



GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR ARTICULAR

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para que los médicos generales y especialistas, sede Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena, puedan tomar decisiones en el manejo del dolor articular.

2. RESPONSABLES

Los responsables garantizar la adecuada implementación de esta guía son los médicos generales y especialistas de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena.

3. NIVELES DE EVIDENCIA (1)

La Candian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), fue elaborada por la Public Health Agency of Canada (PHAC) para desarrollar guías de prácticas clínicas que respaldasen las acciones de salud preventiva.

En sus inicios, este grupo hizo énfasis en el tipo de diseño utilizado y la calidad de los estudios publicados basándose en los siguientes elementos: Un orden para los GR establecidas por letras del abecedario donde las letras A y B indican que existe evidencia para ejercer una acción (se recomiendan hacer); D y E indican que no deben llevarse a cabo maniobras o acción determinada (se recomienda no hacer); la letra C, indica que la evidencia es “contradictoria” y la letra I, insuficiencia en calidad y cantidad de evidencia disponible para establecer una recomendación (Figura 1). Y, NE clasificados según el diseño de los estudios I a III, disminuyendo en calidad según se acrecienta numéricamente, para los cual son clasificados según validez interna o calidad metodológica del estudio (Figura 2 y 3).

Grados de recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
B	Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención
C	La evidencia disponible es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influir en la decisión.
D	Existe evidencia moderada para NO recomendar la intervención clínica de prevención
E	Existe buena evidencia para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
I	Existe evidencia insuficiente (cualitativa y cuantitativamente) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influir en la decisión.

Figura 1. Grados de recomendación para las intervenciones de prevención (CTFPHC)

Niveles de Evidencia	Interpretación
I	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos CON asignación aleatoria.
II-1	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos SIN asignación aleatoria.
II-2	Evidencia existente surge a partir de estudios de cohortes, y de casos y controles, idealmente realizados
II-3	Evidencia existente surge a partir de comparaciones en el tiempo o entre distintos centros, con o sin intervención; podrían incluirse resultados provenientes de estudios SIN asignación aleatoria.
III	Evidencia existente surge a partir de la opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informe de comités expertos.

Figura 2. Niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones (CTFPHC)

Grados de recomendación	Interpretación
Buena	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que cumple los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Moderada	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado, aunque no tenga defectos metodológicos graves. los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Insuficiente	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que tiene un diseño al menos un defecto metodológico grave, o que no cumple (o no está claro que cumpla) , al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado. O, que no tenga defectos metodológicos graves, pero que acumule defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan plantear recomendaciones.

Figura 3. Validez interna e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC)

4. DEFINICIÓN

Sensación subjetiva de dolor articular y presencia de proceso inflamatorio o no; generalmente, son expresión de un grupo heterogéneo de patologías de etiología multifactorial, con manifestaciones biológicas, morfológicas y clínicas similares (2).

Las articulaciones pueden presentar dolor (artralgia) o también inflamación (artritis). La inflamación de las articulaciones suele estar acompañada de calor, edema (debido a líquido intraarticular o derrame) y eritema infrecuente. El dolor puede aparecer sólo con el uso o también con el reposo. A veces lo que es descrito por los pacientes como dolor articular puede tener una fuente extraarticular (una estructura periarticular o hueso).

El dolor poliarticular (poliartralgia) implica múltiples articulaciones; éstos pueden afectar diferentes articulaciones en distintos momentos. Cuando múltiples articulaciones se ven afectadas, la siguiente distinción puede ser útil para diferenciar entre los diferentes trastornos, en especial artritis:

- Oligoarticular: afecta ≤ 4 articulaciones.
- Poliarticular: afecta > 4 articulaciones.

Definiciones Complementarias:

- Artralgia: dolor articular, sin signos objetivos de inflamación (tumefacción, calor, ruor)
- Artritis: Inflamación de una articulación.
- Artrosis: Alteración degenerativa del cartílago articular. Si son varias las articulaciones afectas, se habla de poliartrosis.

5. FISIOPATOLOGÍA (2)

El origen del dolor articular se da dentro de la articulación. Las fuentes de dolor periarticulares se originan en las estructuras que rodea la articulación (tendones, ligamentos, músculos).

El dolor poliarticular por causas articulares puede ser el resultado de:

- Inflamación (infección, artritis inducida por cristales, trastornos inflamatorios sistémicos como artritis reumatoidea y artritis psoriásica).
- Trastornos no inflamatorios mecánicos u otros (artrosis, síndrome de hiper movilidad).

