



O.J.D.: 50858

E.G.M.: No hay datos

Tarifa: 3720 €

Fecha: 26/03/2012

Sección: MEDICINA

Páginas: 1,13

Educar al paciente artrósico podría reducir los casos y visitas

La buena gestión del circuito asistencial de la artrosis es básica para el manejo de esta enfermedad. Pero lo esencial es educar y formar al paciente para que acuda y reciba antes la asistencia sanitaria.

PÁG. 13

REUMATOLOGÍA LOS AFECTADOS DE ARTROSIS CONSTITUYEN EL 30 POR CIENTO DE LAS CONSULTAS A LOS SERVICIOS DE LA ESPECIALIDAD

Educar al paciente reduciría los casos y visitas

→ La buena gestión del circuito asistencial de la artrosis, centrado en la coordinación y colaboración entre los diferentes especialistas, es básica para el manejo de esta enfermedad. No obstante, lo esencial es educar y formar

al paciente para que acuda y reciba antes la asistencia sanitaria. Una atención en la que tiene gran peso esta patología, ya que el 30 por ciento de los pacientes remitidos a reumatología se deben a la artrosis.

■ Ester Crespo

La artrosis requiere del trabajo y coordinación de los diferentes especialistas para hacer frente a esta enfermedad, que está aumentando significativamente y que consume numerosos recursos. En este contexto, DIARIO MÉDICO, junto a Bioibérica Farma, impulsa el programa Artrosis Integral para centrar la atención sobre el peso de esta enfermedad en la sociedad. Un peso que se puede observar en la asistencia, donde en los servicios de reumatología de España la artrosis es el motivo de consulta en un 30 por ciento de los pacientes remitidos, según Ruth López, reumatóloga del Hospital Virgen de la Concha, en Zamora.

En este circuito asistencial, lo principal y más importante para reducir la frecuentación y los casos artrósicos es educar al paciente porque éste tarda mucho tiempo en acudir al médico, afirma Pere Benito, reumatólogo del Hospital del Mar, en Barcelona, quien explica que la artrosis es una enfermedad de insuficiencia articular. "Llegamos a esa insuficiencia por muchas vías, como la obesidad. Por ello, con los primeros síntomas hay que acudir rápidamente al médico".

Trato de los especialistas

Ya en el trabajo entre los diferentes especialistas, el médico de atención primaria constituye uno de los eslabones. Aunque los estudiantes reciben poca preparación en la facultad sobre enfermedades reumatológicas, según Benito, la relación directa entre atención primaria y los especialistas hace que su formación sea cada vez mejor.

Por otro lado, el trato entre el reumatólogo y el traumatólogo lo condiciona la gravedad, la incapacidad funcional y la limitación que la artrosis provoca. "Los reumatólogos diagnosticamos y tratamos la enfermedad, permitimos optimizar la calidad funcional del paciente, y, por ende, de vida, mediante el manejo analgésico, antiinflamatorios, infiltraciones y fármacos sintomáticos de acción lenta", explica López, y apunta como fundamental la indicación de



Pere Benito, reumatólogo del Hospital del Mar, en Barcelona.

ejercicios aeróbicos, la pérdida de peso y evitar las sobrecargas. Cuando la evolución de la artrosis es importante, la valoración por el traumatólogo permite decidir si es necesaria la intervención quirúrgica.

Según López, en el 85 por ciento de los casos remitidos es suficiente una buena anamnesis, una exploración

y una radiografía para establecer un diagnóstico cierto de la artrosis e indicar un tratamiento. Ocasionalmente, cuando la clínica, las manifestaciones o la radiología no son concluyentes, se precisa solicitar una analítica, realizar una ecografía o solicitar otra prueba de imagen.

No obstante, Benito señala que no es ni imprescindible

la radiología en, por ejemplo, la columna o la rodilla. "En la artrosis sólo es fundamental la historia clínica y la exploración". Pero, sin duda, la clave está en la constancia que cada paciente, mediante ejercicios, rehabilitación o tratamiento de la fisioterapéutico, pueda hacer en su domicilio.

En este proceso, los espe-

cialistas no creen que la sanidad pública se beneficie de la privada, ya que el acceso a radiografías y la pauta de tratamiento es igual tanto en el servicio público como en el privado. Además, Benito apunta que no existen unidades de artrosis en la privada, sólo en quirúrgica, por lo menos en el caso de Cataluña. Aunque sí recono-

ce que hay una corriente de opinión de cooperación privatizada-pública. "Tal y como se encuentran los recursos en este momento, es muy probable que ese pensamiento se lleve a cabo en los próximos años".

