

Autoconocimiento, cumplimentación y comorbilidad en el paciente con artrosis de rodilla: estudio SCOPIA

Self-knowledge, treatment adherence and comorbidity in knee-osteoarthritis. SCOPIA study

Laclériga Giménez AF ¹, Benito-Ruiz P ²

¹Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Clínica Montecanal, Zaragoza. ²Servicio de Reumatología, Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona.

Resumen

Objetivo: Conocer el perfil, calidad de vida (CV), autoconocimiento de la enfermedad, cumplimiento terapéutico y comorbilidades de pacientes con artrosis de rodilla.

Pacientes y metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal en 1.386 pacientes >50 años con artrosis de rodilla, dolor ≥ 40 mm en la escala visual analógica (EVA) e impotencia funcional a la deambulación ≤ 30 minutos.

Resultados: El 61% definía su enfermedad como limitación de la movilidad y dolor por desgaste de la articulación. Un 28% señaló la intensidad del dolor en 60-70 mm. El 77% había dejado de realizar alguna actividad y en el 94% había empeorado su CV. Los pacientes de ámbito urbano, con estudios y que vivían en familia conocían mejor la enfermedad, tenían un EVA < 50 mm y una evolución más corta de la enfermedad. El mayor nivel de estudios se asoció con un cumplimiento terapéutico aceptable (31% no farmacológico, 51% farmacológico). El 82% consideraba que los fármacos mejoraban su CV y el 65% conocía el nombre de los medicamentos. El 95% tenía al menos una enfermedad concomitante, principalmente hipertensión arterial, enfermedad gastrointestinal, obesidad, dislipemia y trastornos del estado de ánimo.

Conclusión: El nivel sociocultural se asocia con mayor conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento y calidad de vida. Hay mayor uso de fármacos y menor tendencia a medidas no farmacológicas. De las enfermedades concomitantes, la HTA y la obesidad se relacionan con menor calidad de vida.

Palabras clave:

Artrosis, adherencia terapéutica, comorbilidad.

Abstract

Objective: Collect information on patients with knee osteoarthritis: socio-cultural background, knowledge of the disease, therapy adherence, quality of life (QoL) and comorbidity.

Patients and methodology: Observational, national, descriptive and cross-sectional study, with 1.386 patients above fifty, suffering knee osteoarthritis, with pain superior to 40mm (>40) in visual analogue scale (VAS) and deambulation impairment ≤ 30 minutes.

Results: Sixty one percent defined the illness as mobility limitation and pain secondary to joint erosion. Twenty eight percent of patients measured their pain intensity in 60-70mm, according to VAS. The pain obliged 77% of patients to interrupt some activity and 94% felt that their QoL had lowered. Urban, well-educated patients, living with families, showed better knowledge of the disease, VAS was inferior to 50, and disease progression was shorter. The study revealed a correlation between an acceptable treatment adherence (31% of pharmacological and 51% of non-pharmacological therapies) and high educational level. Eighty two percent of patients believed that drug treatment improved their QoL and 65% knew the name of their prescribed drugs. Ninety five percent had at least one concomitant disease, mostly high blood pressure, gastrointestinal disorders, obesity, dyslipidemia and mood disorders.

Conclusion: Patients with higher socio-cultural background have better understanding of the disease, higher treatment adherence and better QoL. They are more inclined to use pharmacologic treatment and tend less to seek non-pharmacologic remedies. Obesity and high blood pressure, in addition to osteoarthritis, affect negatively the QoL.

Key words:

Osteoarthritis, therapeutic adherence, comorbidity.

