

The logo for SACA (Sociedad Española de Calidad Asistencial) features the letters 'SACA' in a stylized, blue, sans-serif font. The 'S' and 'A's are connected, and the 'C' and 'A' are also connected, creating a continuous line.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
CALIDAD ASISTENCIAL

# RUTA ASISTENCIAL DE LA ARTROSIS: FUNDAMENTOS





**RUTA ASISTENCIAL DE LA ARTROSIS: FUNDAMENTOS**

© 2014 SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

DEPÓSITO LEGAL: XX

ISBN - XX

ISBN - XX





SACA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
CALIDAD ASISTENCIAL





## Índice

---



# Índice

---

<b>1. Resumen</b> .....	<b>19</b>
<b>2. Introducción</b> .....	<b>23</b>
2.1. Concepto, patogénesis y clínica .....	25
2.2. Factores de riesgo .....	26
2.3. Pruebas complementarias .....	27
2.4. Tratamiento .....	27
2.5. Evaluación .....	29
<b>3. Propósito del estudio</b> .....	<b>31</b>
3.1. Objetivo .....	33
3.2. Metas intermedias .....	33
<b>4. Método</b> .....	<b>35</b>
4.1 Diseño y procedimiento .....	37
4.2 Preguntas .....	37
4.3 Participantes .....	39
<b>5. Análisis de la información y resultados</b> .....	<b>41</b>
5.1. Productividad de la sesión .....	44
5.2. Aspectos a considerar en la ruta asistencial .....	45
5.3. Principales barreras en la ruta asistencial .....	46
5.4. Atributos de calidad de la atención .....	49
<b>7. Anexos</b> .....	<b>51</b>
<b>6. Bibliografía</b> .....	<b>67</b>



## Autores

---



## Autores

---

### DIRECCIÓN

**Emilio Ignacio García**

*Presidente Sociedad Española de Calidad Asistencial.*

**Manel Santiñá**

*Secretario de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*

**José Joaquín Mira**

*Catedrático de la Universidad Miguel Hernández de Elche*

### PARTICIPANTES

**Alba Gurt**

*Médico de familia. PAMEM. Instituto de Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal.*

**Antonio García**

*Catedrático y Jefe del Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario de La Princesa, Universidad Autónoma de Madrid.*

**Ingrid Moller**

*Directora Instituto Poal de Reumatología de Barcelona.*

**Isabel Sañudo**

*Jefe del Servicio de Rehabilitación. Hospital Clínic de Barcelona.*

**Sergio Giménez**

*Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica El Limonar. Distrito Sanitario Málaga. Coordinador de Grupo de Trabajo de Aparato Locomotor de SEMERGEN*

**Jordi Ardévol**

*Traumatólogo. Hospital Asepeyo, Clínica FIATC. Barcelona*

### EQUIPO TÉCNICO

**Isabel María Navarro**

*Profesora de la Universidad Miguel Hernández de Elche.*





## Presentación

---



## Presentación

---

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) editora de este documento técnico, es una organización científica cuyo objetivo principal es favorecer el conocimiento científico e impulsar iniciativas que permitan mejorar la calidad asistencial.

El presente proyecto es fruto del convenio establecido entre SECA y Bioiberica, y cuyos objetivos son Identificar en la ruta asistencial de la artrosis atributos de calidad de la atención, hitos para una mejor información al paciente y mayor coordinación entre niveles, para una atención integral en un entorno más seguro.

El manual presenta una serie de hitos intermedios relacionados con Identificar hitos relevantes de la ruta asistencial de la artrosis, Analizar las principales barreras para una atención integral, Proponer medidas para evaluar la calidad de la atención al paciente con artrosis, Proponer actuaciones para limitar riesgos que afectan a la seguridad del paciente con artrosis, Identificar perfiles diferentes de pacientes que sufren artrosis y Identificar las barreras y dificultades habituales con las que se encuentran los pacientes y que les generan mayor inquietud e inseguridad.

El manual pretende ser una herramienta de apoyo a los profesionales que atienden a estos pacientes, aportando desde una visión multidisciplinar y de continuidad de la asistencia, buenas prácticas, sustentadas en evidencias y consensos profesionales, que permitan la mejora de la calidad asistencial en esta patología.

En primer lugar se valoró de forma global el proceso de atención al paciente de artrosis, identificando hitos relevantes, atributos y momentos clave del proceso. Posteriormente se llevó a cabo una retrospectiva de las fortalezas y debilidades del proceso en atención primaria, especializada, todo ello teniendo en cuenta el punto de vista del paciente con artrosis.

Por último, los profesionales evaluaron y priorizaron de forma individual un conjunto de atributos de calidad del proceso de atención al paciente con artrosis identificados previamente.

En la configuración del grupo de trabajo ha sido importante la colaboración de profesionales expertos en la atención de estos pacientes. De igual manera para el desarrollo metodológico del trabajo se ha contado con miembros de la Sociedad Española de Calidad Asistencial que a su vez tienen una experiencia contrastada en el diseño e implementación de procesos asistenciales y en el manejo de las herramientas de Gestión por Procesos.

Este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración y el patrocinio de Bioiberica, a ellos y a todos los participantes, profesionales y pacientes, queremos expresarles nuestro agradecimiento.

Deseamos y esperamos que este documento contribuya a mejorar la atención de los pacientes con artrosis. Este es el fin último que hemos perseguido.

**Emilio Ignacio García**  
Presidente de SECA



## Resumen

---

PACIENTE CON ARTROSIS



## Resumen Paciente con artrosis

### Objetivo

Identificar en la ruta asistencial de la artrosis atributos de calidad de la atención, hitos para una mejor información al paciente y mayor coordinación entre niveles, para una atención integral en un entorno más seguro.

### Metas intermedias:

Identificar hitos relevantes de la ruta asistencial de la artrosis.

Analizar las principales barreras para una atención integral.

Proponer medidas para evaluar la calidad de la atención al paciente con artrosis.

Proponer actuaciones para limitar riesgos que afectan a la seguridad del paciente con artrosis.

Identificar perfiles diferentes de pacientes que sufren artrosis.

Identificar las barreras y dificultades habituales con las que se encuentran los pacientes y que les generan mayor inquietud e inseguridad.

### Método

Para alcanzar el objetivo y metas del estudio se llevó a cabo un estudio basado en técnicas de investigación cualitativa. En concreto, se condujo un grupo de discusión grupal y se aplicó la técnica Grupo Nominal.

La sesión grupal se llevó a cabo en Barcelona, el día 3 de marzo de 2014. Durante la sesión, se revisó el proceso asistencial de la atención al paciente con artrosis.

Asistieron, presencialmente, en total 4 profesionales sanitarios de las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria, Rehabilitación, Farmacología Clínica y Reumatología.

Posteriormente el documento con los resultados de la sesión, fue revisado por estos profesionales como por otros 2, de las especialidades de Traumatología y Medicina Familiar y Comunitaria que no pudieron asistir a la reunión presencial.

### Preguntas clave

Se planteó una batería de preguntas clave, para conducir la sesión grupal y obtener la información relevante para el objetivo del estudio.

En primer lugar se valoró de forma global el proceso de atención al paciente de artrosis, identificando hitos relevantes, atributos y momentos clave del proceso. Posteriormente se llevó a cabo una retrospectiva de las fortalezas y debilidades del proceso en atención primaria, especializada y desde el punto de vista del paciente con artrosis, destacando los siguientes elementos del proceso:

- Calidad de la atención
- Seguridad del paciente
- Información al paciente
- Participación en decisiones
- Activación del paciente
- Atención integrada

Por último, los profesionales evaluaron y priorizaron de forma individual un conjunto de atributos de calidad del proceso de atención al paciente con artrosis identificados previamente.

Se presenta a continuación un resumen de los principales resultados.

## RESUMEN DE RESULTADOS

Hitos relevantes de la ruta asistencial de la artrosis.

- Derivación desde atención primaria
- Realización de pruebas complementarias
- Coordinación entre especialidades para un abordaje integral y una completa y homogénea información al paciente
- Información clara al paciente sobre su pronóstico para evitar falsas expectativas.

Barreras para una atención integral.

- Carencias de formación en esta patología y su tratamiento en médicos de atención primaria.
- Ineficientes canales de interconsulta desde atención primaria.

Medidas para evaluar la calidad de la atención al paciente con artrosis.

- Manejo de antiinflamatorios, analgésicos y glicosaminoglicanos de acción sintomática lenta en atención primaria.
- Evaluación del riesgo cardiovascular hepático y gastrointestinal en pacientes de mayor edad y en tratamiento con AINEs.
- Evaluación integral del paciente en asistencia especializada.
- Número de interacciones medicamentosas.
- Coordinación entre los distintos especialistas que atienden al mismo paciente.
- Incumplimiento terapéutico: falta de adherencia al tratamiento.

Actuaciones para limitar los riesgos que afectan a la seguridad del paciente con artrosis.

- Disponer de una historia clínica completa y compartida.
- Recomendación de contar con guías homogéneas de atención al paciente con artrosis, puesto que no existe en la actualidad una guía práctica de referencia para los profesionales.
- Realizar un uso adecuado de tratamientos farmacológicos adecuado con la correcta indicación y dosificación.
- Promover la activación del paciente y hacerle participe del proceso terapéutico.

