

Guías de práctica clínica para el tratamiento de la osteoartritis de cadera, rodilla y mano

Mario Díaz Cortés¹

Introducción

Cuando se asume la responsabilidad de llevar a cabo un proyecto, hay una serie de variables que deben analizarse con el fin de determinar su viabilidad y su impacto. La elaboración de las guías de práctica clínica no son una excepción por eso la Asociación Colombiana de Reumatología (ACR) a través de su Junta Directiva y del grupo multidisciplinario que asumió el reto de elaborar la “Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la Osteoartritis (OA) de cadera, rodilla y mano” hizo un análisis en el cual se discutió la justificación y el propósito de la misma.

La OA es una entidad que se origina por el deterioro del cartílago de las articulaciones sinoviales, es la enfermedad más frecuente, en USA a comienzos de la década de los noventa se estimó que 37,9 millones de personas padecían algunas de las diversas enfermedades musculoesqueléticas existentes, lo que constituía el 15% de la población, la OA se presentaba en 21 millones de individuos, siendo la población afectada 10 veces mayor que la que padecía artritis reumatoide (AR)¹.

En nuestro país se llevó a cabo por el Ministerio de Salud el estudio de la carga de la enfermedad en Colombia, utilizando un indicador epidemiológico denominado AVISA que significa Años de Vida Saludables perdidos en forma prematura por discapacidad y muerte el cual mide el impacto de la enfermedad no solo a nivel de mortalidad sino de morbilidad, encontrando que los AVISA perdidos por

enfermedades musculoesqueléticas incluidas la OA y AR eran similares o mayores a los AVISA perdidos por cáncer de próstata, cáncer de cervix y leucemia.²

El impacto económico es innegable, el costo directo de la OA en USA ha llegado a ser el 5% del PIB (Producto Interno Bruto), sin olvidar que el costo indirecto es en la mayoría de las enfermedades crónicas es superior y la OA no es la excepción. En 1993 se estableció que el costo paciente-año en menores de 65 años con OA era de 5.293 \$US y en mayores de 65 años 5.704 \$US.³

Todo lo anterior lleva no en vano a declarar la década del año 2000 al 2010 como “la década de la articulación y el hueso”, siendo la OA una de las cuatro condiciones clínicas en las que la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Naciones Unidas (UN) y el Banco Mundial (BM) fijarán su atención para elaborar políticas en salud tendientes a reducir su impacto⁴.

Revisando el aspecto específico de las guías, encontramos que en términos generales su metodología aún presentaba serias deficiencias que se han venido subsanando con el paso de los años y se ha visto en una revisión de 279 guías realizadas entre 1985 y 1997 que la adherencia a estándares metodológicos en el desarrollo de la guía era del 51.1%, en la recolección de la evidencia del 33.6% y en la formulación de recomendaciones del 46%. Esto en relación con las diversas metodologías empleadas que van desde el consenso informal hasta la medicina basada en la evidencia y que el Colegio Americano de Reumatología (CAR) expone en un informe realizado en 1998⁵⁻⁶.

¹ Internista – Reumatólogo.
Fundación Santa Fe de Bogotá

En el caso concreto de la OA, el Colegio Americano de Reumatología ha desarrollado dos guías para el manejo médico de la OA de cadera y rodilla publicadas en 1995 y en el Reino Unido se publicó en 1998 una guía de práctica clínica basada en evidencia donde orientaba el manejo analgésico de la enfermedad, como se puede apreciar, a pesar de ser la entidad osteoarticular más prevalente, son insuficientes las guías al respecto y no se tratan aspectos quirúrgicos, terapéuticos locales como la viscosuplementación, no farmacológicos, como la educación y las medicinas alternativas⁷⁻⁹.

Por lo tanto la Asociación Colombiana de Reumatología (ACR) encontró plenamente justificado llevar a cabo este proyecto mediante el concurso de un equipo multidisciplinario de reumatólogos, ortopedistas, fisiatras, orientado y supervisado por la Unidad de Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana.

El propósito es con la metodología de medicina basada en la evidencia, desarrollar, implementar y difundir esta guía de tratamiento abarcando aspectos médicos farmacológicos y no farmacológicos, quirúrgicos y alternativos que amplíen el conocimiento de todo el equipo de salud que este interesado en esta enfermedad, somos consientes que la reumatología y la ortopedia aún tiene falencias en cuanto a tener documentada evidencia sólida para cada una de sus intervenciones pero es hora de empezar a subsanarlas¹⁰⁻¹¹.

