

Pregunta 2. En pacientes con OA, ¿se debería brindar intervenciones de educación y/o autocuidado sobre su enfermedad?

Conceptos previos:

- Una intervención de educación en salud es un conjunto de medidas orientadas a brindar información sobre una determinada enfermedad, especialmente su definición, factores de riesgo, diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico; con el objetivo de facilitar a los pacientes el manejo de su enfermedad (76).
- Una intervención de autocuidado en salud es un conjunto de medidas orientadas a empoderar al paciente, informándole, capacitándole y monitorizándole con respecto a nuevos hábitos o cambios en antiguos hábitos que puedan mejorar el manejo de su enfermedad o facilitar el tratamiento de la misma (76).

Justificación de la pregunta: Las intervenciones de educación y/o autocuidado podrían disminuir las dudas del paciente y mejorar su adherencia a las recomendaciones del médico, y por tanto mejorar el curso de la enfermedad. Debido a este potencial beneficio, es importante evaluar qué tan eficaces son dichas intervenciones de educación y/o autocuidado para el control de la OA.

Resumen de la evidencia (NICE): Se encontró que la guía NICE 2014 (52), que fue seleccionada mediante la evaluación con AGREE II, establecía recomendaciones para esta pregunta.

La guía NICE 2014 recomendó ofrecer información precisa verbal y escrita a todas las personas con OA (que incluya la evolución, pronóstico y opciones de tratamiento), y establecer estrategias de autocuidado individualizado (incluyendo disminución de peso, uso de calzado adecuado y realización de ejercicios).

Para llegar a esta conclusión, la guía NICE 2014 se basó en dos RS:

La RS de Chodosh (2005) (77) resumió 14 ECA (n=754) que compararon dos grupos de pacientes: el grupo intervención que recibió un programa de autocuidado de OA (n=324) y el grupo control que recibió programas no relacionados con la educación y autocuidado de OA (n=350). El seguimiento fue entre 4 y 6 meses. Se halló que el grupo intervención presentó menor puntaje de dolor (escala VAS) en comparación con el grupo control (SMD: -0.06; IC 95%: -0.10 a -0.02).

La RS de Superio-Cabuslay (1996) (78) resumió 9 ECA (n=432) que compararon dos grupos de pacientes: el grupo intervención que recibió programas de educación y autocuidado de OA (n=221) y el grupo control que fue heterogéneo (n=211). Se halló que el grupo de intervención presentó similar dolor (escala VAS) en comparación con el grupo control (tamaño del efecto: 0.16; IC 95%: -0.69 a 1.02).

Actualización de la literatura: Para actualizar la revisión de la literatura realizada por la guía NICE 2014, se realizó una búsqueda de artículos científicos desde 1 de enero del 2008 (pues la búsqueda realizada por NICE para esta pregunta fue realizada para la versión de la guía del 2008). Esta búsqueda fue realizada hasta julio del 2017 usando el buscador PubMed.

En esta búsqueda se encontró una RS de Kroon (2014), que evaluó la efectividad de los programas de educación y autocuidado en adultos con OA, en comparación con atención usual (79). Se evaluó la calidad del estudio con la herramienta AMSTAR, obteniendo un puntaje de 10/11. Los resultados de esta RS al comparar programas de autocuidado versus control (atención usual) con relación a los desenlaces de interés priorizados son los siguientes:

- **Dolor:** (14 ECA, n=2083) El dolor promedio (usando diversas escalas) fue menor en el grupo de autocuidado (SMD: -0.19; IC 95%: -0.28 a -0.10).
- **Funcionalidad:** (13 ECA, n=2254) La funcionalidad (usando diversas escalas) fue similar entre ambos grupos (SMD: -0.18; IC 95%: -0.27 a 0.09).
- **Calidad de vida:** (8 ECA, n=1383) La media de calidad de vida (SF-36) fue similar entre ambos grupos (SMD: -0.02; IC 95%: -0.09 a 0.13).

Debido a que la RS de Kroon (79) presentó una adecuada calidad metodológica e incluyó a los estudios presentados por las RS citadas por NICE, el GEG-Local decidió basar esta recomendación en la RS de Kroon.