Barreras y dificultades habituales con las que se encuentran los pacientes y que les generan mayor inquietud e inseguridad.

- Actualmente no se facilita al paciente una información adecuada, clara y sencilla sobre la patología, autocuidado, cumplimiento terapéutico y pronóstico al paciente, lo que genera en muchos casos falsas expectativas.



## Introducción

---



# Introducción

## Concepto, patogénesis y clínica

La Artrosis constituye una patología crónica e inflamatoria que afecta a los distintos componentes de la articulación articular .

- **Alteración panarticular:** patología articular degenerativa caracterizada por un proceso de deterioro del cartílago, con reacción proliferativa del hueso subcondral e inflamación de la membrana sinovial (1)
- **Afección crónica:** la artrosis es una enfermedad que podríamos considerar crónica
- **Afección inflamatoria:** la sinovitis está presente en muchas ocasiones durante el desarrollo de la enfermedad, hecho a tener en cuenta a la hora de realizar el tratamiento farmacológico (2-8).

La **patogénesis** actual en la artrosis se ha definido de forma más clara y evidente gracias a los trabajos de investigación incluyendo los avances en las técnicas diagnósticas por imagen.

En una fase inicial la depleción de los proteoglicanos de la matriz condiciona una respuesta hipermetabólica compensadora por parte de los condrocitos. La inflamación de la membrana sinovial que surge posteriormente va a condicionar una rápida evolución en la destrucción de los tejidos articulares que afectara a toda la articulación y de forma cíclica a membrana sinovial, cartílago y hueso subcondral que liberaran una serie de catabolitos que contribuirán a un mayor deterioro articular. El hueso subcondral presenta igualmente una serie de cambios morfológicos que condiciona un balance negativo en el metabolismo de los osteoblastos. Los condrocitos y las células sinoviales de pacientes artrósicos incrementarían los niveles de TNF- $\alpha$ , metaloproteasas, especies reactivas del oxígeno; IL 6, IL 8, PGE-E2 y óxido nítrico, la cascada de liberadores de productos catabólicos surgidos contribuirían aún más al deterioro articular y a la disminución en la síntesis de colágeno provocando una degradación cíclica.

El **dolor** es el síntoma principal de la artrosis; suele acontecer habitualmente entre la cuarta y quinta décadas de la vida y localizado en la articulación afecta. Es un dolor de tipo mecánico (aparece tras el uso articular) y suele desaparecer en reposo. Es característico el dolor tras un período de inactividad importante. No guarda a veces relación con el daño estructural articular y en procesos más avanzados el dolor es continuo y suele aparecer en reposo e incluso de noche. Uno de los orígenes del dolor es la sinovitis, presente en más del 50 % de los pacientes con artrosis de rodilla(9). La artrosis presenta un curso progresivo con exacerbaciones y remisiones del dolor, siendo este de tipo mecánico, Estos episodios suelen ir acompañados de fenómenos inflamatorios, especialmente derrame sinovial en el caso de articulaciones periféricas. Así, pues, la artrosis puede ocasionar dolor de ritmo mecánico, que aparece típicamente al inicio del movimiento, cede posteriormente, reapareciendo si se mantiene la actividad; pero también puede ocasionar dolor inflamatorio que persiste a pesar del reposo y aumenta progresivamente con el movimiento.

Respecto a la **rigidez**, es bastante característica, pues suele ser de corta duración (a diferencia de otras artropatías), limitada a la articulación afecta y acontece tras un período de inactividad. La **limitación de la movilidad e incapacidad funcional** aparecerían en estadios más avanzados de la enfermedad o en episodios transitorios autolimitados o controlados terapéuticamente. Es frecuente la discordancia entre las manifestaciones clínicas de la enfermedad y los hallazgos exploratorios; así, pacientes poco sintomáticos (un gran porcentaje son asintomáticos) pueden padecer una limitación funcional importante, lesiones radiológicas avanzadas y gran deformidad articular, y, al contrario, existen pacientes muy sintomáticos sin lesión estructural (disociación clínicoradiológica). Es necesario decir que la artrosis no presenta manifestaciones sistémicas. Sin embargo la percepción del paciente es que condiciona una interacción importante con el bienestar y un alto deterioro de la calidad de vida

## Factores de riesgo

### No modificables

- **Edad:** Constituye el principal factor de riesgo no modificable.
- **Sexo:** A partir de los 50 años, es mayor en la mujer en una proporción 3 a 1. Con respecto a las localizaciones, la afectación de manos y rodillas es mayor en las mujeres y de caderas en el hombre.
- **Genética:** Algunos estudios recientes han podido determinar genes y polimorfismos genéticos implicados en la susceptibilidad y pronóstico de la artrosis (COMP, CALM1, OPG, CILP, FRZB).
- **Raza:** Menor prevalencia en raza negra y esquimales.
- **Menopausia.** Aumenta claramente en la mujer tras la menopausia, posiblemente debido a la privación de estrógenos (10). La administración de estrógenos en mujeres postmenopáusicas ha logrado disminuir la incidencia de gonartrosis (11).

### Modificables

- **Obesidad:** Se asocia claramente con la localización en rodilla (12) e incluso en manos (13). La causa podría ser exclusivamente mecánica, o por cambios metabólicos ligados a la obesidad, o bien por daño articular y del cartílago en dietas hipercalóricas.
- **Actividad laboral y ocupación.** Profesiones que abusan articularmente condicionan artrosis: artrosis de manos en hilanderas en épocas pasadas y actualmente en manipuladores, en los que las lesiones por esfuerzo repetitivo se manifiestan en el ámbito ocupacional. La artrosis de rodillas en jardineros o albañiles, en los que los traumatismos musculoesqueléticos de repetición en el trabajo son factores desencadenantes.
- **Actividad deportiva intensa.** Por el uso desmedido de la articulación, como ocurre en los deportes competitivos; tales como futbolistas, atletas o bailarines.
- **Densidad mineral ósea:** Una masa ósea reducida puede proteger el cartílago articular. Sin embargo otros estudios lo consideran como factor predisponente.
- **Sarcopenia:** Es una de las causas mayores de envejecimiento. A partir de los 40 años el músculo va perdiendo progresivamente sus fibras rápidas de tipo II, entre un 1-2% anual, disminuyendo la fuerza y el volumen muscular y limitando la capacidad de respuesta funcional.
- **Alteraciones de la alineación articular.** Existe una clara incidencia de artrosis (especialmente en rodillas) en las alteraciones del eje de la pierna como genu varo, valgo, recurvatum, coxa vara o valga.
- **Traumatismos previos y cirugía.** Lesiones previas articulares como fracturas o lesiones de partes blandas y cirugía previa como menisectomía podrían aumentar el riesgo de artrosis.
- **Enfermedades asociadas:** Endocrinas y metabólicas fundamentalmente, como diabetes, acromegalia, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo y hemocromatosis entre otras.

## Pruebas complementarias

### Pruebas de Laboratorio

No existen pruebas de laboratorio específicas para la artrosis. La VSG, el hemograma, bioquímica y orina elemental son normales. El líquido sinovial es viscoso, filante, transparente y con escasa celularidad (con menos de 2.000 células por microlitro).

### Técnicas de Imagen

- **Radiografía:** Proporciona una estimación indirecta de la degeneración del cartílago que se expresa como una disminución del espacio articular, aunque resulta ineficaz para detectar lesiones precoces; sin embargo, constituye una técnica óptima para evaluar la participación del hueso subcondral en la artrosis. La limitación de su uso viene dada porque los signos específicos de deterioro óseo, como la esclerosis o la presencia de quistes u osteofitos, aparecen en fases tardías y progresan lentamente. No debemos olvidar que la radiografía por sí misma no es diagnóstica. Es aconsejable realizarlas bilateralmente para comparar, y en caso de rodillas y caderas, en bipedestación. En los pacientes con artrosis de rodilla y cadera existe una mayor correlación clínico-radiológica que en los pacientes con artrosis de manos y columna (14).
- **Tomografía computarizada:** Ha demostrado su eficacia para evaluar cambios precoces en el hueso trabecular en modelos experimentales de artrosis. Su principal inconveniente estriba en que se trata de una prueba que conlleva una cantidad no despreciable de irradiación ionizante, lo que limita su empleo en estudios secuenciales.
- **Ecografía:** Se trata de una técnica accesible y económica. No presenta secundarismos ni produce radiación y además permite evaluar las lesiones de partes blandas periarticulares (15).
- **Resonancia magnética:** Constituye un método diagnóstico ideal para la evaluación de las enfermedades osteoarticulares, visualizando partes blandas, estado del cartílago articular y del hueso subcondral. Sin embargo es una técnica costosa y poco accesible

## Tratamiento

### Líneas básicas

- No se concibe un tratamiento farmacológico sin medidas no farmacológicas y viceversa
- Los objetivos del tratamiento incluyen el mejorar la calidad de vida disminuyendo los síntomas de la enfermedad, adecuación del tratamiento a las características del paciente y a la co-morbilidad que presente, mejorar la capacidad funcional y evitar el progreso de la enfermedad
- Es importante atender a los factores de riesgo digestivo y cardiovascular que pueda tener el paciente antes de afrontar el tratamiento antiinflamatorio.
- El tratamiento ha de ser integral, actuando sobre los factores de riesgo modificables inicialmente, hasta la reincorporación del paciente a sus actividades habituales.
- Finalmente cabe indicar que el tratamiento ha de ser multidisciplinar, implicando a médicos de familia, reumatólogos, traumatólogos, rehabilitadores, terapeutas ocupacionales, enfermeros, fisioterapeutas y farmacéuticos

## Fármacos

**Paracetamol:** Analgésico y antipirético. Inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC y bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura. Indicaciones: Dolor leve asociado a artrosis, como tratamiento prolongado y sin existencia de sinovitis.