La membrana sinovial y la cápsula de la articulación son las principales fuentes de dolor en una articulación. La membrana sinovial es el principal sitio afectado por una inflamación (sinovitis). El dolor que afecta múltiples articulaciones en ausencia de inflamación puede deberse a una mayor laxitud articular y un traumatismo excesivo, como es el síndrome de hiper movilidad benigna. La poliatralgia puede afectar articulaciones periféricas, axiales (sacroilíaca, discos intervertebrales, costovertebrales) o ambas.

Los códigos de diagnóstico de la CIE-10 para Dolor Articular:

M255	Dolor en articulación
M069	Artritis Reumatoide, no especificada
M130	Poliartritis, no especificada
M546	Dolor en Columna Dorsal
M796	Dolor en Miembro

6. ETIOLOGÍA

La artritis oligoarticular periféricas y artritis poliarticulares se asocian con una infección sistémica (viral) o con una afección inflamatoria sistémica (artritis reumatoide), con mayor frecuencia que la artritis monoarticular. Por lo general se puede determinar una causa específica; sin embargo, a veces la artritis es transitoria y se resuelve antes de establecer un diagnóstico. Una afección axial sugiere una espondiloartropia seronegativa (también denominada espondiloartritis), pero también puede ocurrir en artritis reumatoide (que afecta a la columna vertebral cervical, pero no a la columna vertebral lumbar).

Las causas más frecuente de artritis poliarticular aguda son:

- Infección (a menudo viral).
- Brote de una enfermedad inflamatoria sistémica.
- Gota o artritis por pirofosfato de calcio (seudogota).

Las causas más frecuentes de artritis poliarticular crónica en adultos son:

- Artritis Reumatoidea.
- Espondiloartropatías seronegativas (como espondilitis anquilosante, artritis reactiva, artritis psoriásica o artritis enteropática).
- Artrosis: Las causas más frecuentes de poliartralgia crónica en adultos son artritis reumatoide y artrosis.

7. CLASIFICACIÓN

Por su ubicación los dolores articulares lo podemos clasificar de la siguiente manera:

- Coxalgia: Cadera.
- Cervicalgia: Región Cervical.
- Dorsalgia: Región Dorsal.
- Gonalgia: Rodilla.
- Talalgia: Talón.
- Lumbalgia o Lumbago: Región Lumbar.

También lo podemos clasificar de la siguiente manera:

- Dolor Nociceptivo: es la consecuencia de una lesión somática o visceral; estos pueden afectar: hueso, cartílago ligamentos y tendones.
- Dolor Neuropático: es el resultado de una lesión y alteración de la transmisión de la información nociceptiva a nivel del Sistema Nervioso Central o periférico. Una de sus

características es la presencia de alodinia, que es la aparición de dolor frente a estímulos que habitualmente no son dolorosos (3).

8. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Se pueden observar síntomas generales como:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Fatiga• Febrícula• Linfadenopatías• Nódulos subcutáneos. | <p>Manifestaciones Hematológicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anemia• Leucocitosis• Trombocitopenia |
|---|---|

Además, podemos encontrar: Serositis, pericarditis y escleritis.

Otros síntomas sistémicos acompañantes:

- Fiebre elevada (> 39°C) en artritis séptica, enfermedad de Still.
- Diarrea: Síndrome de Reiter, Enfermedad de Whipple.
- Sequedad ocular u oral: Síndrome de Sjögren.
- Psoriasis: Artritis Psoriásica.
- Úlceras Orales: Lupus eritematoso Sistémico, Enfermedad de Behçet, Síndrome de Reiter.
- Úlceras genitales: Enfermedad de Behçet
- Queratodermia, Conjuntivitis: Síndrome de Reiter.
- Uveítis: Enfermedad de Behçet, Espondiloartropatías inflamatorias, sarcoidosis.
- Epiescleritis: Artritis Reumatoide.
- Hepatoesplenomegalia: Lupus eritematoso Sistémico, Enfermedad de Still, síndrome de Felty y Artritis Reumatoide.
- Nódulos Subcutáneos: Artritis Reumatoide, gota, endocarditis bacteriana.

9. DIAGNÓSTICO (2)

¿Se trata de artralgia originada por una enfermedad extra-articular?

Se debe descartar que otras patologías, en particular, infecciones o cáncer, sean las causantes del dolor articular, la fiebre, la pérdida de peso y el inicio agudo. Estas son

pistas para determinar la causa, sin embargo, también pueden estar presentes en las patologías articulares. El dolor que no mejora con el reposo o con el cambio de posición es otra pista para un origen extra-articular.

