014

6. Saulat Mushtaq, Rabeea Choudhary and Carla R. Scanzello. Non-surgical treatment of osteoarthritis-related pain in the elderly. *Curr Rev Musculoskelet Med* (2011) 4:113-122

7. Xavier Mas Garriga. Actualización en artrosis . *Aten Primaria.* 2014;46 Supl 1:1-2

8. Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G. Intraarticular corticosteroid for treatment of osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Apr 18;(2):CD005328. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(2):CD005328.

9. Pyne D, Ioannou Y, Mootoo R, Bhanji A. Intra-articular steroids in knee osteoarthritis: a comparative study of triamcinolone hexacetonide and methylprednisolone acetate. *Clin Rheumatol.* 2004 Apr;23(2):116-20. Epub 2004 Feb 24.

10. Raynauld JP, Buckland-Wright C, Ward R, Choquette D, Haraoui B, Martel-Pelletier

J, Uthman I, Khy V, Tremblay JL, Bertrand C, Pelletier JP. Safety and efficacy of long-term intraarticular steroid injections in osteoarthritis of the knee: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2003 Feb;48(2):370-7. Erratum in: *Arthritis Rheum.* 2003 Nov;48(11):3300.

11. Arrol B et al. Revisión sistemática: los corticoides intraarticulares son eficaces en la artrosis de rodilla; *BMJ*; 328:869-70.

12. Bhagra, Anjali et al. Efficacy of musculoskeletal injections by primary care providers in the office: a retrospective cohort study. *Int J Gen Med* 2013;6 237-243

13. Olivia T. Cheng, Dmitri Souzdalnitski, Bruce Vrooman, and Jianguo Cheng . Evidence based knee injections for the management of arthritis. *Pain Med.* 2012 June; 13(6): 740-753.

14. Raynauld JP. Clinical trials: impact of intraarticular steroid injections on the progression of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage.* 1999 May;7(3):348-9.

15. Sergio R. López Alonso, Carmen M. Martínez Sánchez, Ana B Romero Cañadillas, Félix Navarro Casado y Josefina González Rojo. Propiedades métricas del cuestionario WOMAC y de una versión reducida para medir la sintomatología y la discapacidad física .*Aten Primaria.* 2009;41(11):613-620