La **inercia clínica** en el manejo de la **osteoartritis**

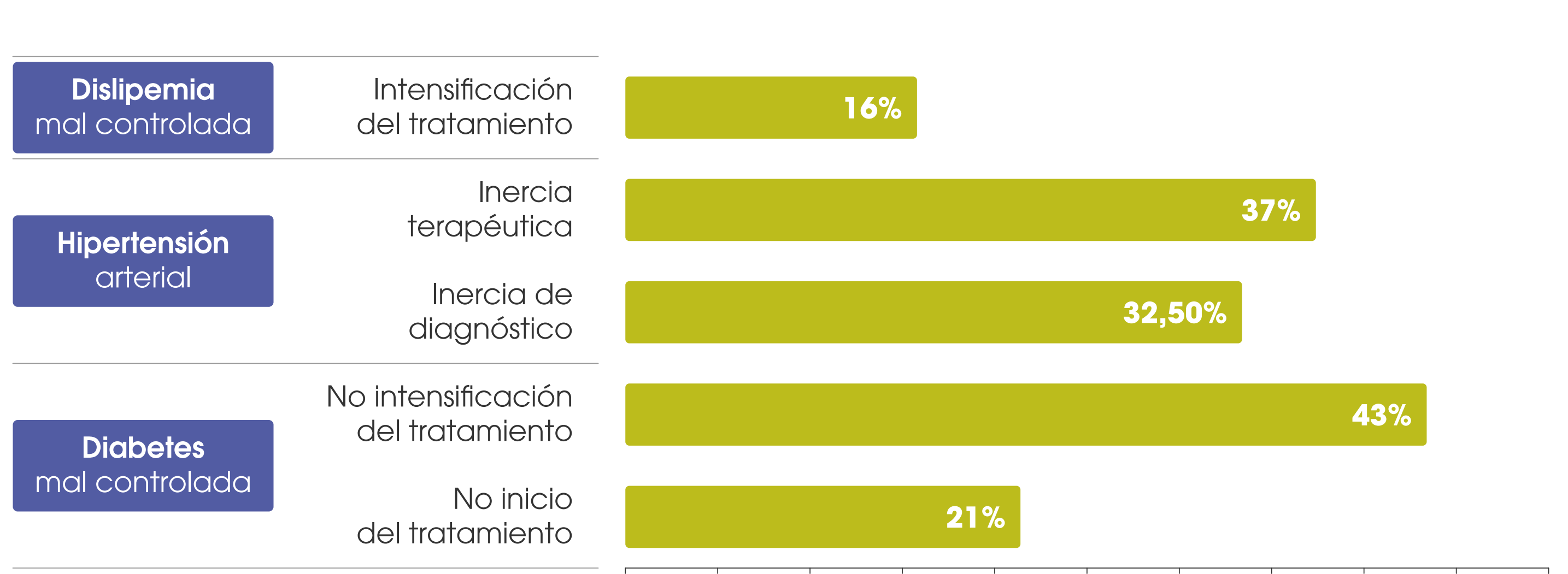
¿Qué son inercia clínica e inercia terapéutica?

La **inercia clínica (IC)** fue definida por primera vez en 2001 por Philips y cols.: "es el fracaso de los proveedores de atención médica para iniciar o intensificar la terapia cuando está indicado" y "es el reconocimiento del problema, pero el fracaso en actuar".[1]

La **inercia terapéutica (IT)** es el fracaso en el uso de tratamientos farmacológicos.[1]

El término IC se usa de manera más amplia y puede ser sinónimo de inercia terapéutica.[1]