**AINEs:** fármacos que poseen una acción triple: analgésica, antiinflamatoria y antipirética. Su mecanismo de acción principal es la inhibición de la ciclooxigenasa que inhibe a su vez la síntesis de prostaglandinas, responsable del dolor, inflamación y vasodilatación. Existen dos formas de COX. La COX-1, responsable de mantener la homeostasis del medio interno, de la integridad renal y gástrica y la COX-2 que se encuentra en el lugar de la inflamación, por lo que se han sintetizado moléculas que inhiben selectivamente la COX-2, para en teoría mantener la integridad renal y digestiva. Estos fármacos presentan buena absorción vía oral, se metabolizan en el hígado, eliminándose por riñón. Presentan techo analgésico. No están exentos de efectos adversos graves, especialmente a nivel gastrointestinal, cardiovascular, renal y/o hepático (16).

**Fármacos de acción sintomática lenta:** Entre ellos se encuentran el Condroitín Sulfato y el Sulfato de Glucosamina. Se comportan de forma analgésica en artrosis de rodilla y cadera. Presentan un efecto más lento que los AINE, pero este efecto permanece durante más tiempo, incluso si se suspende la administración durante varios meses (efecto carry over o remanente). Además, se trata de productos que forman parte de la matriz del cartílago, son seguros y tienen una baja relación coste / efectividad (17). Aparte de su acción analgésica, se ha postulado su acción como fármacos modificadores del curso de la artrosis, atribuyéndoles la capacidad de prevenir, retrasar, y/o estabilizar las lesiones de hueso y cartílago (18-24). Algunos estudios también han evidenciado que su uso prolongado puede prevenir o retrasar la necesidad de prótesis (25-27). El mecanismo de acción difiere de uno a otro:

El *condroitín sulfato* actúa de forma antiinflamatoria a nivel de los componentes de inflamación de tipo celular y a la vez activa la síntesis de proteoglicanos y ácido hialurónico disminuyendo la actividad catabólica condrocítica. Igualmente ejerce un efecto positivo sobre el desequilibrio producido a nivel del hueso subcondral con artrosis. El *sulfato de glucosamina* estimula la síntesis de proteoglicanos en los cartílagos articulares y posee una actividad antiinflamatoria ciclooxigenasa independiente, inhibiendo enzimas destructores del cartílago. Se ha constatado que ambos compuestos ejercen un efecto sinérgico cuando se administran conjuntamente. (28-29)

**Opioides:** Los opioides son analgésicos con mecanismo de acción central. Poseen actividad selectiva sobre los receptores opioides del SNC, periférico y de las células presentes en las reacciones inmunitarias e inflamatorias. El uso de opioides en la artrosis está indicado en pacientes no candidatos a cirugía que presentan dolor moderado o grave, y que no han respondido a otros fármacos no opioides.

## Prevención, Protección articular, Equilibrio nutricional y Ejercicio

La mejor prevención es demorar la aparición o progresión de la artrosis con equilibrio nutricional y ejercicio, evitando en lo posible, los factores de riesgo como la sobrecarga articular, el sobrepeso y la obesidad.

A nivel nutricional se estudia cómo podrían afectar en la artrosis los niveles de vitaminas, minerales y ácidos grasos omega-3 en relación con el aumento de la síntesis de colágeno y reducción de la inflamación. La vitamina C estimula la producción de colágeno, la vitamina D estimula la síntesis de proteoglicanos y la vitamina E mejora la protección de la matriz del cartílago por el aumento de crecimiento de los condrocitos. El selenio, el zinc y el cobre y el manganeso, así como los ácidos grasos poliinsaturados, parecen estar implicados también, en los procesos de elaboración del colágeno y en la reducción de la inflamación del cartílago.

Según la Sociedad Internacional de Investigación en Artrosis (OARSI), la sobrecarga articular y el sobrepeso afectan de forma acusada a las articulaciones. Solo con un incremento de 2 unidades en el índice de masa corporal puede aumentar el riesgo de artrosis de rodilla en un 36%. Hay estudios que confirman que la reducción del peso disminuye los dolores articulares de la artrosis de rodilla. La capacidad de remodelación de la matriz extracelular del cartílago, así como la masa y fuerza muscular disminuyen con la edad. Por ello el ejercicio terapéutico, la actividad física moderada y los tratamientos de protección tisular, son también medidas preventivas y terapéuticas a considerar en el control de la artrosis, sobre todo para las articulaciones que soportan carga. El ejercicio aeróbico y el ejercicio de fuerza han demostrado su validez para prolongar la autonomía y mejorar la calidad de vida, en estudios clínicos sobre pacientes con artrosis de rodilla(30).

### **Programas de ejercicio aeróbico y ejercicio de fuerza**

La combinación de ejercicio aeróbico y entrenamiento de fuerza es el método más asequible para realizar de forma supervisada o domiciliaria y se recomienda por tiempo mínimo de tres meses, asociado a los tratamientos de protección tisular. El ejercicio aeróbico o cardiovascular consiste en actividad física programada 5 días a la semana a base de ejercicio en suspensión o bajo impacto como caminata, bicicleta estática o elíptica. Se realiza durante 30-40 minutos por sesión, a una intensidad del 50% a 70% de la frecuencia cardíaca basal. El ejercicio de fuerza consta 2 series de 12 repeticiones de ejercicios de fuerza, estableciendo un circuito sobre los grupos musculares a entrenar y un calentamiento previo. Se realiza 3 días a la semana y se aumenta la fuerza progresivamente con pesas.

## **EVOLUCIÓN**

El seguimiento básico del paciente con artrosis, comprende:

- Evaluación de la respuesta al tratamiento: mediante escalas de valoración de dolor y de la función (EVA, WOMAC).
- Evaluación de los efectos sarcopénicos del envejecimiento y de la disminución o falta de actividad física. (IPAQ, TEGNER).
- Evaluación de la adhesión a la medicación.
- Evaluación de los efectos secundarios del tratamiento farmacológico.
- Evaluación de la adherencia a las medidas de autocuidado y al tratamiento de rehabilitación o recuperación funcional.
- Grado de satisfacción del paciente en relación al efecto de la recuperación funcional.
- Grado de satisfacción del paciente en relación al efecto del medicamento.

La cadencia de la visita al médico vendrá determinada por la falta de respuesta al tratamiento indicado o la gravedad previa de la artrosis.

En relación al pronóstico de la enfermedad, existen una serie de factores influyentes que configurarían un mal pronóstico:

- Diagnóstico tardío.
- Permanencia latente de los factores de riesgo: obesidad, actividad laboral específica.

- Poliartrosis o artrosis generalizada.
- Artrosis en edad joven.
- Artrosis erosivas o rápidamente progresivas.
- Lesiones traumáticas articulares previas o dismorfias.
- Patología de base existente o artrosis secundaria.
- Escasa o mala adhesión al tratamiento (farmacológico y no farmacológico).

El conocimiento de los factores genéticos implicados en la aparición y desarrollo de la artrosis puede permitir tipificar y controlar subgrupos de individuos de mayor riesgo en fases precoces. En la población española, se ha trabajado a través de un análisis de la saliva, en la identificación de polimorfismos genéticos involucrados en la progresión de la artrosis de rodilla para determinar nuevas dianas terapéuticas y poder establecer una medicina personalizada en la prevención y el tratamiento de la artrosis (Arthrotest).



## Propósito del estudio

---



## Propósito del estudio

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), mediante una colaboración no condicionada de Bioibérica ha liderado este estudio que cuenta con la participación de expertos del Sistema Nacional de Salud, para analizar la situación actual de la calidad en la atención a pacientes con artrosis y avanzar hacia la elaboración de propuestas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención sanitaria que reciben dichos pacientes en nuestro país. Este informe recoge una primera aproximación para la mejora del proceso de atención al paciente con artrosis.

### Objetivo

Identificar en la ruta asistencial de la artrosis atributos de calidad de la atención, hitos para una mejor información al paciente y mayor coordinación entre niveles para una atención integral en un entorno más seguro.

### Metas intermedias

- Identificar hitos relevantes de la ruta asistencial de la artrosis.
- Analizar las principales barreras para una atención integral.
- Proponer medidas para evaluar la calidad de la atención al paciente con artrosis.
- Proponer actuaciones para limitar riesgos que afectan a la seguridad del paciente con artrosis.
- Identificar perfiles diferentes de pacientes que sufren artrosis.
- Identificar las barreras y dificultades habituales con las que se encuentran los pacientes y que les generan mayor inquietud e inseguridad.