Correspondencia

A. Laclériga Giménez
Clínica Montecanal. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Franz Schubert, 2. 50012 Zaragoza
laclerigaa@me.com

Introducción

La artrosis constituye una fuente importante de morbilidad, discapacidad y pérdida de función en la población general. Por ello, por su afectación de la calidad de vida y por el coste de su tratamiento, está asociada a una elevada carga socioeconómica [1]. Debido a que la prevalencia de la artrosis aumenta con la edad, los pacientes que la sufren son susceptibles de padecer otras enfermedades crónicas concomitantes. Esta comorbilidad, a su vez, puede aumentar la incapacidad producida por la artrosis [2]. En la artrosis de rodilla se observa una gran variabilidad en la actuación clínico-terapéutica. Las diferentes guías para su tratamiento basan sus recomendaciones en el uso de medidas farmacológicas y no farmacológicas, que incluyen la educación del paciente, el apoyo social, el ejercicio físico y la pérdida de peso [3]. Estas medidas no farmacológicas ocupan un puesto preponderante en la prevención de la enfermedad y de los factores de riesgo asociados, como el cardiovascular y el metabólico, especialmente la obesidad [4].

Por su parte, el tratamiento debe ser individualizado, teniendo en cuenta factores como la afectación clínica, la localización articular o la presencia de enfermedades concomitantes, así como la propia idiosincrasia del paciente o la disponibilidad de medios físicos o fisioterápicos [5]. El paciente debe conocer su patología y entender el objetivo del tratamiento para lograr el cumplimiento terapéutico y conseguir un control adecuado de la enfermedad. En la valoración global de esta patología, y en especial del grado de cumplimiento, se deben tener en cuenta, por consiguiente, tanto factores dependientes del profesional y del entorno en que ejerce su trabajo como del paciente [6].

Este estudio se diseñó para obtener información sobre el perfil de los pacientes con artrosis de rodilla, su calidad de vida percibida, el grado de autoconocimiento de la enfermedad y su relación con el grado de cumplimiento terapéutico, y analizar la relación entre la artrosis de rodilla instaurada y sus diferentes comorbilidades.

Pacientes y metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y sin fármacos, en el que se preveía contar con la partici-

pación de 200 especialistas en Reumatología y en Cirugía Ortopédica y Traumatología, distribuidos por todo el territorio español. Cada investigador debía incluir a siete pacientes en el estudio, con lo que se estimó una muestra final de 1.400 sujetos.

Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 50 años que acudieran a consulta por artrosis de rodilla (según los criterios de clasificación de la ACR) y que expresaran un grado de dolor mayor o igual a 40 mm en la escala visual analógica del dolor y/o un grado de impotencia funcional a la deambulación menor o igual a 30 minutos.

Se realizaron 201 encuestas que recogieron información de 1.386 pacientes procedentes de todo el territorio nacional. Las comunidades más representadas fueron Valencia, Andalucía, Cataluña y Galicia.

La edad media de los médicos participantes fue de 42 (DE: 8) años y la de los pacientes de 68 (DE: 9) años. Entre los médicos la mayoría eran varones (82%), mientras que entre los pacientes predominaba el sexo femenino (68%). El entorno donde se desarrolló el estudio fue urbano. En la Tabla 1 presentamos la distribución entre el ámbito de trabajo del médico y el lugar de residencia del paciente. Hay que tener en cuenta que la mayoría de las consultas fueron especializadas y en medio hospitalario, lo que explicaría la diferencia en la proporción de médicos y pacientes de entorno rural.

La mayoría de los médicos participantes pertenecían a un centro hospitalario público (64%) y su especialidad era Cirugía Ortopédica y Traumatología (62%), seguida de Reumatología (32%). Otras especialidades (6%) incluyeron Rehabilitación, Medicina Interna, Medicina General y Medicina de Familia. El 62% estimó que visitaba en un día de consulta entre 20 y 40 pacientes; el 25% más de 40, y el 13%, menos de 20. La media del porcentaje estimado de consultas por artrosis de rodilla fue de 24,3% (DE:17,6%).

En cuanto a los pacientes, en su mayoría (61%) estaban casados y un 30% eran viudos. Solo un 4% estaba institucionalizado, el 21% vivía solo y el 75% en familia. En cuanto al nivel de estudios, el 49% tenía estudios primarios, el 24% no refería estudios y solo el 7% tenía estudios superiores.