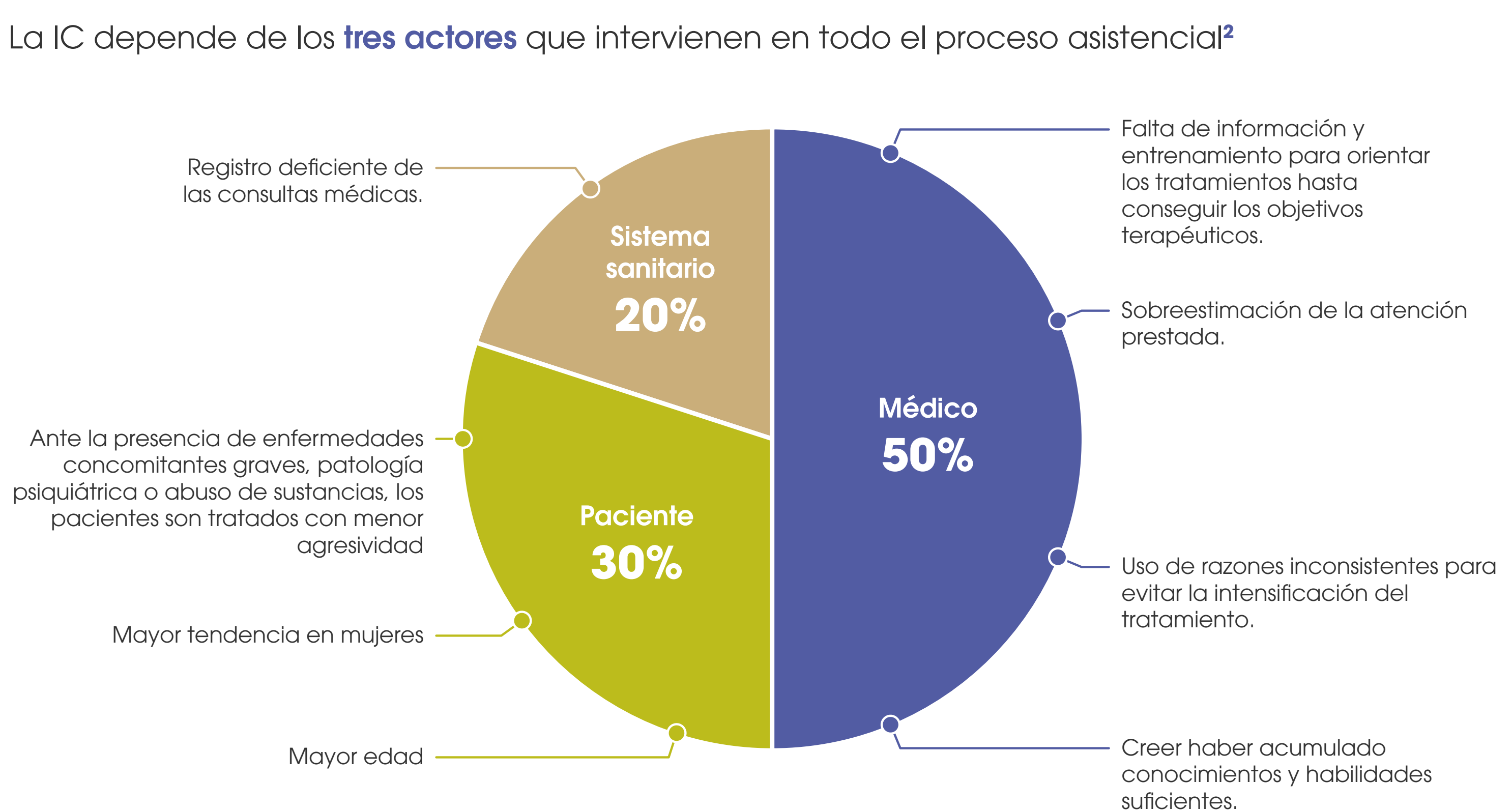
La IC es un problema común en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas asintomáticas.[2]



Extraído de de: López-Simarro F. Hipertens riesgo vasc. 2012;29(Supl 1):28-33.

¿Por qué ocurre la inercia clínica?

La IC depende de los **tres actores** que intervienen en todo el proceso asistencial[2]



Extraído de de: López-Simarro F. Hipertens riesgo vasc. 2012;29(Supl 1):28-33.

¿Cuándo existe inercia clínica?

De acuerdo con una publicación del año 2014, la inacción clínica solo puede ser denominada inercia clínica cuando:[3]

- ✓ **Existe** una recomendación.
- ✓ El proveedor **conoce** la recomendación.
- ✓ El proveedor **cree** que la recomendación se aplica al paciente.
- ✓ El proveedor **tiene** los recursos necesarios para aplicar la recomendación.
- ✗ El proveedor **no aplica** la recomendación para un paciente en particular, a pesar de que están presentes las cuatro condiciones antes mencionadas.

¿Se puede medir la inercia?