## Método

---



## Método

En el área de la investigación sanitaria (31), la investigación cualitativa se ha aplicado para identificar posibles pautas de acción que guíen la planificación sanitaria, determinen prioridades o sirvan para analizar diferentes perspectivas y experiencias. Para dar respuesta a los objetivos planteados en este estudio, se recurrió a una metodología basada en técnicas de investigación cualitativa, en concreto se aplicó la técnica conocida como Grupo Nominal (32-33).

El grupo nominal combina las ventajas del trabajo individual con la riqueza de la discusión en grupo, evitando las presiones que éste puede ejercer sobre los sujetos, de forma que los participantes pueden manifestar sus opiniones libremente, sin sesgar las temáticas que se abordan una vez iniciado el debate. Los sujetos plasman, primero, sus ideas de manera individual e independiente sobre cartulinas y, seguidamente, se presentan al grupo de forma no vinculada a la persona que la genera para discutir las abiertamente.

No obstante, como resulta habitual en este tipo de enfoques metodológicos, se han introducido cambios menores para adaptarse a las circunstancias del estudio. Para el correcto desarrollo del estudio, se utilizó apoyo informático mediante un sistema automatizado y anonimizado para la asignación de ponderaciones, lo que permitió la codificación y valoración jerarquizada de las ideas y propuestas de las participantes, discutidas previamente en un panel (mapa cognitivo).

## Diseño y procedimiento

Para iniciar la técnica e introducir al grupo de participantes en la sesión de trabajo, se formuló una introducción explicativa del propósito de la reunión y una breve descripción de las normas de funcionamiento del debate. Se especificó el tiempo previsible que llevaría toda la sesión y se pidió permiso para grabar las sesiones mediante grabadoras digitales, con la salvaguarda del compromiso de no identificar a la persona que hablaba en cada momento. De este modo quedó garantizado el anonimato y la confidencialidad del material grabado.

Para aplicar la técnica, se dispuso de una sala perfectamente acondicionada para el evento, en el Gallery Hotel de Barcelona el día 3 de marzo de 2014 de 10:00 a 14:30h.

Se plantearon un total de 5 preguntas clave. Las preguntas fueron elaboradas por consenso a partir de la experiencia y de la revisión realizada del tema en estudio entre los responsables de SECA y el grupo de investigación Calité de la Universidad Miguel Hernández.

Todas las preguntas, fueron presentadas de forma secuencial, recogiendo en primer lugar las aportaciones individuales de los participantes en cada una de ellas y posteriormente generando debate al exponer otras preguntas que obedecían a un guión previamente establecido. En todas las preguntas el moderador centró el debate en elementos del proceso relacionados con la calidad, la seguridad, la información, la participación en las decisiones, la activación del paciente y sobre la atención integral del paciente con artrosis.

## Preguntas

**1.** Visión global del proceso de atención al paciente con artrosis. Con esta pregunta se perseguía que los participantes identificaran los hitos más relevantes del proceso, atributos de calidad y momentos clave del proceso. Tras una pequeña introducción sobre la temática, el moderador solicitó a los participantes que completaran de forma individual una tabla, diseñada para este objetivo, el conjunto de hitos, atributos de calidad y momento clave del proceso que identificaban.

**2. Fortalezas y debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis.** A través de esta pregunta, los participantes manifestaron a partir de su experiencia clínica lo más destacable en sentido positivo y negativo del proceso global de atención al paciente con artrosis, haciendo especial hincapié en las principales barreras del proceso para una atención más integral del paciente con artrosis. Del mismo modo que en la primera pregunta, se facilitó a los participantes una tabla de doble entrada para que expresaran las fortalezas y debilidades, que en su opinión, tiene actualmente el proceso de atención al paciente con artrosis. Estas ideas fueron comentadas y discutidas por el grupo.

**3. Fortalezas y debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis en atención primaria.** El propósito de esta pregunta era conocer los aspectos más sobresalientes del proceso desde atención primaria. Los participantes dispusieron de cartulinas A4 para plasmar sus ideas de forma individual. Adicionalmente, el moderador introdujo una serie de preguntas racimo acerca del perfil del paciente con artrosis, comorbilidad, pruebas diagnósticas y complementarias, recomendaciones del médico de familia, el rol de enfermería en el proceso y uso de guía práctica, para conseguir identificar el máximo número de elementos relevantes del proceso. La totalidad de las cartulinas fue expuesta en un panel para que los participantes las discutieran y reelaboraran para finalmente, a través de un sistema automatizado, priorizaran su importancia en una escala de 1 a 5.

**4. Fortalezas y debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis en atención especializada.** En este caso, los participantes identificaron los aspectos más notables del proceso en atención especializada. De nuevo, los participantes utilizaron cartulinas A4 para expresar, en su opinión y de forma individual, las fortalezas y debilidades del proceso desde atención especializada. El moderador lanzó diversas preguntas para animar el debate y explorar elementos que no surgieran de forma automática. En concreto el moderador formuló preguntas sobre el perfil del paciente que acude a atención especializada y perfiles de los profesionales que intervienen, comorbilidad, pruebas diagnósticas y complementarias, recomendaciones de los distintos especialistas, tratamiento quirúrgico alternativo, uso de guía práctica, control del dolor, rol de enfermería, rol de fisioterapia, rehabilitación en casa, adecuación de la vivienda, integración asistencial y evaluación del resultado del tratamiento. Una vez las ideas fueron expuestas en el panel y discutidas en el grupo, los participantes priorizaron la importancia de las mismas, en una escala de 1 a 5.

**5. Fortalezas y debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis desde el punto de vista del paciente con artrosis.** Por último, se indagaron las barreras y dificultades que encuentran los pacientes con artrosis cuando comienza y durante el proceso de atención. Para dar respuesta a esta pregunta, los participantes utilizaron una vez más cartulinas para expresar sus opiniones de forma individual. Adicionalmente, el moderador examinó, formulando preguntas racimo y generando debate, aspectos relacionados con el tipo de información que se les facilita a los pacientes con artrosis y la que ellos demandan, cómo buscan información, diferente sintomatología, tratamientos, barreras, cuellos de botella o limitaciones de la organización sanitaria, alertas, participación en ensayos, seguridad, alternativas y trucos que utilizan los pacientes. Al finalizar la generación de ideas y tras visualizarlas y debatirlas de forma conjunta en el panel, los participantes valoraron estas ideas de 1 a 5 en función de su importancia o prioridad en el proceso.

En el anexo I puede consultarse una tabla resumen donde se especifican las preguntas clave y racimo realizadas durante la sesión. Adicionalmente, los participantes evaluaron la importancia, en escala



de 1 a 5 puntos, de una serie de atributos de calidad del proceso. Estos atributos fueron identificados previamente y se muestran en el siguiente listado.

- Criterios de identificación y derivación desde atención primaria
- Prevención, diagnóstico precoz en artrosis
- Información sobre la artrosis que posee el paciente
- Demoras para pruebas diagnósticas
- Variabilidad en la práctica clínica
- Participación del paciente en decisiones
- Relación médico atención especializada-paciente
- Rol de enfermería atención primaria en artrosis
- Activación del paciente
- Manejo de antiinflamatorios, analgésicos y glicosaminoglicanos de acción sintomática lenta en atención primaria
- Manejo de antiinflamatorios, analgésicos y glicosaminoglicanos de acción sintomática lenta por el paciente
- Efectividad de las alternativas terapéuticas
- Pobre adhesión al tratamiento
- Expectativas del paciente sobre la efectividad del tratamiento
- Coordinación entre niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada)
- Coordinación entre profesionales de un mismo nivel asistencial
- Uso de guías de práctica clínica

## Participantes

La elección de los participantes resulta crucial para el propósito de este estudio. En este caso se ha trabajado con un grupo de profesionales constituido por informantes clave, seleccionados por consenso teniendo en cuenta su amplia experiencia con el propósito del estudio. Los informantes fueron profesionales sanitarios de especialidades en Medicina Familiar y Comunitaria, Rehabilitación, Farmacología Clínica, Traumatología y Reumatología que aceptaron participar en el estudio.



## **Análisis de la información y resultados**

---



## Análisis de la información y resultados

Se muestra a continuación el listado de propuestas e ideas que han surgido en el grupo de trabajo por cada una de las preguntas planteadas.

Primero, se muestra información sobre la productividad de la sesión. En este sentido, se muestra un resumen de las ideas, totales y diferentes, que se generaron por participante y pregunta. Posteriormente, se presenta a través de tablas y figuras las propuestas o ideas que se obtuvieron durante la sesión para cada una de las preguntas, a modo de elementos o aspectos prioritarios a destacar en la ruta asistencial en primer lugar, posteriormente como principales barreras o dificultades que se deben mejorar/solucionar para una mejor atención al paciente y finalmente aquellos atributos de calidad que hay que llevar a la práctica, según los participantes.

Las medidas utilizadas en el análisis de la información y significado de las mismas se pueden consultar en este listado:

**Espontaneidad:** veces que una misma idea es recomendada espontáneamente por diferentes expertos.

**Intensidad de la propuesta o idea:** puntuación media, en escala de 1 a 5, obtenida al priorizar cada una de las recomendaciones o ideas surgidas durante la sesión. A mayor puntuación media, la propuesta o idea es más intensa o prioritaria.

