

Educación en Osteoartritis

Francisco Radrigán A.
Hospital Sótero del Río
P. Universidad Católica de Chile

Resumen

La osteoartritis (OA) es el reumatismo más frecuente. En su manejo no farmacológico se incluye la educación como un tema muy importante a desarrollar. Sin embargo, llama la atención que existe muy poca literatura al respecto, tanto en medición de sus efectos, como acerca de los mejores programas educativos a desarrollar. La evaluación de los distintos estudios muestra que esta intervención es efectiva, tanto en entrega de información como en programas de automanejo. Es también muy importante la educación a los médicos de atención primaria, tanto para mejorar la calidad de las prescripciones, disminuir consumo de recursos y aumentar el uso de las terapias no farmacológicas. Esto cobra especial relevancia ahora que la OA de rodilla y cadera están dentro del Plan AUGE.

Palabras clave: Osteoartritis, educación, Plan AUGE.

Summary

Osteoarthritis is the most common rheumatic manifestation. Its non-pharmacological management includes education as one of the important matters to develop. Nevertheless, the lack of literature is significant, both with respect to the scope of its effects and with respect to which educational programs should be developed. The evaluation of different studies shows that this system is effective, both in terms of delivering information and in self-management programs. The education of primary care doctors is also very important in order to improve the quality of prescriptions, lower the use of resources and increase the use of non-pharmacological therapies. This is specially important today with the incorporation of knee and hip osteoarthritis into the Chilean "Plan AUGE" ("Guaranteed Universal Access to Health Plan" in its Spanish acronym).

Key Words: Osteoarthritis, education, Plan AUGE.

La osteoartritis (OA) es la enfermedad reumática más común. Se caracteriza por presentar una evolución crónica y, en numerosos casos, puede causar diferentes grados de discapacidad e invalidez. Si bien se asocia a un alto costo para la sociedad, no ha recibido la importancia que merece. Esto quizás por la creencia arraigada en la población que son enfermedades sin tratamiento y por las cuales hay poco que ofrecer. Antes de iniciar el manejo de la enfermedad es imprescindible practicar una evaluación inicial del paciente, midiendo la magnitud del dolor, grado de discapacidad y presencia de factores de riesgo.

Dentro de los factores de riesgo para la aparición de la OA son especialmente importantes el sobrepeso y la sobrecarga articular. Para la presencia de dolor, en cambio, son importantes la ansiedad, depresión y sedentarismo.⁽¹⁾

Los objetivos del tratamiento son corregir los factores de riesgo, disminuir el dolor, preservar la función articular y, si es posible, evitar el avance de la enfermedad.

Dentro del manejo de la OA se encuentran medidas farmacológicas y no farmacológicas. Dado que no se conoce un tratamiento curativo, al igual que en todas las enfermedades crónicas, las medidas no farmacológicas cobran especial interés. Dentro de ellas la educación tiene una especial relevancia. La podemos definir como:

EDUCACIÓN es la ayuda al paciente a través del complejo proceso de aceptación, aprendizaje, conversación, audición, comprensión, puesta en práctica y luego hacer de esta conducta una nueva clase de comportamiento.

De acuerdo con esto, no es sólo una mera entrega de información a los pacientes, sino un proceso mucho más complejo.

La educación es considerada como una parte muy importante en el manejo de las enfermedades crónicas. Se la incluye en forma destacada en todas las guías de tratamiento de la OA, tanto de EULAR,^(2, 3, 4) ACR,⁽⁵⁾ OARSI,^(6, 7) y Sochire.⁽⁸⁾ En la opinión de los expertos, la educación ocupa un lugar destacado dentro del manejo.

Sin embargo, si uno se fija en el número de publicaciones sobre OA puede observar que en materia de educación los estudios son muy pocos o casi inexistentes.⁽⁴⁾ Si bien la educación aparece en un lugar destacado en las guías de tratamiento y en los análisis de medicina basada en la evidencia es catalogada con un nivel de evidencia IA y con un grado de recomendación A, en la literatura es difícil encontrar alguna descripción acerca de la mejor metodología para desarrollarla.

Diversos estudios muestran los efectos de la educación sobre la sintomatología y funcionalidad de los pacientes con OA. Sin embargo, las técnicas educativas utilizadas y las mediciones establecidas varían considerablemente entre los diferentes estudios, lo que hace difícil juntarlos o combinarlos para su análisis agrupado.