La **IT** se cuantifica como:[2]

$$\frac{\text{Número de pacientes a los que no se modifica el tratamiento}}{\text{Número de pacientes que no han conseguido el objetivo de control}} \times 100$$

Sin embargo, resulta difícil valorar la inercia:[2]

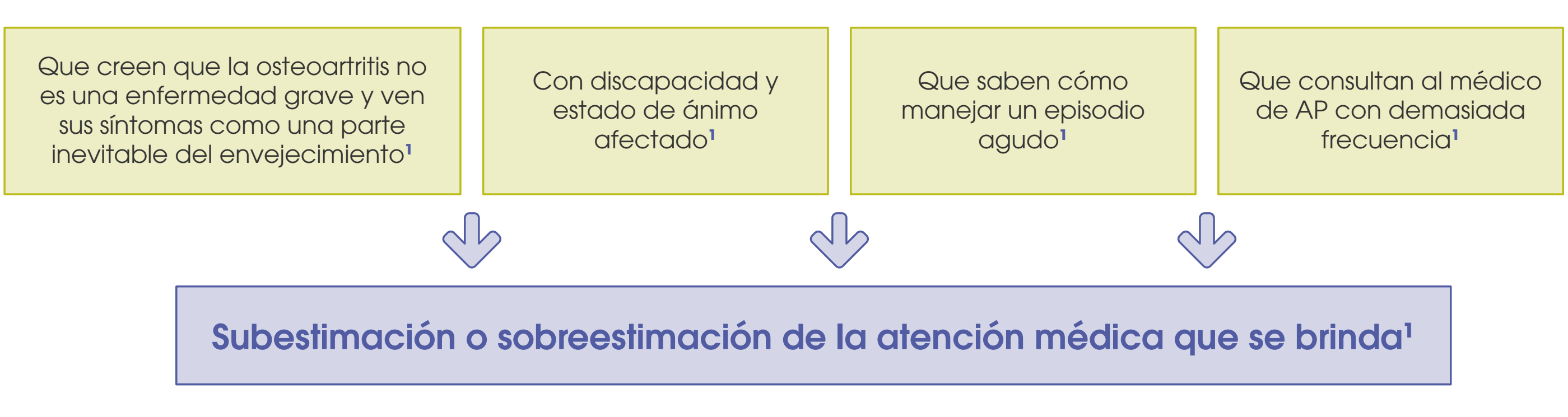
- **Falta de uniformidad** en los estudios a la hora de presentar los datos.[2]

¿A qué hacen referencia estos datos?
¿Pacientes mal controlados?
¿Porcentaje de visitas médicas en las que no se ha modificado el tratamiento?

- **Falta de criterios** en la definición del período de tiempo desde la obtención de un resultado y la modificación del tratamiento.[2]

Inercia clínica en la osteoartritis

Los principales factores que afectan la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis son:[1]



Tipos de pacientes con osteoartritis:

- Que creen que la osteoartritis no es una enfermedad grave y ven sus síntomas como una parte inevitable del envejecimiento[1]
- Con discapacidad y estado de ánimo afectado[1]
- Que saben cómo manejar un episodio agudo[1]
- Que consultan al médico de AP con demasiada frecuencia[1]

Subestimación o sobreestimación de la atención médica que se brinda[1]

En un estudio sobre el impacto de la IC en el dolor, la funcionalidad y calidad de vida en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla, en el que participaron 4076 pacientes y 1361 médicos de atención primaria, se conoció que:[4]

- Los pacientes con osteoartritis tienen un alto grado de comorbilidades y una baja calidad de vida relacionada con la salud, tal y como lo reflejan las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios SF-12v, WOMAC y VAS.[4]
- Los pacientes no parecieron obtener un beneficio clínico tras el entrenamiento de sus médicos tratantes, debido a que la inercia no se modificó.[4]
- Una mayor conciencia de la enfermedad del paciente mediante el uso de índices de funcionalidad, así como el mero hecho de ser observado, pueden mejorar el dolor, la funcionalidad y la calidad de vida relacionada con la salud informados por el paciente.