**Grado de acuerdo:** puntuación en el coeficiente de variación obtenido al priorizar cada una de las recomendaciones o ideas surgidas durante la sesión. El coeficiente de variación mide la variabilidad de las respuestas entre los participantes de cada uno de las ideas aportadas. A menor valor del coeficiente de variabilidad mayor homogeneidad entre los valores otorgados por los participantes a la idea propuesta.

Los resultados se presentan ordenados de mayor a menor puntuación en función de la intensidad de la recomendación y grado de acuerdo, en el caso de haber sido priorizadas o de la espontaneidad, en el caso de no haber sido priorizadas. Cabe matizar que aunque se presentan datos numéricos, dichos valores se corresponden con una escala ordinal, y los resultados deben interpretarse en este sentido y no atender a la magnitud del dato.

## Productividad de la sesión

El número de ideas totales generadas durante la sesión fue de 170, de las cuales 128 resultaron ser diferentes.

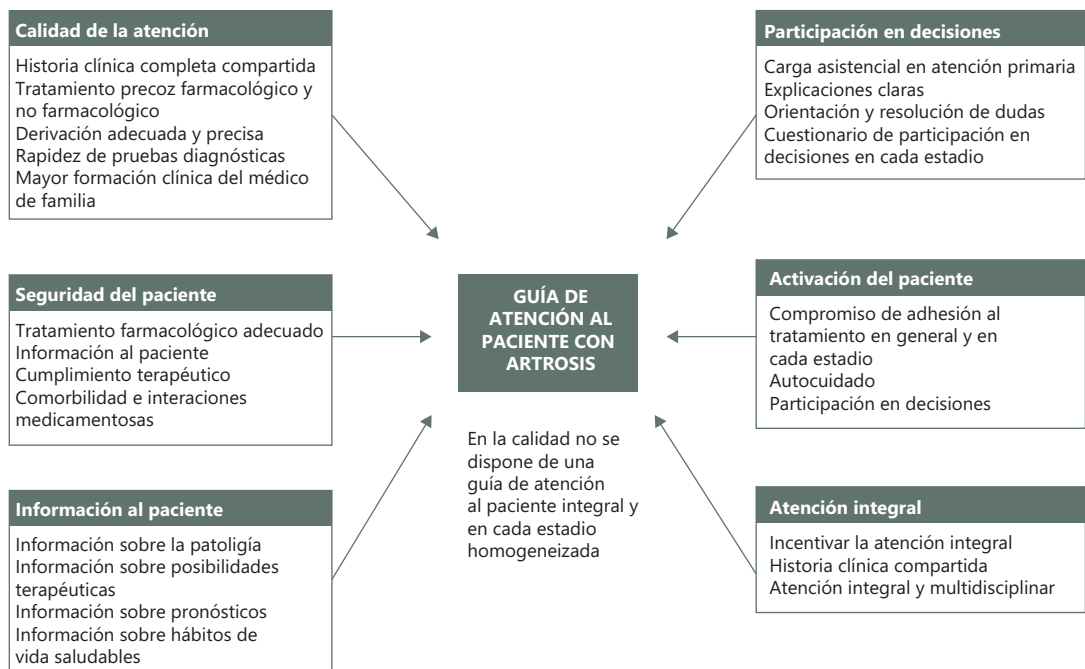
Tabla 1. Número de ideas generales y diferentes propuestas por cada uno de los temas planteados

TEMAS	ASISTENTES	IDEAS TOTALES	IDEAS DIFERENTES
Visión global del proceso de atención al paciente con artrosis	4	47	26
Fortalezas y debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis	4	63	50
Fortalezas y debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis en atención primaria	4	26	21
Fortalezas y debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis en atención especializada	4	17	16
Fortalezas y debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis desde el punto de vista del paciente	4	17	15
	<b>TOTAL</b>	<b>170</b>	<b>128</b>

## Aspectos a considerar para el diseño de la ruta asistencial del paciente con artrosis identificados durante la sesión

La Figura 1 representa un esquema de los hitos, atributos y momentos clave del proceso de atención al paciente con artrosis que los participantes identificaron. En el ANEXO II, puede consultarse una breve descripción de cada una de estas ideas y el número de veces que surgió de forma independiente (espontaneidad). En concreto, los participantes pusieron de manifiesto en primer lugar la necesidad de contar con guías de atención al paciente con artrosis homogéneas, puesto que no existe en la actualidad una guía práctica de referencia para los profesionales. Esta idea surgió en cada una de las dimensiones analizadas, calidad, seguridad, información, participación en decisiones, activación del paciente y atención integral. En segundo lugar, resaltaron la necesidad de disponer de una historia clínica completa y compartida para facilitar la atención integral al paciente y poder realizar un correcto diagnóstico y facilitar la fase de tratamiento y seguimiento. La información que se proporciona al paciente fue un elemento muy destacado que surgió en cada una de las dimensiones analizadas. Los participantes hicieron notar que actualmente no se facilita la información adecuada, clara y sencilla sobre la patología, autocuidado, cumplimiento terapéutico y pronóstico lo que lleva al paciente a crearse falsas expectativas sobre su evolución, no responsabilizarse de su salud, ni participar en las decisiones, no cumplir el tratamiento o reducir su seguridad. En este sentido, también se puso de manifiesto el uso de tratamientos farmacológicos no adecuados por inadecuada indicación o por inadecuada dosificación.

Figura 1. Representación de los aspectos a considerar en el diseño de la ruta de atención al paciente con artrosis



## **Principales barreras a considerar en el diseño de la ruta asistencial del paciente con artrosis identificadas durante la sesión**

Pese a que son múltiples las fortalezas que los asistentes identificaron durante la sesión y que pueden consultarse en los ANEXOS III y IV, también son múltiples las barreras y dificultades con las que profesionales y pacientes se encuentran cuando se inicia y se viaja por la ruta asistencial de la artrosis en sus diferentes etapas. Las principales barreras en la ruta que los participantes identificaron durante la sesión se muestran en la Tabla II. La tabla muestra la información cualitativa exclusivamente, ordenadas las ideas según se comenta en la metodología. Para consultar la magnitud de los resultados puede consultarse el ANEXO IV, dónde se indica la espontaneidad, intensidad de la propuesta o idea y el grado de acuerdo entre los participantes.

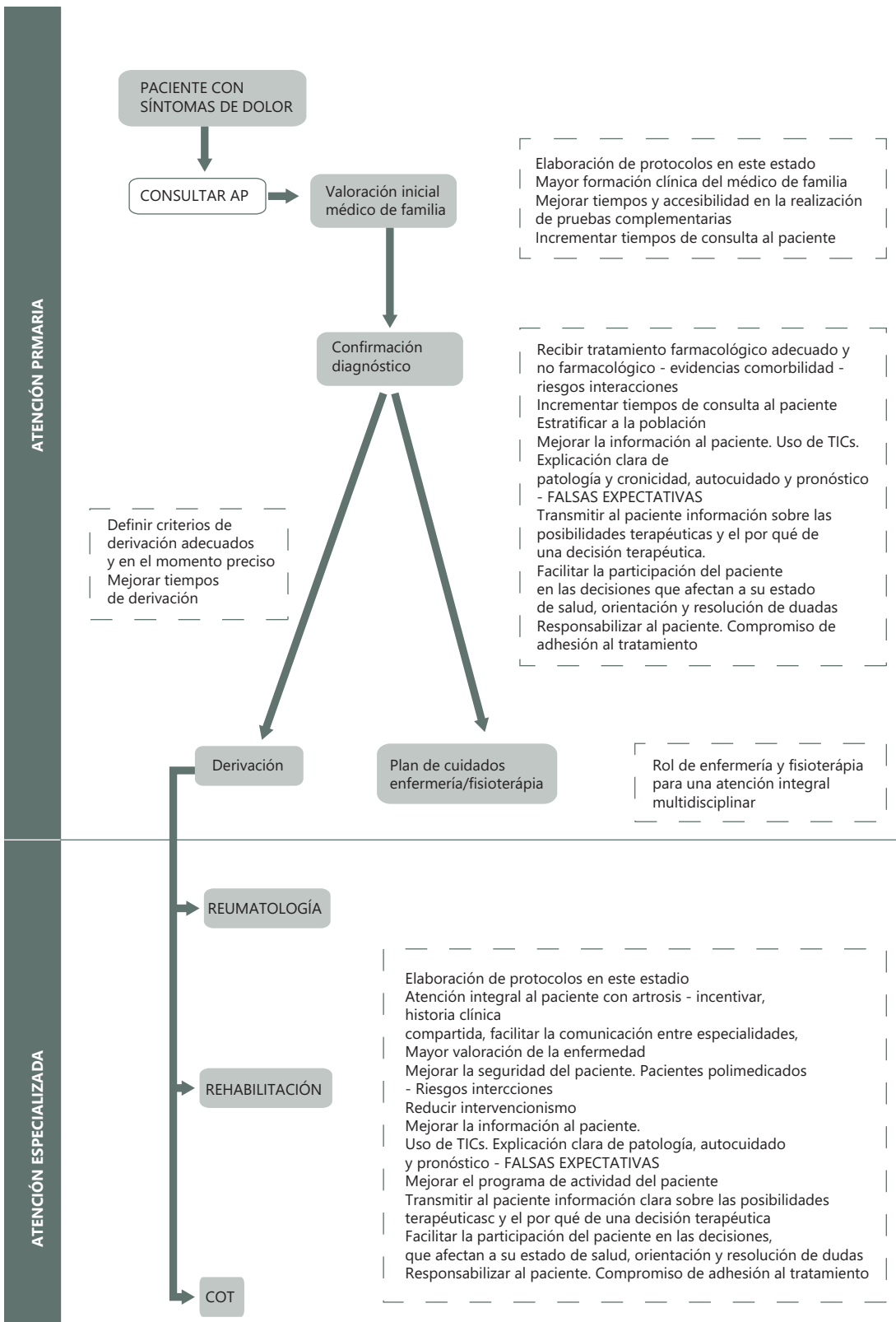
En la Figura II, se representan y pueden identificarse dichas barreras en los momentos clave de la ruta. Adicionalmente, se han incluido otras propuestas que surgieron durante la sesión y al realizar la retrospectiva de debilidades y fortalezas del proceso de atención al paciente con artrosis de manera global.