Dentro de los estudios de educación en OA podemos destacar el de Weinberger, en 1989, que demostró que el contacto telefónico periódico con los pacientes permitía la mejoría de su estado funcional.⁽⁹⁾ A esto se agrega el clásico metaanálisis de Superio-Cabuslay, quien encontró que la educación le agrega un efecto de 20% a 30% por sobre el efecto obtenido con los analgésicos.⁽¹⁰⁾ Otro interesante estudio mostró que la educación permite disminuir la utilización de recursos en atención primaria y que el ahorro obtenido superaba el costo de la intervención.⁽¹¹⁾ En enfermedades crónicas se ha desarrollado el concepto

de automanejo o autocuidado, el que ha demostrado tener utilidad en el manejo de la OA, especialmente a nivel de dolor. Este efecto ya es visible a los tres meses.⁽¹²⁾ No obstante, en otros estudios el efecto de la educación a los pacientes ha tenido mejor resultado sobre la ansiedad y en la eficacia en el manejo de los síntomas, pero no directamente sobre el dolor ni la función articular.⁽¹³⁾

Un análisis de un conjunto de metaanálisis de educación a pacientes muestra un efecto significativo en diferentes áreas, como dolor, función y resultados psicológicos, aunque los efectos son, en general, de pequeña magnitud⁽¹⁴⁾ (Tabla 1).

Las diferencias obtenidas entre los diferentes estudios pueden estar dadas por las distintas técnicas educativas utilizadas y a que en algunos estudios se incluye sólo el proceso educativo y en otros se agrega la utilización de un programa kinésico. También influye si se considera sólo la OA de rodilla o se agregan manos, caderas, etc., lo que puede influir en los resultados. Por otro lado, se han encontrado varias barreras para el automanejo en OA,⁽¹⁹⁾ que influyen en estos resultados:

- Dolor
- Ansiedad
- Depresión
- Bajo conocimiento previo.

TABLA 1.
TAMAÑO DEL EFECTO COMBINADO DE METAANÁLISIS PUBLICADOS EVALUANDO PROGRAMAS DE AUTOMANEJO DE OA

Medición	Metaanálisis	Número de estudios	Tamaño de efecto (95% CI)	Interpretación
Dolor	Warsi, <i>et al.</i> 2003 ⁽¹⁵⁾	16	0,12 (0,00 a 0,24)	Sin efecto
	Warsi, <i>et al.</i> 2004 ⁽¹⁶⁾	16	0,12 (0,00 a 0,24)	Sin efecto
	Chodosh, <i>et al.</i> 2005 ⁽¹⁷⁾	14	-0,06 (-0,10 a -0,02)	Efecto pequeño, favorece intervención
Discapacidad	Warsi, <i>et al.</i> 2003 ⁽¹⁵⁾	12	0,07 (0,00 a 0,15)	Sin efecto
	Warsi, <i>et al.</i> 2004 ⁽¹⁶⁾	12	0,07 (0,00 a 0,15)	Sin efecto
	Chodosh, <i>et al.</i> 2005 ⁽¹⁷⁾	12	-0,06 (-0,10 a -0,02)	Efecto pequeño, favorece intervención
Resultados físicos	Devos-Comby, <i>et al.</i> 2006 ⁽¹⁸⁾	12	0,09 (-0,01 a 0,19)	Sin efecto
Resultados psicológicos	Devos-Comby, <i>et al.</i> 2006 ⁽¹⁸⁾	9	0,20 (0,08 a 0,33)	Efecto pequeño, favorece intervención
Impedimentos	Devos-Comby, <i>et al.</i> 2006 ⁽¹⁸⁾	3	0,04 (-0,25 a 0,34)	Sin efecto.

Si se comparan estos resultados con los de programas educativos para otras enfermedades crónicas, podemos ver que en ellas la magnitud del efecto es seis a ocho veces mayor, aunque los programas en estas patologías en general están más estandarizados.⁽⁹⁾

Sin embargo, la educación no sólo debe estar dirigida a los pacientes, sino también a los médicos de atención primaria. Ellos son los que por primera vez verán a los pacientes, y su conducta puede influir en toda la cadena de procesos que seguirán. Un estudio conducido en Italia por Sarzi-Puttini demostró que los médicos de atención primaria utilizaban mucho menos la terapia no farmacológica.⁽²⁰⁾ Se evaluó la prescripción a 2.764 médicos generales y 316 especialistas. Sobre 25.589 evaluados con OA de rodilla, cadera y rodilla, los médicos no especialistas sólo en 45% de los casos agregaron una indicación no farmacológica a la terapia; en cambio, entre los especialistas esto sube a un 75 % ($p < 0,001$). Una intervención educativa sobre los médicos de atención primaria mejora significativamente la calidad de las prescripciones.⁽²¹⁾