Tabla 1. Entorno de trabajo

Entorno	Habitantes	Médicos (%)	Pacientes (%)
Rural	Menos de 20.000	2	26
Semiurbano	Entre 20.000 y 100.000	21	28
Urbano	Más de 100.000	74	46

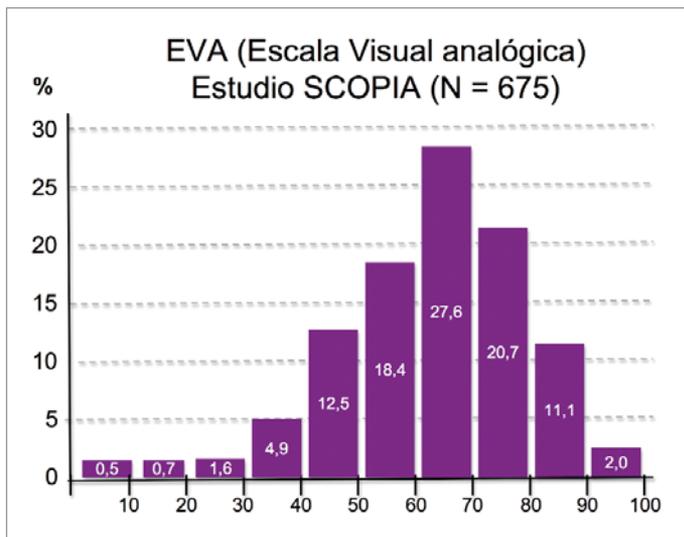


Fig. 1. Valores de la escala visual analógica (EVA).

La recogida de datos se realizó entre septiembre y diciembre de 2008. El análisis estadístico previsto incluía parámetros descriptivos, correlación de variables y análisis multivariable. Los parámetros descriptivos incluían medidas de tendencia central, dispersión y gráficos. Las correlaciones entre variables fueron seleccionadas por los coordinadores científicos del proyecto. Las comorbilidades se compararon con la prevalencia de estas en la población general para averiguar su mayor o menor incidencia en la población del estudio. El análisis multivariable se realizó mediante regresión logística, utilizando métodos de bondad del ajuste y representatividad de las variables seleccionadas.

Resultados

Conocimiento de la enfermedad

Todos los pacientes tenían artrosis de rodilla; la media de años desde el diagnóstico fue de seis (DE: 5) años. La mayoría (49%) llevaban menos de cinco años diagnosticados. La puntuación media de dolor, en el momento de la consulta, según la escala visual analógica (EVA), fue de 58,8 (DE: 15,6) (Figura 1).

El 72% de los pacientes recordaba cuántos años hacía desde que comenzaron los primeros síntomas de la enfermedad, que fue de siete años de media (DE: 5,6). En cuanto a si conocían su enfermedad, el 93% coincidían en que se trataba de artrosis. Alrededor del 7% pensaban que era osteoporosis o artritis.

La mayoría (54%) definieron su enfermedad como limitación de la movilidad. Alrededor del 23% respondieron que se trataba de inflamación y el mismo porcentaje dijo

que consistía en dificultad para caminar. A la hora de localizar qué parte de la articulación estaba enferma, el 55% se refería al hueso, el 42% al cartílago y solo el 3% a la membrana sinovial.

En el análisis multivariable se valoró el conocimiento de la enfermedad en relación con diferentes aspectos sociodemográficos (Tabla 2). El modelo de regresión logística aplicado mostró que las variables asociadas significativamente a un mejor conocimiento de la enfermedad fueron el nivel de estudios, que sobresalía frente a las demás variables, el hecho de pertenecer a un medio urbano, estar casado o vivir en pareja, tener una evolución de la enfermedad inferior a 10 años y presentar un valor de EVA menor de 50.