Tabla II. Principales debilidades identificadas en Atención Primaria, Atención Especializada y desde el punto de vista del paciente con artrosis.

NIVEL ASISTENCIAL	BARRERAS IDENTIFICADAS
Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de protocolos</li> <li>Ausencia de criterios de estratificación</li> <li>Variabilidad en los criterios de derivación</li> <li>Percepción del paciente de que es una enfermedad no tratable</li> <li>Riesgos de interacciones medicamentosas</li> <li>Atención no integrada entre niveles</li> <li>Información escasa o contradictoria al paciente</li> <li>Uso indiscriminado de AINE (Antiinflamatorio no esteroideo)</li> <li>Información reducida sobre hábitos saludables</li> <li>Falta de tiempo en consulta</li> <li>Uso inadecuado de la medicación</li> <li>Necesidades de formación de los profesionales de primaria</li> </ul>
Atención Especializada	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se emplean protocolos, variabilidad en los criterios</li> <li>Escasa valoración integral del paciente</li> <li>Desinterés por la patología entre los especialistas</li> <li>Necesidad de mejorar la información al paciente (actualmente escasa y diferente)</li> <li>Mejorar el programa de actividad del paciente</li> <li>Pobre integración entre especialidades que atienden a un mismo paciente</li> <li>Dificultades de comunicación entre especialistas</li> <li>Mejorar la seguridad del paciente</li> <li>Excesivo intervencionismo</li> </ul>
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decepción por la oferta de tratamiento y cronicidad</li> <li>Falsas expectativas sobre tratamiento y resultados</li> <li>Déficit en calidad de vida</li> <li>No conocer cómo va a acabar el proceso (pronóstico)</li> <li>Discrepancia en las orientaciones que recibe</li> <li>Enfermedad crónica que va conociendo poco a poco sin información clara</li> <li>Limitaciones en el acceso a pruebas complementarias</li> <li>Tratamiento que no resuelve dolor o añade funcionalidad</li> </ul>

Figura 11. Principales barreras identificadas en la ruta asistencial de paciente con artrosis



## Atributos de calidad de la atención al paciente con artrosis

En la Tabla III se muestra el resultado de la priorización de los atributos de calidad, previamente identificados, que los participantes realizaron. Como se observa, los elementos más prioritarios sobre los que hay que actuar, según los participantes, es el manejo de antiinflamatorios y analgésicos, la relación médico-paciente, el incumplimiento terapéutico y expectativas del paciente sobre la efectividad del tratamiento. Estas valoraciones coinciden con las ideas propuestas y debatidas durante la sesión y que se recogen a lo largo de todo el documento.

Atributo de calidad	Media	CV
Manejo antiinflamatorios, analgésicos y glicosaminoglicanos de acción sintomática lenta en Atención Primaria	3,50	0,37
Relación médico Atención Especializada-paciente	3,50	0,29
Incumplimiento terapéutico	3,25	0,29
Expectativas paciente sobre efectividad tratamiento	3,00	0,00
Efectividad alternativas terapéuticas	3,00	0,27
Coordinación entre profesionales de un mismo nivel asistencial	2,75	0,35
Información sobre artrosis que posee el paciente	2,50	0,23
Variabilidad en la práctica clínica	2,50	0,23
Participación paciente en decisiones	2,50	0,23
Criterios identificación y derivación Atención Primaria	2,50	0,23
Activación del paciente	2,50	0,23
Demoras para pruebas diagnósticas	2,25	0,43
Uso de guía de práctica	2,00	0,41
Manejo antiinflamatorios, analgésicos y glicosaminoglicanos de acción sintomática lenta por el paciente	2,00	0,41
Coordinación entre niveles asistenciales( Atención Primaria y Atención Especializada)	2,00	0,71
Prevención, diagnóstico precoz artrosis	1,75	0,29
Rol en fermería Atención Primaria en artrosis	1,75	0,29



## Anexos

---



## ANEXO I.

### PREGUNTAS REALIZADAS A LOS PARTICIPANTES DURANTE LA SESIÓN

PREGUNTA CLAVE	PREGUNTAS RACIMO
<b>Visión global del proceso de atención al paciente con artrosis</b>	Hitos más relevantes Atributos clave del proceso Momentos clave del proceso
<b>Fortalezas y debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis</b>	Fortalezas y debilidades en calidad, información, seguridad, participación, activación y atención integral
<b>Fortalezas y debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis en atención primaria</b>	Perfiles habituales de los pacientes ¿Cómo llega a Atención Primaria? ¿Con qué sintomatología, información y situación personal? ¿Qué limitaciones personal, laborales, familiares, de vida y ocio tienen? Evaluación comorbilidad Evaluación funcional, dolor, calidad vida Actividades para prevenir artrosis, diagnóstico precoz ¿Qué recomienda médico Atención Primaria? Tratamiento farmacológico, recomendaciones de actividad física. Manejo antiinflamatorios, analgésicos y glicosaminoglicanos de acción sintomática lenta en primaria Pruebas diagnóstico, criterios derivación y lista espera Pruebas complementarias habituales no justificadas Rol enfermería, información, autocuidado, recomendaciones actividad Uso guía práctica, adecuación ruta asistencial Educación sanitaria, ejercicios para realizar en casa

**Fortalezas y debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis en atención especializada**

Perfiles habituales de los pacientes  
 ¿Cómo llega a Atención Especializada? ¿Con qué sintomatología, información, situación personal?  
 Número visitas médico Atención Primaria antes llegar Atención Especializada.  
 ¿Qué limitaciones personal, laborales, familiares, vida y ocio tienen?  
 Evaluación comorbilidad  
 Evaluación funcional, dolor, calidad vida  
 Perfiles profesionales que intervienen (reumatólogo, rehabilitador, cirujano) ¿cuándo intervienen? ¿con qué información al paciente?  
 ¿Qué recomienda médico Atención Especializada? Tratamiento farmacológico, recomendaciones de actividad física.  
 Participación y activación paciente  
 Pruebas diagnóstico, lista espera  
 Pruebas complementarias habituales no justificadas

Tratamiento quirúrgico alternativo, preparación alta  
 Uso guía práctica, adecuación ruta asistencial  
 Educación sanitaria, ejercicios para realizar en casa  
 Paciente en rehabilitación, calidad y seguridad  
 Rehabilitación domiciliaria  
 Rol fisioterapeuta, calidad y seguridad  
 Control del dolor, manejo antiinflamatorios, analgésicos y glicosaminoglicanos de acción sintomática lenta por el paciente  
 Adecuación de la vivienda  
 Integración asistencia entre niveles y perfiles profesionales  
 Uso compartido historia digital  
 Evaluación resultado tratamiento, percepción paciente  
 coordinación asistencia



**Fortalezas y debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis desde el punto de vista del paciente**

¿Información escrita u oral habitual?  
¿Qué otra sintomatología presentan y en qué momento del desarrollo de la enfermedad?  
Tratamiento: precauciones, limitaciones, errores frecuentes de los pacientes  
¿Cuáles son las principales barreras, cuellos botella o limitaciones de la organización sanitaria que deben afrontar los pacientes?  
¿Cuáles son las principales barreras, cuellos botella o limitaciones de la organización sanitaria que deben afrontar los profesionales?  
Signos de alerta que deben conocer los pacientes con respecto al tratamiento o la evolución de la artrosis  
En qué deben fijarse para saber si mejoran o empeoran  
Tratamiento/s – participación en ensayos  
Cómo buscan información los pacientes sobre lo que les ocurre  
¿Qué les genera a los pacientes mayor seguridad? ¿y mayor inseguridad?  
¿Qué alternativas buscan los pacientes a lo largo del proceso? (naturales, externas, etc.)  
¿Qué trucos ponen en marcha los pacientes para afrontar la artrosis?  
¿Qué hacen habitualmente que no deben hacer?  
Cuando el que sufre la enfermedad es un médico, ¿cuál es la diferencia, si la hay, respecto de lo que se ha hablado durante la sesión?



## ANEXO II.

### Principales aspectos a considerar en la ruta asistencial del paciente con artrosis. Hitos, atributos de calidad y momentos clave del proceso.