¿Se trata de una enfermedad reumatológica sistémica o local?

Si el problema es primariamente articular, se debe descartar que forme parte de una enfermedad reumatológica sistémica que requiera un tratamiento específico (caso de la artritis reumatoidea o la polimialgia reumática). Estas pueden asociarse también con datos sistémicos (fiebre, pérdida de peso, fatiga).

Los estudios de laboratorio pueden orientar el diagnóstico, pero deben ser tomados con precaución, ya que los resultados en las enfermedades reumatológicas y las infecciones, pueden presentar similitudes.

Ilustración 1: TIPO DE DOLOR ARTICULAR

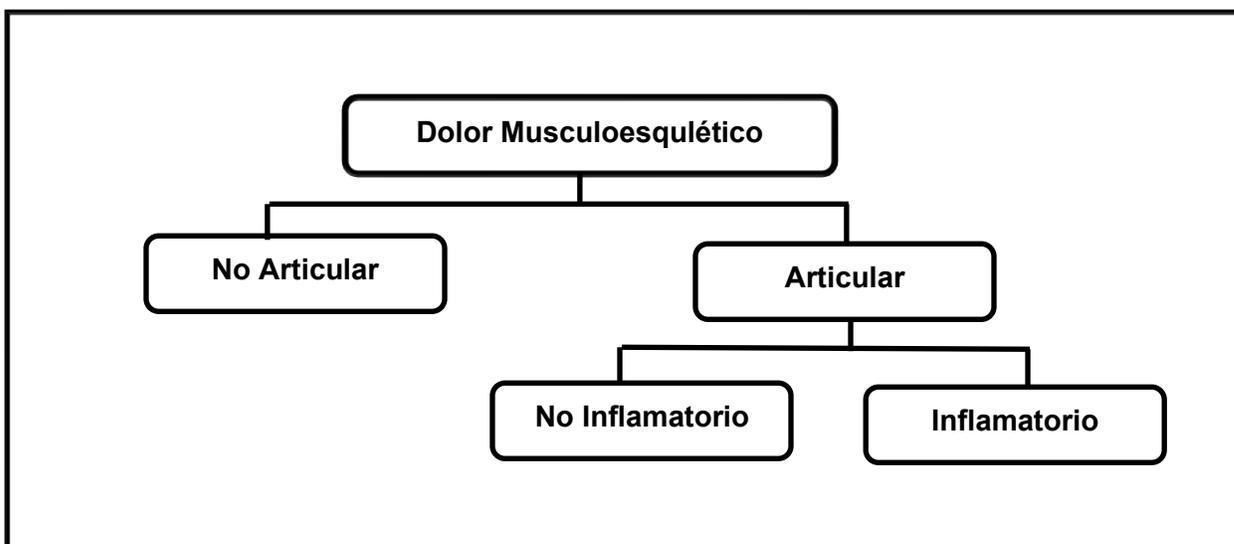


Tabla 1. Diagnóstico diferencial del dolor articular. ¿Inflamatorio o No Inflamatorio?

Características	Inflamatorio	No Inflamatorio
Rigidez Matinal	Horas	Minutos
Dolor	Reposo o noche	Actividad
Debilidad	General y marcada	Localizada
Sensibilidad Local	Siempre presente	a veces presente
Aumento de Volumen	Sinovitis o derrame	óseo o derrame
Eritema o calor local	Común	Inusual
Recuento de leucocitos en líquido sinovial	> 2000 mm ³	< 2000 mm ³

10. CUADRO CLÍNICO (3)

- Realizar un interrogatorio completo, orientado al sistema osteoarticular.
- Diferenciar si el compromiso es articular o periarticular.
- Establecer la duración de los síntomas:
 - ✓ Agudo: duración inferior a 6 semanas. Implica una evaluación urgente por la posibilidad de compromiso infeccioso.
 - ✓ Crónico: duración de más de 6 semanas.
- Antecedentes Personales:
 - ✓ Indagar enfermedades crónicas que afectan la respuesta inmune: Diabetes, cáncer, enfermedades del colágeno, infección por VIH, desnutrición.
 - ✓ Uso de medicamentos inmunosupresores.
 - ✓ Otras condiciones que comprometan las articulaciones: hiperuricemia.
- Antecedentes Familiares:
 - ✓ Espondiloartropatías inflamatorias.
 - ✓ Artrosis de las interfalángicas distales de las manos.
 - ✓ Gota.
- Patrón de compromiso articular:
 - ✓ Intermitente: los episodios inflamatorios se alteran con períodos asintomáticos.
 - ✓ Migratorio: cuando tiende a desaparecer o desaparece la inflamación en una articulación y se afecta otra, y así sucesivamente, sin períodos asintomático.
 - ✓ Aditivo: se van afectando progresivamente más articulaciones sin desaparecer en las que ya están inflamadas.
- Examen Físico:
 - ✓ Inspección.
 - ✓ Palpación.
 - ✓ Movilidad Activa y Pasiva.