Comorbilidades

Se pedía al médico participante que indicara qué patologías concomitantes presentaba el paciente según los datos de su historia clínica. Las posibles respuestas eran: obesidad (IMC>30), diabetes mellitus, hipertensión arterial (HTA), dislipemia, cardiopatía isquémica, patología vascular cerebral, insuficiencia vascular periférica –arterial y/o venosa–, EPOC, asma, osteoporosis, insuficiencia renal

Tabla 2. Variables y categorías sociodemográficas

Variable	Categoría
Conocimiento de la enfermedad	Malo
	Regular
	Bueno
EVA	0-50
	51-70
	>71
Edad	<70 años
	>70 años
Residencia	Rural-semiurbano
	Urbano
Estudios	Sin estudios
	Primarios
	Secundarios
	Superiores
Estado civil	Casado/pareja
	Otros
Entorno familiar	Vive solo
	Otros
Años desde el diagnóstico	<5
	5-10
	>10

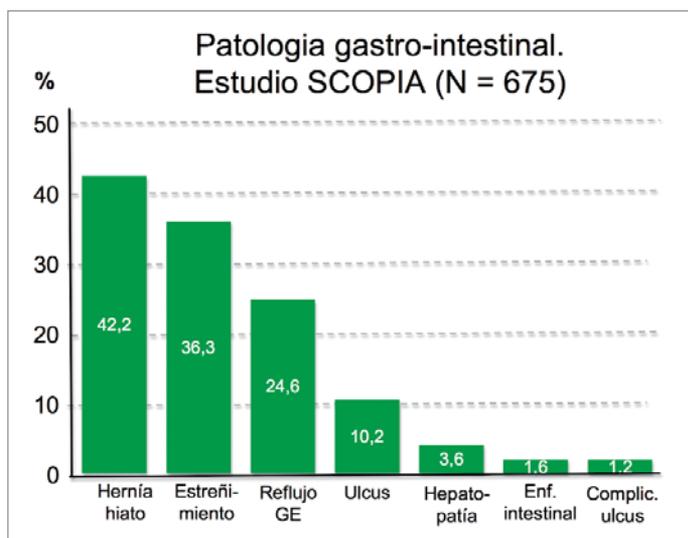


Fig. 2. Patología gastrointestinal.

crónica, patología gastrointestinal (ulcus, hernia de hiato, complicaciones del ulcus, enfermedad intestinal, reflujo gastroesofágico, estreñimiento y hepatopatías) y trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión).

El 95% de la muestra tenía una o más patologías de las reseñadas, mientras que un 5% no presentaba ninguna. La patología más frecuente fue la hipertensión arterial, seguida de la patología gastrointestinal (GI). Hay que tener en cuenta que, al ser preguntas de respuesta múltiple, un paciente podía referir más de una enfermedad.

Se estudiaron de forma independiente la patología GI y los trastornos del estado de ánimo. Del total de casos de enfermedad GI (675), la patología más frecuente fue la hernia de hiato (HH), seguida de estreñimiento y reflujo gastroesofágico (RGE) (Figura 2). Del total de casos de trastorno del estado de ánimo (423), la depresión representaba un 58,4% y la ansiedad el 51,3%.

En el análisis multivariable se incluyeron como comorbilidades la obesidad, la diabetes, la HTA y la cardiopatía isquémica, y se relacionaron con la calidad de vida del paciente. Las únicas variables significativas en cuanto a su relación con una calidad de vida no aceptable fueron la obesidad y la HTA, que reducían en un 43% y un 40%, respectivamente, la oportunidad de tener una calidad de vida aceptable.

Repercusión de la enfermedad sobre la calidad de vida de los pacientes

A la pregunta ¿Ha dejado de realizar actividades concretas por su enfermedad?, el 78% de la muestra dijo que sí. En cuanto a si consideraba que la enfermedad había empeora-

do su calidad de vida, el 94% contestó afirmativamente. La mayoría de los encuestados (47%) declararon poder caminar con cojera, el 22% caminaban sin problemas y un 21% lo hacían con bastones. La mayoría (45%) caminaban durante 20-30 minutos, el 37% entre 10 y 20 minutos y el 17% menos de 10 minutos.