Dimensión	Idea	Espontaneidad	
<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Guía de atención al paciente en cada estadio	No existe una guía o protocolo de atención al paciente con artrosis, lo que incrementa el riesgo para el paciente	1
	Tratamiento farmacológico adecuado	Existen evidencias sobre la mayor eficacia y seguridad de otros medicamentos diferentes a los AINE u opioides, como son los glicosaminoglicanos de acción sintomática lenta pese a esto se prescriben de forma secundaria y errática.	2
	Información al paciente	No se proporciona información completa, adecuada y homogénea al paciente de artrosis sobre qué puede hacer, qué debe hacer o qué debe evitar para garantizar su seguridad.	2
	Cumplimiento terapéutico	No se traslada al paciente de forma eficiente la importancia del cumplimiento terapéutico y la dosificación de la medicación	2
	Comorbilidad e interacciones medicamentosas	Cuando el paciente presenta otras patologías, existe un mayor riesgo de que se produzcan interacciones medicamentosas	1
	Atención integral y multidisciplinar	Papel relevante de fisioterapia y de enfermería	2

<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE</b>	Guía de atención al paciente en cada estadio	No se tienen guías de atención al paciente con artrosis homogeneizadas en general y en cada estadio, por lo que la información que se trasmite es heterogénea.	2
	Información sobre la patología	Facilitar información homogénea al paciente sobre la patología en general.	1
	Información sobre posibilidades terapéuticas	Muchos médicos transmiten al paciente, erróneamente que la artrosis es un problema inherente a la edad y se limitan a prescribir paracetamol.	2
	Información sobre pronóstico	Falsas expectativas en cuanto a la evolución de la enfermedad. Cronicidad	2
	Información sobre hábitos de vida saludables	Los pacientes con artrosis suelen llevar vidas sedentarias.	2
<b>PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES</b>	Carga asistencial en atención primaria	En Atención Primaria, seguramente, no se dedica el suficiente tiempo en consulta para que el paciente esté bien informado de su problema y participe en la toma de decisiones.	1
	Explicaciones claras	Explicación de la patología, de las pautas terapéuticas y del motivo de una decisión terapéutica	3
	Orientación y resolución de dudas	Compartir y resolver dudas con el paciente	2
	Cuestionario de participación en decisiones en cada estadio	No se realizan mediciones de la participación del paciente en las decisiones para monitorizar y realizar propuestas de mejora	1

<b>ACTIVACIÓN DEL PACIENTE</b>	Compromiso de adhesión al tratamiento en general y en cada estadio	Importancia del cumplimiento terapéutico	1
	Autocuidado	Responsabilizar e informar al paciente desde la primera visita. Es importante que sea consciente de la importancia que tiene sobre su estado de salud, factores de riesgo y pronóstico.	4
	Participación en decisiones	Se debe dar información y explicaciones claras para hacer partícipe al paciente de las decisiones que afectan a su estado de salud.	1
<b>ATENCIÓN INTEGRAL</b>	Incentivar la atención integral	Es un elemento muy importante debido a la historia natural de la patología. En la actualidad, dada la alta prevalencia de estos pacientes, el circuito de atención es deficiente.	2
	Historia clínica compartida	Documento común y compartido en cada estadio y en general. Se requiere de herramientas que ayuden a la toma de decisiones	3



## ANEXO III.

### Lo más sobresaliente del proceso de atención al paciente con artrosis. Fortalezas y debilidades del proceso global de atención al paciente con artrosis

Dimensión	Fortalezas
<b>Calidad de la atención</b>	<p>El paciente en Atención Primaria recibe un diagnóstico rápido.</p> <p>Lo que se sabe (evidencias) de la artrosis.</p> <p>A pesar de no utilizar protocolos, hay un alto consenso de orientación.</p> <p>Conocimiento de la patología</p> <p>Formación</p> <p>Valorar la importancia de la enfermedad</p>
<b>Seguridad del paciente</b>	<p>El conocimiento sobre los fármacos que se utilizan.</p> <p>Pese a que existen debilidades en criterios de actuación, las decisiones no suelen dar efectos colaterales marcados</p> <p>Fármacos de acción sintomática lenta</p> <p>Control asequible</p>
<b>Información al paciente</b>	<p>La información al paciente es adecuada en reumatología</p> <p>El dar información sistematizada en el sistema sanitario</p> <p>A pesar de la heterogeneidad en la información la artrosis es conocida en general.</p> <p>Conocimiento del contenido de la información</p> <p>Sistema informático</p>
<b>Participación en decisiones</b>	<p>La participación en las decisiones es moderada</p> <p>Si han consultado generalmente se les ha dado la oportunidad de participar</p> <p>Buena relación médico-paciente</p>
<b>Activación del paciente</b>	<p>Se recomienda actividad física, ayudas, andadores, etc.</p> <p>Los pacientes suelen tener buena predisposición</p> <p>Deseo del paciente</p> <p>Motivación del paciente</p>
<b>Atención integral</b>	<p>Existe comunicación razonable entre atención primaria y especializada</p> <p>Historia clínica compartida</p> <p>Suele prevalecer una orientación común en lo esencial</p> <p>Coordinación multidisciplinar</p> <p>Buena relación con reumatología y rehabilitación</p>

Dimensión	Debilidades
<b>Calidad de la atención</b>	<p>No se utiliza la medicación disponible. Casi solo se recurre al paracetamol y AINE.</p> <p>Lo que no se sabe de la artrosis</p> <p>A medida que progresa la enfermedad se orienta la asistencia al síntoma.</p> <p>Tiempo dedicado al paciente</p> <p>Escasa valoración de la enfermedad</p> <p>Demora en las pruebas complementarias</p> <p>Demora en las derivaciones</p> <p>Falta estratificación</p>
<b>Seguridad del paciente</b>	<p>El riesgo cardiovascular hepático y gastrointestinal en el paciente añoso es alto con los AINE, sin embargo, se prescribe sin cuidado.</p> <p>El mal uso</p> <p>Criterios de actuación asistencial derivan en ineficacia</p> <p>Interacciones medicamentosas/polimedicación</p> <p>Muchos efectos secundarios de fármacos</p>
<b>Información al paciente</b>	<p>La información al paciente es inadecuada porque no se valora bien su enfermedad</p> <p>No se da información en un lenguaje adaptado al paciente tipo y no nos aseguramos que entiende lo que se explica.</p> <p>Se percibe la falta de información previa en los estadios sucesivos.</p> <p>Tiempo dedicado al paciente</p> <p>Internet</p> <p>Tiempo en la consulta</p>
<b>Participación en decisiones</b>	<p>Las decisiones, quizás por falta de tiempo, se toman por el médico sin consenso con el paciente.</p> <p>No hay hábito de hacer partícipe al paciente</p> <p>Parece que la participación sea orientada solamente a cirugía (Sí o No)</p> <p>Tiempo dedicado al paciente</p> <p>Desconocimiento del personal</p>
<b>Activación del paciente</b>	<p>Convencer al paciente con dolor articular para que haga ejercicio, es un fracaso generalizado.</p> <p>No hay hábito en responsabilizar al paciente de su salud</p> <p>La experiencia advierte de que no hay cumplimiento.</p> <p>Tiempo dedicado al paciente</p> <p>Falta implicación</p>
<b>Atención integral</b>	<p>Los plazos interconsulta son de meses.</p> <p>La información que contiene la historia compartida.</p> <p>Pérdidas/insuficiencia de información</p> <p>Si no hay documento común existe desorientación por tramos.</p> <p>Necesidad de participación de otras áreas sanitarias, fisioterapia y enfermería</p> <p>Tiempo</p>



## ANEXO IV.

### Espontaneidad, intensidad de la propuesta o idea y grado de acuerdo en fortalezas y debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis.

N: Espontaneidad

Media: Intensidad de la propuesta o idea

CV: Grado de acuerdo

#### Fortalezas del proceso de atención al paciente con artrosis-Atención Primaria

<i>Idea</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>CV</i>
Fortalezas.Controlcomorbilidad	1	4,00	0,20
Fortalezas.Diagnósticoprecoz	3	3,50	0,37
Fortalezas.Vigilanciaefectossecundarios	1	3,25	0,39
Fortalezas.Hábitosdevidasaludables	1	3,00	0,47
Fortalezas.Coordinaciónpacientesdeprimaria	1	3,00	0,27
Fortalezas.Pruebascomplementariaslimitadas	1	2,75	0,18
Fortalezas.Interacciónconespecialidad	1	2,00	0,41

#### Debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis-Atención Primaria

<i>Idea</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>CV</i>
Debilidades.Ausenciadeprotocolos	1	4,50	0,22
Debilidades.Estratificación	2	4,50	0,22
Debilidades.Criteriosdederivación	1	4,00	0,20
Debilidades.Percepcióndepacientedequeesunaenfermedadnotratable	1	4,00	0,35
Debilidades.Riesgosdeinteracciones	1	4,00	0,20
Debilidades.Nointegrada	1	4,00	0,35
Debilidades.Informaciónalpaciente	1	3,75	0,26
Debilidades.UsoundiscriminadodeAINE	1	3,50	0,37
Debilidades.Informaciónsobrehábitosaludables	1	3,50	0,16
Debilidades.Faltadetiempo	2	3,50	0,68
Debilidades.Usodelamedicación	1	3,25	0,46
Debilidades.Necesidadesde mayorformación	1	3,00	0,67