LABORATORIO	SOSPECHA CLÍNICA
Velocidad de sedimentación globular (VSG) Proteína C Reactiva (PCR)	Proceso inflamatorio o infeccioso
Bioquímica renal Bioquímica Hepática	Sospecha de enfermedad sistémica
Hemograma	Proceso inflamatorio o infeccioso
Anticuerpos Antiestreptolisinas (ASTO)	Sospecha de fiebre reumática
Ácido úrico	Sospecha de gota
Creatinfosfoquinasa (CPK)	Sospecha de polimialgia reumática

- Otras Pruebas
 - ✓ Radiografía Simple

El médico tratante solicitará este estudio solo en caso de:

- Antecedente de trauma.
- Compromiso sistémico.
- No respuesta al tratamiento.

Los dolores articulares no traumáticos, de curso agudo y corta evolución no requiere examen radiológico.

11. TRATAMIENTO (3)

- Tratamiento no Farmacológico
 - ✓ Información sobre la condición que presenta, tanto al paciente como a los familiares. Actividades de autocuidado, ejercicios y nutrición.
 - ✓ Ofrecer los apoyos de terapia ocupacional y las terapias físicas.
 - ✓ El manejo del sobrepeso con técnicas de ejercicios debe ser constante, al menos tres días por semana, durante al menos 20 o 30 minutos en cada sesión.
 - ✓ Evitar la sobrecarga articular, eliminando fuertes y repetidos impactos sobre las articulaciones dañadas.
- Tratamiento Farmacológico:
 - ✓ Acetaminofén; tabletas de 500 mg, fármaco de primera elección para el control del dolor y solo el fracaso de este fármaco es indicación de iniciar otra terapia.
 - ✓ AINES: También son eficaces en muchos pacientes en los que ha fracasado el Acetaminofén.
 - ✓ Diclofenaco sódico 50 mg tableta cada 8 a 12 horas.
 - ✓ Ibuprofeno 400 mg tableta cada 8 horas.
 - ✓ Naproxeno 250 mg tableta o cápsula cada 8 o 12 horas.

12. CRITERIOS DE REMISIÓN AL ESPECIALISTA

- Urgente
 - ✓ Sospecha de etiología séptica.
 - ✓ Síntomas agudos asociados con afección multisistémica.

- Prioritaria
 - ✓ Artritis monoarticular que requiere estudio de líquido sinovial.
 - ✓ Patología de aparato locomotor con mala evolución a juicio del médico de atención primaria.
- Diferida
 - ✓ Dolor músculo esquelético sin diagnóstico etiológico después de 6 semanas, que no ha cedido con terapia convencional. Dolor músculo esquelético asociado con pérdida de función grave o progresiva.
 - ✓ Estudio inicial de oligoartritis-poliartritis.

13. BIBLIOGRAFIA

1. Mangterola C ALCOT. Revista Chilena de infectología. [Online].; 2014 [cited 2021 Abril 14]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600011#f1.
2. A. VF. Dolor en Múltiples articulaciones. [Online].; 2019 [cited 2021 Noviembre 22]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoesquel%C3%A9tico-y-conectivo/dolor-en-y-alrededor-de-las-articulaciones/dolor-en-m%C3%BAltiples-articulaciones>.
3. M. FM. Fisiopatología del Dolor. [Online].; 1998 [cited 2021 Noviembre 23]. Available from: <http://www.scartd.org/arxius/fisiodolor06.pdf>.

REGISTRO DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Ítem modificado	Descripción

No aplica para este documento por ser la primera versión

Elaboró	Revisó	Aprobó
Comité de calidad Servicios de Salud Unimagdalena 17/01/2022	Yineth Pérez Torres Responsable Mejora Continua Sistema de Gestión COGUI+ Grupo de Gestión de la Calidad 19/01/2022	Jesús Suescún Arregocés Director Bienestar Universitario responsable de Bienestar Universitario 20/01/2022