Dentro de la viabilidad de un proyecto muchos estarán sorprendidos por que aún no se ha hecho referencia al aspecto financiero este trabajo de equipo hubiera sido muy difícil de llevar a cabo sin la colaboración en este importante aspecto de Searle-Monsanto y su representante en Colombia el Dr. Luis Fernando Cifuentes, aunque todo este esfuerzo económico que realiza la industria farmacéutica, en ocasiones lleva a que se le reste objetividad al resultado. El costo de una guía puede llegar a US\$ 100.000 incluso en un año pueden producirse 400 guías, llegando a un costo total de 40 millones de dólares anuales, en nuestro caso el presupuesto fue de 15.000 \$USD. Conscientes de ello, diseñamos el proyecto tomando todos los aspectos terapéuticos y escogiendo un grupo de médicos de reconocida trayectoria y altas cualidades éticas que

garantizarán un proceso y resultado del cual nos sintiéramos satisfechos¹⁰⁻¹¹.

Metodología

Hemos detallado aparte los aspectos metodológicos de la guía que los consideramos uno de los pilares que mayor solidez da a nuestro trabajo. Se escogió el método de medicina basada en la evidencia y en caso que la evidencia no fuera sólida recurriríamos al concepto de los expertos, estrategia ya utilizada por el Colegio Americano de Reumatología. El asesor metodológico fue la unidad de epidemiología clínica de la facultad de medicina de la pontificia Universidad Javeriana, siendo la Dra. Mary Bermúdez Internista-neumóloga, epidemióloga clínica delegada para este aspecto. Todo el grupo asistió a un seminario-taller “Medicina basada en la evidencia y su aplicación al desarrollo de guías de práctica clínica” para adquirir todos los conocimientos de metodología necesaria para elaborar la guía en forma uniforme, se hizo especial énfasis en la elaboración de las preguntas de los diferentes tópicos a desarrollar que serían la base de la búsqueda bibliográfica que coordinaría y ejecutaría la Unidad de Epidemiología Clínica.

El grupo se dividió según los temas a desarrollar, se realizó la lectura de la bibliografía, cada grupo lo discutió antes de emitir la recomendación categorizada según la evidencia, luego se recopilaron las recomendaciones y se enviaron a la revisión mediante la técnica de revisión por pares que fueron el Dr. Mario Cardiel, reconocido reumatólogo y epidemiológico clínico mexicano del Instituto Nacional de la Nutrición de México D.F. y el Dr. John Darío Londoño, Reumatólogo- epidemiólogo clínico colombiano quienes con sus valiosos aportes le dieron a la guía un destacado nivel científico.

Niveles de evidencia

Nivel I

Un experimento clínico aleatorizado que tenga adecuado control de errores I y II, además de intervalos de confianza aceptables; también un meta-análisis de calidad, con estudios homogéneos.

Nivel II

Evidencia proveniente de un experimento clínico aleatorizado sin control adecuado de errores I o II, o sin intervalos de confianza aceptables; o también a partir de meta-análisis en el que los estudios no sean homogéneos o no sean de alta calidad.

Nivel III

III1: Experimentos clínicos controlados pero no aleatorizados.

III2: Estudios de casos y controles o estudios de cohortes.

III3: Estudios de cohortes con controles históricos o series de tiempo (estudios de antes-después).

Nivel IV

Opinión de autoridades respetadas, o con base en experiencia clínica no cuantificada, o informes de comités de expertos. Igualmente proveniente de series de casos.

Grados de la recomendación

Recomendación Grado A: Basada en nivel I de evidencia

Recomendación Grado B: Basada en nivel II de evidencia

Recomendación Grado C: Basada en niveles III o IV de evidencia

Recomendación Grado D: Evidencia razonable, a partir de evidencia II, III1 o III2 que permite recomendar el evitar el uso de una Intervención.

Recomendación Grado E: Evidencia satisfactoria, a partir de evidencia de nivel I que permite recomendar el evitar el uso de una intervención.

Referencias

1. Lawrence RC, Helmick Ch G, Arnett FC, et al. Estimates of the prevalence of the arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum* 1998; 41: 2213-2218.
2. Minsalud. La carga de la enfermedad en Colombia 1998
3. Mac Lean CH, Knight K, Paulus H, et al. Costs attributable to osteoarthritis. *J. Rheumatol* 1998; 25: 2213-2218.
4. Hazes JM, Woolf AD. The bone and joint decade 2000-2010. *J. Rheumatol* 2000; 27: 1-3.
5. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines. The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer reviewed medical literature. *Jama* 1999; 281: 1900-1905.
6. American College of Rheumatology. Guidelines for the development of practice guidelines. Marzo 1998.
7. Hochberg MC, Altman RD, Brandt K, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis part I. Osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 1535-1540.
8. Hochberg MC, Altman RD, Brandt K, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis Part II. Osteoarthritis of the Knee. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 1541-1546.
9. Eccles M, Freemantle N, Mason J. North of England evidence based guideline development project: Summary guidelines for non-steroidal anti-inflammatory drugs versus basic analgesia in treating the pain of degenerative arthritis. *BMJ* 1998; 317: 526-530.
10. Dieppe P, Szecsenyi B. Evidence based rheumatology. *J. Rheumatol* 2000; 27: 4-7.
11. Ruddy S. Some guidelines about practice guidelines. *Arthritis Rheum.* 1995; 38: 1532-1534.