## Fortalezas del proceso de atención al paciente con artrosis-Atención Especializada

<i>Idea</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>CV</i>
Fortalezas. Calidad alta	1	4,50	0,13
Fortalezas. Especialización	1	4,25	0,12
Fortalezas. Medicación bien conocida	1	4,25	0,23
Fortalezas. Acceso a tratamientos	1	4,00	0,20
Fortalezas. Fomenta la participación, adhesión y transferencia de información	1	3,25	0,53
Fortalezas. Información adecuada	1	2,75	0,18
Fortalezas. Protocolización	1	2,75	0,35

## Debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis-Atención Especializada

<i>Idea</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>CV</i>
Debilidades. No protocolos	1	4,50	0,13
Debilidades. Poca valoración integral del paciente	1	4,50	0,13
Debilidades. Desinterés por la patología	1	4,00	0,29
Debilidades. Mejorar la información al paciente (poco y diferente)	2	4,00	0,20
Debilidades. Mejorar programa de actividad del paciente	1	4,00	0,20
Debilidades. Pobre integración	1	4,00	0,20
Debilidades. Dificultades de comunicación entre especialistas	1	4,00	0,20
Debilidades. Mejorar la seguridad del paciente	1	3,75	0,26
Debilidades. Excesivo intervencionismo	1	3,25	0,39

## Fortalezas del proceso de atención al paciente con artrosis-El lado del paciente

<i>Idea</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>CV</i>
Fortalezas. Saber que no moriré de esto si no con esto	2	4,25	0,23
Fortalezas. Tener médico de familia	1	4,25	0,23
Fortalezas. Poder solicitar asistencia multidisciplinar	1	3,75	0,34
Fortalezas. Acceso a medicamentos aceptable	1	3,75	0,26
Fortalezas. Rehabilitación	1	3,50	0,29
Fortalezas. Buena atención inicial	1	3,25	0,46
Fortalezas. Tratamiento del dolor	1	3,00	0,27

## Debilidades del proceso de atención al paciente con artrosis-El lado del paciente

<i>Idea</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>CV</i>
Debilidades. Decepción por la oferta de tratamiento y cronicidad	1	4,50	0,13
Debilidades. Falsas expectativas	1	4,50	0,13
Debilidades. Déficit en calidad de vida	1	4,25	0,12
Debilidades. No conocer cómo va a acabar	1	3,75	0,26
Debilidades. Discrepancia en las orientaciones que recibe	1	3,75	0,26
Debilidades. Enfermedad crónica	2	3,75	0,13
Debilidades. Limitaciones de pruebas complementarias	1	3,50	0,16
Debilidades. Tratamiento que no resuelve dolor o añade funcionalidad	1	3,50	0,16



## Bibliografía

---



1. Alonso A. Artrosis: definición y clasificación. En: Batlle-Gualda E., Benito P., Blanco F., Martín E. Manual SER de la artrosis. IM&C, S.A. Madrid, 2002.
2. Ayral X, Pickering EH, Woodworth TG, et al. Synovitis: a potential predictive factor of structural progression of medial tibiofemoral knee osteoarthritis—results of a 1 year longitudinal arthroscopic study in 422 patients, *Osteoarthritis Cartilage* , 2005;13:361–7.
3. Pelletier JP, Martel-Pelletier J, Abramson SB. Osteoarthritis, an inflammatory disease: potential implication for the selection of new therapeutic targets, *Arthritis Rheum* , 2001;44:1237–47
4. Hill CL, Gale DG, Chaisson CE et al. Knee effusions, popliteal cysts, and synovial thickening: association with knee pain in osteoarthritis, *J Rheumatol* , 2001;28:1330–37.
5. Martel-Pelletier J, Pelletier JP. New insights into the major pathophysiological processes responsible for the development of osteoarthritis, *Semin Arthritis Rheum* , 2005;34:6–8
6. Loeuille D et al. Características macroscópicas y microscópicas de la inflamación en la membrana sinovial de la rodilla osteoartrosícos. *Arthritis & Rheumatism*, 2005; 52: 3492-3501
7. D'Agostino MA et al. EULAR informe sobre la utilización de la ecografía en la artrosis de rodilla dolorosa. Parte 1: prevalencia de la inflamación en la artrosis. *Ann Rheum Dis*. 2005; 64:1703-9.
8. Benito MJ, Veale DJ, Fitzgerald O, Van den Berg WB, Bresnihan B. Synovial tissue inflammation in early and late osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*, 2005; 64:1263-
9. Loeuille D, et al. Características macroscópicas y microscópicas de la inflamación en la membrana sinovial de la rodilla osteoartrosícos. *Arthritis & Rheumatism* 2005;52: 3492-3501
10. Mayfran R. Sowers, et al. Estradiol and its metabolites and their association with knee osteoarthritis. *54:2381-7*
11. Hannan MT, Nelson DT, Anderson JJ, Naimark A, Kannel WB. Estrogen, use and radiographic osteoarthritis of the knee in women. The Framingham Osteoarthritis Study. *Arthritis Rheum*, 1990; 33(4):525-32
12. Davis MA et al. Obesity and osteoarthritis of the knee: evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Semin Arthritis Rheum* 1990;20 (3 Suppl 1):34-41
13. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A on behalf of the EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 1040-45.
14. Pulido FJ. Guía de buena práctica clínica en artrosis. Diagnóstico y exploración 2008. IMC, pag 35.
15. Loeuille D, Chary-Valckenaere I. Pruebas de imagen en la artrosis. EMC - Aparato Locomotor, Volume 42, Issue 1, January 2009, Pages 1-12
16. Fine M. Quantifying the impact of NSAID-associated adverse events. *Am J Manag Care*. 2013 Nov;19(14 Suppl):267-72.
17. Lequesne M et al. Guidelines for testing slow acting drugs in osteoarthritis. *J Rheumatol*, 1994; 21 (Suppl 41): 65-71
18. Wildi LM et al. Chondroitin sulphate reduces both cartilage volume loss and bone marrow lesions in knee osteoarthritis patients starting as early as 6 months after initiation of therapy: a randomised,

- double-blind, placebo-controlled pilot study using MRI. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 982–989.
19. K Kahan A et al. Long-term effects of chondroitins 4 and 6 sulfate on knee osteoarthritis: the study on osteoarthritis progression prevention, a two-year, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2009 Feb;60(2):524-33.
  20. Uebelhart D, Malaise M, Marcolongo R et al. Oral chondroitin 4&6 sulfate in knee osteoarthritis: Effects of a cyclic administration over one year. *Osteoarthritis Cartilage.* 2004;12:269-76.
  21. Michel B, Stucki G, Frey D, et al. Chondroitins 4 and 6 sulfates in osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum.* 2005;52:779-86
  22. Verbruggen G, Goemaere S, Veys EM. Chondroitin sulfate: S/DMOAD (structure/disease modifying anti-osteoarthritis drug) in the treatment of finger joint OA. *Osteoarthritis Cartilage.* 1998;6 Suppl A:37-8
  23. Reginster JY, Deroisy R, Rovati LC et al. Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: a randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet.* 2001;357:251-6.
  24. Pavelka K, Gatterová J, Olejarová M, Machacek S, Giacovelli G, Rovati LC. Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis. A 3-year randomised, placebo-controlled, double-blind study. *Arch Intern Med.* 2002;163:2113-23.
  25. Raynauld J-P et al. Prediction of total knee replacement in a 6-month multicentre clinical trial with chondroitin sulfate in knee osteoarthritis : results from a 4-year observation. *Osteoarthritis and Cartilage Vol 20 suppl 1 (2012) S175, 344.*
  26. Prieto-Alhambra D et al. Association between chondroitin sulphate use and the risk of total knee arthroplasty in osteoarthritis patients: a propensity-score matched cohort study. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2013, 113 (Suppl. 2), CP51: 34.
  27. Bruyere O et al. Total joint replacement after glucosamine sulphate treatment in knee osteoarthritis: results of a mean 8-year observation of patients from two previous 3-year, randomised, placebo-controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage.* 2008;16(2):254-60
  28. Calamia V, Mateos J, Fernández-Puente P et al. A pharmacoproteomic study confirms the synergistic effect of chondroitin sulfate and glucosamine. *Scientific Reports* 2014;4:5069
  29. Clegg DO, Reda DJ, Harris CL et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Engl J Med* 2006;354(8):795-808.
  30. Roddy E, Zhang W, Doherty M et al. Evidence-based recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip or knee-the MOVE consensus. *Reumatology (Oxford).* 2005;44:67-73
  31. Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Atención Primaria* 2004; 34(4):161-169.
  32. Gil F, Barrasa A, Roda R. Grupos de discusión. En: F Gil y CM Alcover. *Técnicas grupales en contextos organizacionales* (pp. 171-188). Madrid: Pirámide, 2004.
  33. Peiró R. El grupo de discusión en el entorno sanitario. *Quaderns 8 de Salut Pública i Administració de Serveis de Salut*, 1996.













SACA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
CALIDAD ASISTENCIAL