En el análisis multivariable se codificó la calidad de vida como aceptable y no aceptable. Tan solo el 20% de los pacientes estaban dentro de la categoría aceptable. Al cruzar calidad de vida con el grado de conocimiento, se vio una relación significativa cuando ambos eran aceptables. En cuanto a la relación entre CV y cumplimiento, se encontró que los pacientes con un cumplimiento no farmacológico aceptable tenían un 60% más de posibilidades de tener una calidad de vida aceptable. Sin embargo, no se encontró relación significativa entre calidad de vida y tratamiento farmacológico. Se valoró también la posible relación entre calidad de vida y gravedad de la enfermedad y se observó que la calidad de vida se veía afectada por una EVA superior a 50 mm y muy afectada por una EVA ≥ 71 . Por otro lado, una evolución de la enfermedad mayor de cinco años afectaba a la calidad de vida en similar medida a una evolución superior a 10. No se observó, sin embargo, relación entre la calidad de vida y el entorno familiar en el que vive el paciente.

Tratamientos farmacológicos

En relación con el tratamiento farmacológico, el 82% de los pacientes consideraba que los fármacos mejoraban su calidad de vida y un 65% conocía el nombre de los medicamentos que tomaba. Para valorar el cumplimiento, se preguntó al paciente si seguía las indicaciones de su médico. Las posibles respuestas fueron «todas las veces indicadas por el médico», «alguna vez se le olvida», «se le olvida muchas veces», «no sigue la recomendación», «no sabe/no contesta». La Tabla 3 muestra el porcentaje de cumplimiento de los diferentes grupos de fármacos.

Se valoró la ingesta de fármacos considerando la suma de pacientes que sigue siempre las pautas, las olvida a veces o las olvida muchas veces. En la Tabla 4 se muestran los grupos de fármacos y el porcentaje de ingesta de los mismos.

Considerando como cumplimiento la suma de respuestas «las sigue siempre» y «olvida a veces», se encontró que la adherencia al tratamiento era muy alta en el caso de los analgésicos y SYSADOA (90% y 89%, respectivamente) y alta en el caso de los AINE y COX-2 (83%). Para los opioides y los corticoides el cumplimiento era del 86% y 80%, respectivamente.

En el análisis multivariable se dispusieron dos categorías de cumplimiento: aceptable y no aceptable. Se comprobó

Tabla 3. Respuesta en porcentajes a las preguntas sobre cumplimiento del tratamiento farmacológico

	NS/NC	No las sigue	Olvida muchas veces	Olvida algunas veces	Las sigue siempre	No hay dato
Analgésicos	0,2	1,7	6,9	29,0	53,1	9,0
AINE	2,6	4,1	8,4	23,2	38,9	22,9
Inhibidores COX-2	13,1	2,7	4,3	11,5	22,2	46,3
SYSADOA	10,2	2,0	5,0	19,4	37,4	26,1
Corticoides	19,5	3,5	0,8	1,2	5,1	70,0
Opioides	19,4	3,7	0,9	3,7	5,8	66,5

Tabla 4. Grupos de fármacos y porcentaje de ingesta

Grupos de fármacos	Ingesta (%)
Analgésicos	89
AINE	70
Inhibidores COX-2	38
SYSADOA	62
Corticoides	7
Opioides	10

que era aceptable en el 51% de los pacientes. Al aplicar el modelo logístico, ninguna de las variables socio-demográficas parecía definir una mayor posibilidad de cumplimiento farmacológico. Tan solo en el nivel de estudios secundarios/universitarios se observó una tendencia que no alcanzaba significación.

Medidas no farmacológicas

En cuanto al tratamiento no farmacológico, se contemplaba evitar el sobrepeso y la obesidad, preservar la higiene postural, utilizar dispositivos de apoyo, promover la actividad física, conocer las técnicas de rehabilitación, facilitar la intervención psicosocial (técnicas de relajación, *biofeedback*). Las posibles respuestas sobre el cumplimiento eran

las mismas que para el tratamiento farmacológico (Tabla 5). En el apartado «otras», tan solo nueve pacientes describieron alguna intervención: acupuntura, calor local, cirugía, danza oriental, infiltraciones, prótesis y rodillera.

En el análisis multivariable se establecieron las mismas categorías de cumplimiento que en el tratamiento farmacológico (aceptable y no aceptable). Se comprobó que era aceptable en solo el 31% de los pacientes. Al realizar la regresión logística con las variables sociodemográficas, se observó que el nivel de estudios secundarios/superiores se asociaba de forma significativa con una mayor posibilidad de tener un cumplimiento no farmacológico aceptable.