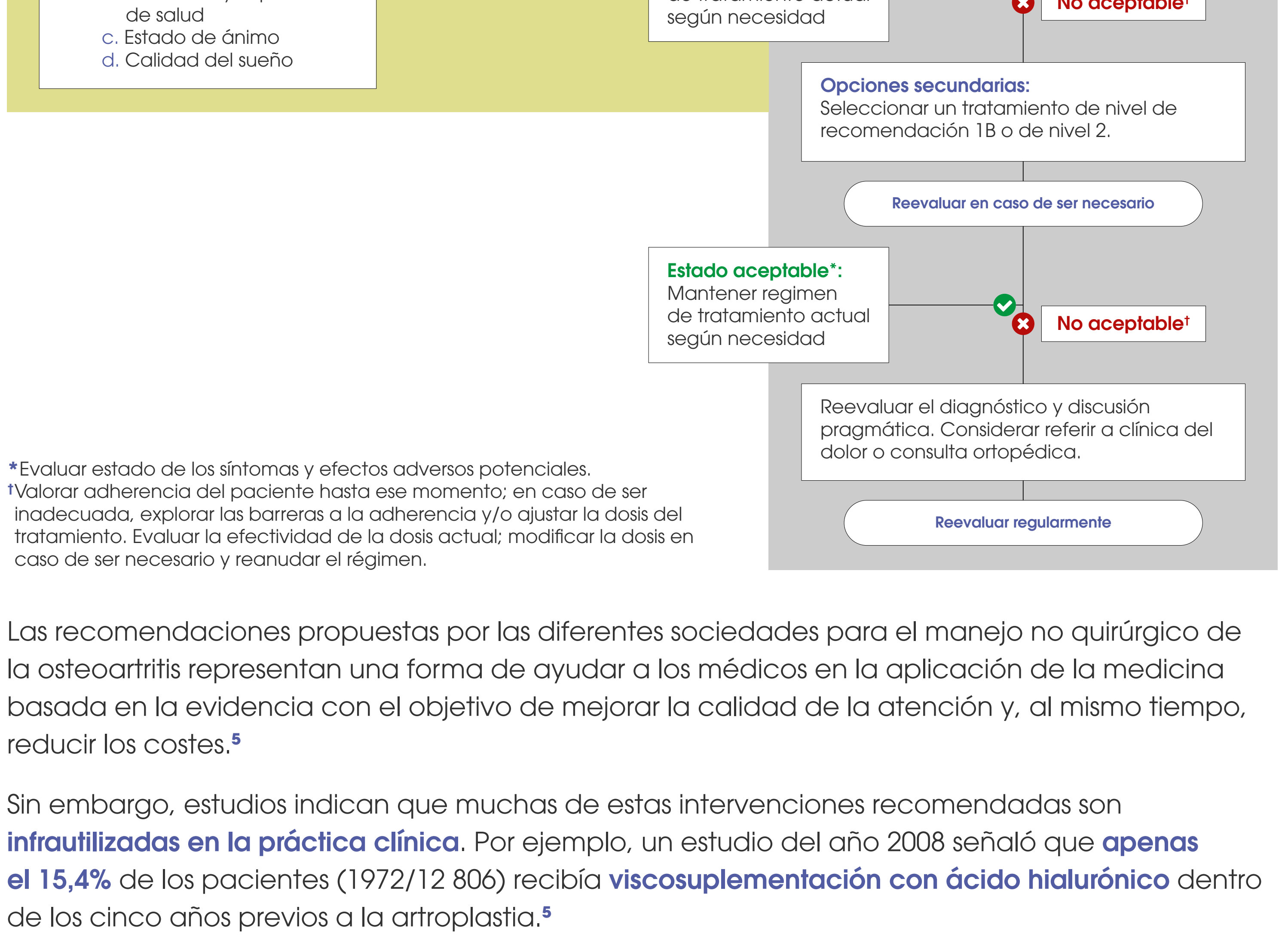
Discrepancias entre lo que dicen las guías de manejo clínico en osteoartritis y lo que se hace en la práctica clínica

Diversas organizaciones han desarrollado guías de manejo clínico para optimizar el tratamiento de la osteoartritis de rodilla, incluyendo el *American College of Rheumatology* (ACR), la *European League Against Rheumatism* (EULAR) y la *Osteoarthritis Research Society International* (OARSI).[5]

Sin embargo, **existe una discrepancia significativa** entre estas recomendaciones y los patrones de práctica clínica.[5]

Las guías 2019 de la OARSI para el manejo no quirúrgico de la osteoartritis de rodilla y cadera recomiendan el **uso de viscosuplementación con ácido hialurónico intraarticular** en pacientes con osteoartritis de rodilla y destacan sus **efectos beneficiosos** sobre el dolor a partir de las 12 semanas de tratamiento y su **perfil de seguridad a largo plazo más favorable** que el de los corticoides intraarticulares **(nivel de recomendación 1B)**.[6]