Esto cobra especial interés en nuestro país, pues tanto la OA de rodilla como la cadera se encuentran bajo la cobertura del plan AUGE y son de manejo en atención primaria. Una intervención educativa de este tipo podría mejorar sensiblemente nuestro cometido, evitar interconsultas innecesarias al nivel secundario y terciario, con un importante ahorro para los sistemas de salud y mejor calidad de atención a nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bierma-Zeinstra SM, Koes BW. Risk factors and prognostic factors of hip and knee osteoarthritis. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2007; 3(2):78-85.
- Jordan KM, Arden N, Doherty M, et al. EULAR recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003; 62:1145-55.
- Pendleton A, Arden N, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2000; 59:936-44.
- Zhang W, Doherty M, Arden N, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005; 64:669-81.
- Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. *Arthritis Rheum* 2000 (Sep); 43(9):1905-15.
- Zhang W, Moskowitz R, Nuki G, Abramson S, Altman R, Arden N, Bierma-Zeinstra S, Brandt K, Croft P, Doherty M. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part I: Critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence. *Osteoarthritis Cartilage* 2007; 15(9):981-1000.
- Zhang W, Moskowitz R, Nuki G, Abramson S, Altman R, Arden N, Bierma-Zeinstra S, Brandt K, Croft P, Doherty M. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage* 2008; 16(2):137-62.
- Ballesteros F, Palma S, Radrigán F, Riedemann P, Verdejo U. Guía de práctica clínica en Osteoartritis. *Reumatología* 2005; 21(1):6-19.
- Weinberger M, Tierney W, Booher P, Katz B. Can the provision of information to patients with osteoarthritis improve functional status? A randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum* 1989; 32(12):1577-83.
- Superio-Cabuslay E, Ward M, Lorig K. Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment. *Arthritis Care Res* 1996; 9(4):292-301.
- Mazzuca S, Brandt K, Katz B, Hanna M, Melfi C. Reduced utilization and cost of primary care clinic visits resulting from self-care education for patients with osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum* 1999; 42(6):1267-73.
- Heuts P, de Bie R, Drietelaar M, et al. Self-management in osteoarthritis of hip or knee: a randomized clinical trial in a primary healthcare setting. *J Rheumatol* 2005; 32(3):543-9.
- Buszewicz M, Rait G, Griffin M, et al. Self management of arthritis in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 333(7574):879.
- Osborne RH, Buchbinder R, Ackerman IN. Can a disease-specific education program augment self-management skills and improve Health-Related Quality of Life in people with hip or knee osteoarthritis? *BMC Musculoskelet Disord* 2006; 7:90.
- Warsi A, LaValley MP, Wang PS, Avorn J, Solomon DH. Arthritis self-management education programs: a meta-analysis of the effect on pain and disability. *Arthritis Rheum* 2003; 48:2207-2213.
- Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease. *Arch Int Med* 2004; 164:1641-1649. doi: 10.1001/archinte.164.15.1641.
- Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttrop MJ, Hilton L, Rhodes S, Shekelle P. Meta-analysis: Chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med* 2005; 143:427-438.
- Devos-Comby L, Cronan T, Roesch SC. Do exercise and self-management interventions benefit patients with osteoarthritis of the knee? A meta-analytic review. *J Rheumatol* 2006; 33:744-756.
- Axford J, Heron C, Ross F, Victor CR. Management of knee osteoarthritis in primary care: pain and depression are the major obstacles. *J Psychosom Res* 2008; (May); 64(5):461-7.
- Sarzi-Puttini P, Cimmino MA, Scarpa R, Caporali R, Parazzini F, Zaninelli A, Atnezi F, Marcolongo R. Do physicians treat symptomatic osteoarthritis patients properly? Results of the Amica experience. *Semin Arthritis Rheum* 2005; 35(1 Suppl 1):38-42.
- Rahme E, Choquette D, Beaulieu M, Bessette L, Joseph L, Toubouti Y, LeLorier J. Impact of a general practitioner educational intervention on osteoarthritis treatment in an elderly population. *Am J Med* 2005; 118(11):1262-70.