Actitud del profesional

En el análisis multivariable se consideró el conocimiento de la enfermedad, el cumplimiento farmacológico y no farmacológico y la calidad de vida en relación con la edad del médico, el ámbito de trabajo, la práctica médica y la carga asistencial.

En relación con el conocimiento de la enfermedad, solo la variable de práctica médica mixta (privada y pública) se relacionó de forma significativa. En cuanto al cumplimiento del tratamiento no farmacológico, tanto la práctica médica mixta como la edad del médico (mayor de 40 y especialmente mayor de 55) se encontraron relacionadas de forma

Tabla 5. Respuesta en porcentajes a las preguntas sobre el cumplimiento del tratamiento no farmacológico

	NS/NC	No las sigue	Olvida muchas veces	Olvida algunas veces	Las sigue siempre	No hay dato
Sobrepeso/ obesidad	2,6	21,6	19,1	19,8	22,0	14,9
Higiene postural	5,8	13,7	23,7	23,9	16,8	16,2
Dispositivos de apoyo	8,7	18,3	8,4	14,6	22,0	28,1
Actividad física	5,0	22,4	23,3	19,8	14,9	14,7
Rehabilitación	13,7	7,9	5,3	6,7	28,4	38,0
Psicosocial	22,0	8,9	2,5	2,2	2,7	61,7
Otras	14,7	1,1	0,3	0,2	0,7	83,1

significativa. Sin embargo, al ajustar el modelo, solo la edad se mantenía relacionada de forma significativa. Así, los pacientes atendidos por médicos menores de 55 años tenían un 98% más de posibilidades de tener un cumplimiento aceptable. Por otra parte, en el análisis del cumplimiento del tratamiento farmacológico se encontró que todas las variables excepto el ámbito médico hospitalario o extrahospitalario tenían categoría significativa. De forma que el cumplimiento farmacológico era favorecido por médicos menores de 55 años, una práctica privada frente a una práctica pública o mixta y una consulta con 20 o más pacientes diarios (más significativo cuando eran más de 40 pacientes). Por último, al analizar la calidad de vida se encontró una relación significativa con todas las variables excepto el número de pacientes por día. Al ajustar el modelo se vio que la edad del médico menor de 55 años y la práctica médica mixta hacen más posible una calidad de vida aceptable. Por el contrario, la asistencia extrahospitalaria favorece una calidad de vida no aceptable.

I Discusión

La mayoría de los pacientes de este trabajo (87%) conocen su enfermedad. Este conocimiento ha sido mejor cuando el paciente pertenece a un ámbito urbano, tiene estudios y vive en familia. A su vez, los pacientes con buen conocimiento de la enfermedad tiene un EVA inferior a 50 y una evolución más corta de la enfermedad. Estos datos indican que cuando el paciente presenta unas condiciones sociales más favorables la enfermedad es más leve y puede enfocarse con mayor eficacia terapéutica.

Casi todos los pacientes (95%) presentan al menos una enfermedad concomitante. Más del 50% tienen HTA o patología GI y el 40% son obesos. Otras enfermedades con frecuencia superior al 20% son la dislipemia, los trastornos del estado de ánimo, la osteoporosis, la diabetes mellitus y la insuficiencia venosa periférica. El resto de las enfermedades se ven en cifras por debajo del 10%. Los pacientes con obesidad y HTA presentan una peor calidad de vida que el resto. La influencia de la obesidad y la HTA sobre la calidad de vida es un hecho bien documentado [7][8], así como la asociación de ambas patologías y la artrosis de rodilla. Esto nos obliga a dedicar más tiempo y recursos al tratamiento global de los pacientes que presentan estas comorbilidades.