Además, estas guías han propuesto el siguiente algoritmo para el tratamiento no quirúrgico de la osteoartritis:[6]



PARA TODOS LOS PACIENTES

Evaluación inicial:
1. Identificar localización de la osteoartritis
2. Diagnosticar comorbilidades
3. Valorar estado clínico
   a. Dolor, funcionalidad, inflamación
   b. Derrame, inestabilidad, desalineación
4. Valorar estado emocional y ambiental
   a. Entorno social
   b. Creencias y expectativas de salud
   c. Estado de ánimo
   d. Calidad del sueño

Seleccionar uno o más tratamiento(s) central(es)

CENTRADO EN EL PACIENTE

Opciones principales: Seleccionar un tratamiento de nivel de recomendación 1A . Si no se da tratamiento de nivel 1A, seleccionar tratamiento de nivel 1B.

Reevaluar en caso de ser necesario

Estado aceptable*: Mantener regimen de tratamiento actual según necesidad

No aceptable†

Opciones secundarias: Seleccionar un tratamiento de nivel de recomendación 1B o de nivel 2.

Reevaluar en caso de ser necesario

Estado aceptable*: Mantener regimen de tratamiento actual según necesidad

No aceptable†

Reevaluar el diagnóstico y discusión pragmática. Considerar referir a clínica del dolor o consulta ortopédica.