Beneficios y daños de las opciones:

- **Beneficios:** El GEG-Local observó que las intervenciones educativas y de autocuidado son beneficiosas en el desenlace de dolor (SMD: -0.19; IC 95%: -0.28 a -0.10).
 - La DMCI para dolor a un seguimiento de tres meses ha sido establecida como SMD: de -0.39 (80) o -0.29 (81) según diferentes estudios.
 - El IC 95% del SMD: (-0.28 a -0.10) es inferior a ambos valores de DMCI. Por lo cual el GEG-Local consideró que el beneficio de las intervenciones educativas podría no ser clínicamente relevante.
- **Daños:** El GEG-Local consideró que las intervenciones de educación y autocuidado no tendrían daños potenciales.
- **Balance:** El GEG-Local consideró que, a pesar de que el beneficio de las intervenciones de educación y autocuidado podría no ser clínicamente relevante, este beneficio sí podría ser importante para un grupo de pacientes, y de cualquier manera supera los daños potenciales; por lo cual se consideró que el balance de beneficio/daño estuvo a favor de brindar dichas intervenciones.

Sin embargo, el GEG-Local considera que elegir un programa educativo y de autocuidado específico es difícil, ya que cada estudio revisado aplicó diferentes intervenciones, tanto en términos de la vía de entrega (cara a cara, por teléfono, por internet), como en la diversidad de información brindada, el tiempo de duración de cada sesión, y el número de sesiones.

Certeza de la evidencia: La certeza de la evidencia del meta-análisis que comparó programas de autocuidado y educación con atención usual fue moderada para dolor, funcionalidad y calidad de vida (descendió 1 nivel por inconsistencia) (ver tabla summary of findings N° 2 elaborado por Kroon (79)).

Valores y preferencias: El GEG-Local consideró que los desenlaces priorizados para esta pregunta (calidad de vida, dolor, funcionalidad) serían relevantes para los pacientes y sus familiares.

El GEG-Local consideró que las actividades de educación y autocuidado serían aceptadas por los pacientes y familiares.

Aceptabilidad y factibilidad: El GEG-Local consideró que el personal de salud aceptaría la realización de intervenciones educativas y de autocuidado.

En cuanto a la factibilidad, el GEG-Local consideró que, si bien el tiempo de consulta es corto, en condiciones crónicas como lo es la OA hay múltiples visitas de seguimiento y control, durante las cuales pueden realizarse las actividades de educación y autocuidado. Además, resaltó que es necesario preparar a los servicios para brindar estas intervenciones.

Uso de recursos: El GEG-Local acordó que brindar información puede incrementar el uso de recursos al aumentar el tiempo de las consultas. Por otro lado, si se opta por estructurar un programa de educación y autocuidado fuera de las consultas, éste requeriría financiamiento extra.

Dirección y Fuerza de recomendación:

- **Dirección de la recomendación:** El GEG-Local consideró que el balance beneficio/riesgo estuvo a favor de brindar información y autocuidado en OA. Por lo cual se decidió formular una recomendación a favor de estas intervenciones.
- **Fuerza de la recomendación:** Esta recomendación se basa en evidencia de moderada certeza, estaría de acuerdo con los valores y preferencias de los pacientes, y sería aceptada y factible para el personal de salud, aunque implicaría un potencial mayor uso de recursos. Por ello, se decidió formular una recomendación fuerte al respecto.

Planteamiento de puntos de buena práctica clínica:

1. El GEG-Local consideró importante sugerir que se brinde tanto a los pacientes, cuidadores y familiares:
 - Información general sobre la enfermedad (definición de la OA, pronóstico, y opciones de tratamiento) para ayudar a comprender la enfermedad y permitir discusiones sobre cambios en el estado de salud y estilo de vida.
 - Un plan de autocuidado que debería incluir otras recomendaciones de la presente guía: disminución de peso, uso de calzado adecuado y realización de ejercicios (como ejercicios aeróbicos de bajo impacto y estiramientos).
2. El GEG-Local consideró importante tomar en cuenta una recomendación brindada por la guía NICE 2014, con respecto a acordar un plan de toma de decisiones compartidas con la persona (y sus familiares o cuidadores cuando sea apropiado) para controlar su OA. El enfoque de toma de decisiones compartidas tiene como objetivo informar y educar al paciente sobre su enfermedad, para reducir los conflictos decisionales y ayudar que los clínicos y los pacientes puedan tomar la mejor decisión de manejo, según las condiciones y preferencias del paciente. Para adoptar este enfoque, el GEG-Local sugirió explicar y discutir los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento con la persona, teniendo en cuenta las comorbilidades y los valores y preferencias del paciente, asegurándose de que la información proporcionada pueda ser entendida. Aplicando los tres principios de la toma de decisiones compartida (evidencia, valores y preferencias del paciente, y circunstancias clínicas) para acordar un plan con el paciente y sus familiares. El uso de este tipo de herramientas es importante para el empoderamiento del paciente en el control de su enfermedad. Para aquellos profesionales que deseen mayores detalles sobre el uso de este enfoque en la práctica clínica, se sugiere revisar la siguiente página web: <https://shareddecisions.mayoclinic.org/>.
3. El GEG-Local consideró importante definir un tiempo para seguimiento de los pacientes con OA, para esto la guía NICE 2014 recomienda considerar un seguimiento a toda persona con dolor articular problemático (más de una articulación sintomática, más de una comorbilidad y que toma medicación con regularidad) como mínimo anualmente. Al respecto:

- El GEG-Local estuvo de acuerdo con realizar seguimientos anuales a todo paciente con OA sintomática para monitorizar sus síntomas y el impacto de éstos en su vida, la evolución de su condición, efectividad del tratamiento y tolerancia de los síntomas. Además, para brindar información de autocuidado y discutir preocupaciones, preferencias y habilidades para acceder a los servicios de salud. Este seguimiento deberá ser realizado por el médico general, internista o de familia, según nivel de atención. Si se detectara evolución desfavorable deberá ser referido al médico de medicina física y rehabilitación según las recomendaciones de esta guía.
- Sin embargo, el GEG-Local reconoció que algunos pacientes podrían requerir seguimientos más frecuentes (trimestrales), enumerando los siguientes casos:
 - Dolor articular persistente a pesar de recibir tratamiento
 - Más de una articulación con síntomas (dolor, aumento de volumen, etcétera)
 - Más de una comorbilidad
 - Uso de varios medicamentos o de medicamentos a altas dosis

Recomendaciones y puntos de buena práctica clínica:

Recomendación:

En pacientes con OA, **recomendamos** brindar un plan individualizado de medidas de educación y autocuidado.

Recomendación fuerte a favor

Certeza de evidencia: moderada ⊕⊕⊕⊖

Puntos de buena práctica clínica:

1. Este plan debería ser brindado tanto a los pacientes como a sus cuidadores y familiares, y debería incluir:
 - Información general sobre la enfermedad: qué es la OA, cuál es su pronóstico, y cuáles son sus opciones de tratamiento.
 - Recomendaciones de autocuidado: disminución de peso, uso de calzado adecuado y realización de actividad física (como ejercicios aeróbicos de bajo impacto y estiramientos).
2. En adultos con OA, aplicar los tres principios de la toma de decisiones compartida (1: evidencia, 2: valores y preferencias del paciente, 3: circunstancias clínicas) para acordar un plan con el paciente y sus familiares. Explicar y discutir los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento, asegurando que la información proporcionada sea entendida.
3. Sobre los seguimientos de rutina a pacientes con OA:
 - Los pacientes con diagnóstico de OA deben ser evaluados de manera temprana por los servicios de medicina física y rehabilitación y, según el índice de masa corporal, por el servicio de nutrición.
 - Realizar seguimientos, al menos con periodicidad anual, en todo adulto con OA sintomática para monitorizar sus síntomas y el impacto de éstos en su vida, la evolución de su condición, la efectividad del tratamiento, y la tolerancia de los síntomas. Además, para brindar información de autocuidado y discutir los conocimientos, preocupaciones, preferencias y posibilidades para acceder a los

servicios de salud. Este seguimiento deberá ser realizado por el médico general, internista o de familia, según nivel de atención. Si se detectara evolución desfavorable deberá ser referido al médico de medicina física y rehabilitación según las recomendaciones de esta guía.

- Según criterio clínico y disponibilidad, en algunos pacientes con OA sintomática se puede realizar un seguimiento trimestral. Especialmente a aquellos que presenten las siguientes características:
 - Dolor articular persistente a pesar de recibir tratamiento.
 - Más de una articulación con síntomas (dolor, aumento de volumen, etcétera).
 - Más de una comorbilidad.
 - Uso de varios medicamentos o de medicamentos a altas dosis.