Mucho por hacer

A pesar del trabajo de organización y colaboración entre los diferentes especialistas en artrosis, de la función importante que desempeña el propio paciente para reducir los factores de riesgo de la enfermedad y de la cooperación entre la sanidad pública y privada, queda mucho por hacer y descubrir.

En estos momentos, añade Ruth López, se están produciendo grandes avances gracias a importantes grupos de investigación, básica y clínica, en nuestro país que están promoviendo estudios que van desde los condicionantes genéticos hasta modelos experimentales o el uso de células madre, entre otros aspectos. Por ello, se espera que en los próximos años el trabajo de los investigadores dé resultado y se pueda avanzar en el manejo de esta difícil enfermedad.

ESTUDIO ENCAMINADO A AHORRAR EL NÚMERO DE EXPLORACIONES

Un nuevo modelo organizativo reduce el dolor y las visitas del paciente artrósico

■ E.Crespo

La Sociedad Española de Reumatología y la compañía Novartis han promovido un nuevo estudio, denominado *ArthroAca*, con el fin de implantar y evaluar la eficiencia de un nuevo modelo organizativo sanitario para la atención del paciente con artrosis de rodilla.

Se trata de un estudio clínico-asistencial en un modelo de Áreas Clínicas Agregadas (ACA), situadas en las provincias de Barcelona, Madrid, Valencia y La Coruña. Pere Benito, uno de los principales investigadores del estudio, explica que consistió en implantar un protocolo en dos niveles de asistencia -médicos de atención primaria y fisioterapeutas-, con el objetivo de ahorrar exploraciones.

En el modelo, que tenía como propósito coordinar a los distintos profesionales encargados del manejo del paciente artrósico, optimizar las valoraciones clínicas así como contabilizar el tiempo de visita del paciente, se evaluó el dolor del enfermo al principio y al final del tratamiento durante un año, además de comprobar si los especialistas habían cumplido con lo propuesto. "Fue un programa positivo porque los resultados mostraron una alta eficacia del tratamiento, el 80 por ciento siguió el criterio de bajar peso y la frecuentación y el consumo de recursos fue menor", explica Benito.

En concreto, el estudio demostró que el 78,3 por ciento de los pacientes consiguieron una reducción de

al menos 20 puntos de dolor y que el 9,3 por ciento cumplió los criterios de la Sociedad Internacional de Investigación en Artrosis (OARSI, por sus siglas en inglés). Así pues, sólo un 12,4 por ciento del total de los pacientes no consiguieron el objetivo de disminuir un 45 por ciento el dolor.

Menor frecuentación

En cuanto a la frecuentación, los 158 pacientes reclutados efectuaron 545 visitas al médico de atención primaria, lo que supone una media aproximada de tres visitas por enfermo. Por su parte, el estudio *ArthroCad* (ver DM del 27-II-2012) reflejó que los 201 pacientes incluidos en el subanálisis efectuaron 1.704 visitas al médico en los últimos seis

■ Frecuentación de pacientes

Recurso socio-sanitario	ArthroAca N=158	ArthroCad N=201
Visitas a Atención Primaria	545	1.074
Visitas a urgencias. Hospitales públicos	2	13
Ingresos. Hospitales públicos	2	9
Días de ingreso	21	35
Analítica	153	99

Fuente: ArthroAca.

meses, lo que representa una media de cinco visitas por enfermo.

Por lo tanto, en el estudio *ArthroCad* se realizaron casi cuatro veces más visitas de atención primaria que en el estudio *ArthroAca*, lo que supone un consumo de recursos de este tipo inferior. Además, en este último estudio sólo un 10,8 por ciento visitó a otro especialista en el transcurso del año de seguimiento. De esta forma, se observó que en el estudio *ArthroCad* hubo una mayor tasa de derivaciones al especialista. Lo mismo sucedió con las visitas a urgencias, los ingresos y la tasa de hos-

pitalizaciones.

Por último, Benito explica otros programas interesantes puestos en marcha en Cataluña. Por un lado, la reforma de la asistencia de las especialidades (RAE), por la que los reumatólogos tienen como cliente el médico de atención primaria. "Es una iniciativa que ayuda a los protocolos de atención. Se hace desde hace 14 años y funciona", apunta Benito, y añade que ahora, además, están en el diseño de establecer la figura del paciente-experto, entrenar a enfermos para que expliquen su experiencia a otros y así, ayudarles a cuidarse.