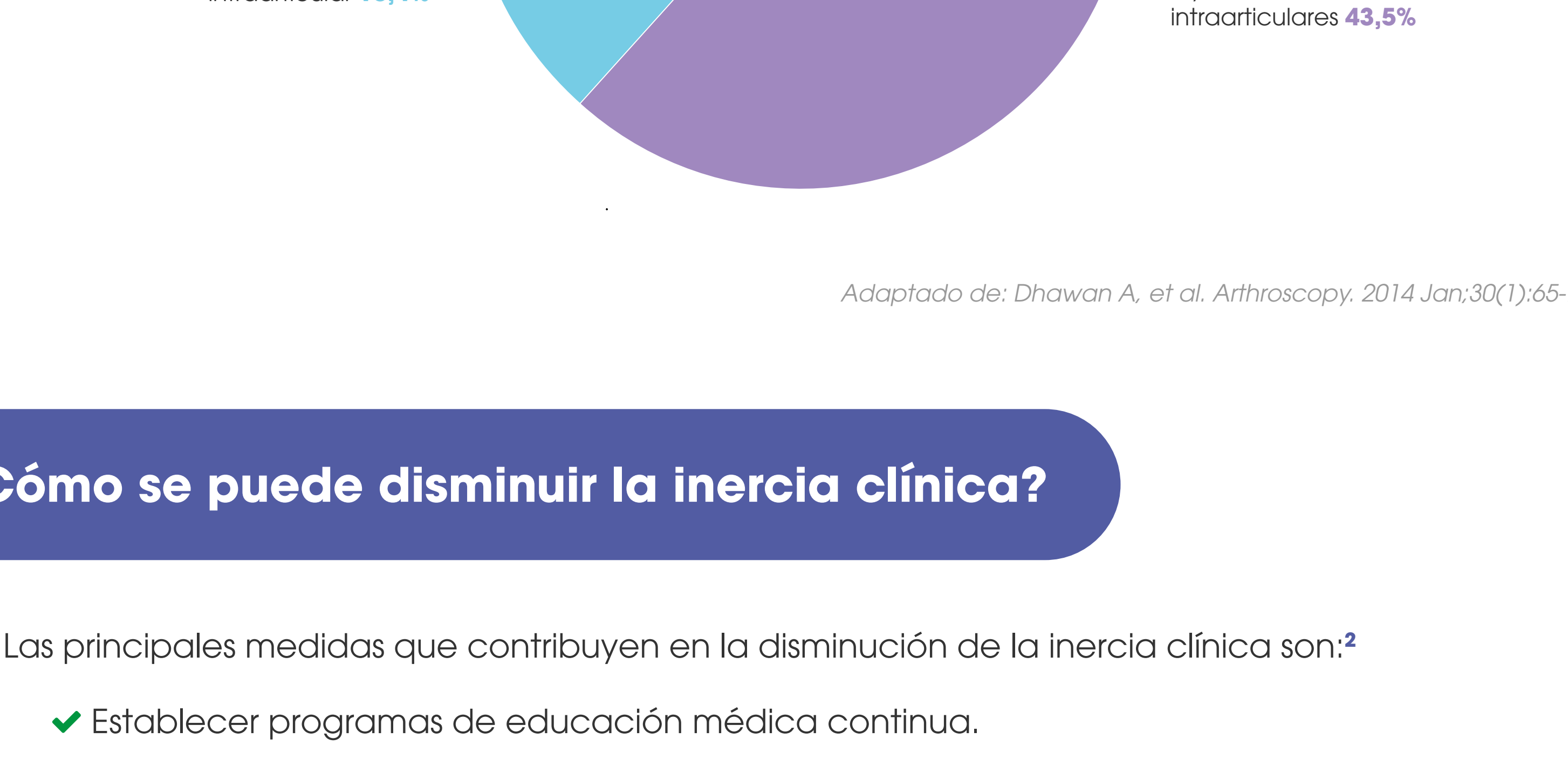
Reevaluar regularmente

*Evaluar estado de los síntomas y efectos adversos potenciales.
†Valorar adherencia del paciente hasta ese momento; en caso de ser inadecuada, explorar las barreras a la adherencia y/o ajustar la dosis del tratamiento. Evaluar la efectividad de la dosis actual; modificar la dosis en caso de ser necesario y reanudar el régimen.

Las recomendaciones propuestas por las diferentes sociedades para el manejo no quirúrgico de la osteoartritis representan una forma de ayudar a los médicos en la aplicación de la medicina basada en la evidencia con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y, al mismo tiempo, reducir los costes.[5]

Sin embargo, estudios indican que muchas de estas intervenciones recomendadas son **infrautilizadas en la práctica clínica**. Por ejemplo, un estudio del año 2008 señaló que **apenas el 15,4%** de los pacientes (1972/12 806) recibía **viscosuplementación con ácido hialurónico** dentro de los cinco años previos a la artroplastia.[5]

Proporción de pacientes que se someten a **tratamientos específicos no quirúrgicos** para la osteoartritis:



Adaptado de: Dhawan A, et al. Arthroscopy. 2014 Jan;30(1):65-71.

¿Cómo se puede disminuir la inercia clínica?

Las principales medidas que contribuyen en la disminución de la inercia clínica son:[2]

- ✓ Establecer programas de educación médica continua.
- ✓ Mejorar la relación médico-paciente.
- ✓ Realizar autoevaluaciones sistemáticas de la práctica clínica para conocer el grado de control de los pacientes.
- ✓ Establecer sistemas de alertas informáticas.
- ✓ Mejorar la organización de las consultas en atención primaria mediante la elaboración de un plan de atención específica para cada paciente.
- ✓ Aumentar la frecuencia de las visitas al inicio del tratamiento. Así el médico tiene más posibilidades de intensificar el tratamiento y permite un ajuste más rápido para conseguir el objetivo.

Referencias:

1. Sisó Almirall A. Clinical inertia in osteoarthritis. *Aten Primaria.* 2012 Feb;44(2):72-3.
2. López-Simarro F. Inercia terapéutica. Causas y soluciones. *Hipertens riesgo vasc.* 2012;29(Supl 1):28-33.
3. Aujoulat I, Jacquemin P, Rietzschel E, Scheen A, Tréfois P, Wens J, *et al.* Factors associated with clinical inertia: an integrative review. *Adv Med Educ Pract.* 2014 May 8;5:141-7.
4. Tejedor Varillas A, León Vázquez F, Lora Pablos D, Pérez Martín A, Vargas Negrín F, Gómez de la Cámara A, *et al.* Can an intervention on clinical inertia have an impact on the perception of pain, functionality and quality of life in patients with hip and/or knee osteoarthritis? Results from a cluster randomised trial. *Aten Primaria.* 2012 Feb;44(2):65-72.
5. Dhawan A, Mather RC 3rd, Karas V, Ellman MB, Young BB, Bach BR Jr, *et al.* An epidemiologic analysis of clinical practice guidelines for non-arthroplasty treatment of osteoarthritis of the knee. *Arthroscopy.* 2014 Jan;30(1):65-71.
6. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, *et al.* OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage.* 2019 Nov;27(11):1578-1589.

MAT-ES-2004666 v1.0 – Enero 2021

©2020 EP Health Marketing, SL. • Todos los derechos reservados • 13695_SAN_ESP_v2