Independientemente de la presencia de comorbilidades, la artrosis en sí misma condiciona una afectación de la calidad de vida, debido fundamentalmente al dolor y a la limitación de las actividades diarias [9]. Prácticamente todos los pacientes en este estudio (94%) consideran que la enfermedad

ha empeorado su calidad de vida y casi ocho de cada 10 ha tenido que dejar de realizar actividades concretas. Dos de cada 10 pueden caminar sin problemas y solo un 1 por ciento puede hacerlo durante más de 30 minutos seguidos. La dificultad para caminar y el uso de los bastones son característicos de los pacientes que refieren una mala calidad de vida. En especial, llama la atención que los pacientes con EVA por encima de 70 mm y los obesos presentan las mayores limitaciones de la muestra, por lo que parece que se debería plantear una estrategia específica para los mismos.

Aunque más del 80% de los pacientes afirman que los fármacos mejoran su calidad de vida, solo el 65% puede recordar el nombre de los medicamentos prescritos. Del análisis de todas estas variables cruzadas se desprende que parece existir una cultura favorable al uso de los analgésicos y AINE, existiendo una barrera cultural respecto al resto de los fármacos. Sin embargo, en cuanto a las familias terapéuticas, los pacientes parecen ser más fieles (por este orden) a los analgésicos, los SYSADOA, los AINE, los inhibidores selectivos de la COX-2 y los corticoides.

A pesar de las recomendaciones sobre el uso de medidas no farmacológicas, estas no son ofrecidas sistemáticamente en la práctica clínica [3]. En este estudio se ha constatado que los pacientes son menos conscientes de la necesidad de aplicar tratamientos no farmacológicos, aunque saben que deben evitar el sobrepeso, realizar higiene postural, utilizar bastones y realizar ejercicio. Con respecto a las técnicas de rehabilitación y la intervención psicosocial, hay una tendencia a la escasa prescripción por parte del médico, en especial en el caso de esta última.

Llama la atención cómo la mejor formación académica hace entender mejor al paciente la necesidad del seguimiento de estas pautas no farmacológicas. Así, es llamativo que este grupo de pacientes es el que presenta una mejor calidad de vida, lo que apoya la idea de que la dedicación del médico para formar a los pacientes en esta área puede resultar en un mejor resultado [3] y, por lo tanto, en una mejor calidad de vida de los mismos.

La eficacia del tratamiento parece guardar relación directa con la experiencia del profesional. Sorprendentemente, también se ha encontrado una relación directa entre la presión asistencial y la calidad de vida referida por los enfermos, para lo que no hemos encontrado explicación. Por otro lado, los datos muestran que los pacientes siguen las indicaciones de los médicos independientemente de su grado de formación cultural u otras variables. Esto confirma la importancia de que los profesionales dediquen tiempo a sus pacientes. Aunque sabemos que esto es difícil teniendo en cuenta la corta duración de las consultas [10], sería deseable deman-

dar a las administraciones una política que facilite la individualización del tiempo de las visitas, lo que contribuiría a mejorar el coste-efectividad del tiempo de asistencia [11].

En lo que respecta al perfil de los pacientes con artrosis de rodilla, se ha observado que el nivel sociocultural se asocia con un mayor conocimiento de la enfermedad, lo que se relaciona con una mayor adherencia al tratamiento y una mejor calidad de vida. En general, se ha constatado un mayor uso de fármacos y una menor tendencia a utilizar medidas no farmacológicas, tanto por parte del médico como de los pacientes. Por último, se ha visto una relación directa entre la eficacia del tratamiento y la experiencia del profesional.

En cuanto al segundo objetivo del estudio, se ha demostrado una alta prevalencia de enfermedades concomitantes en esta población. De ellas, la HTA y la obesidad son las únicas que se han relacionado de forma significativa con una afectación de la calidad de vida del paciente. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bitton R. The economic burden of osteoarthritis. *Am J Manag Care* 2009; 15:S230-5.
2. Ettinger WH, Davis MA, Neuhaus JM, Mallon KP. Long-term physical functioning in persons with knee osteoarthritis from NHANES I: Effects of comorbid medical conditions. *J Clin Epidemiol* 1994; 47:809-15.
3. Ravaud P, Flipo RM, Boutron I, Roy C, Mahmoudi A, Giraudeau B, *et al.* ARTIST (osteoarthritis intervention standardized) study of standardised consultation versus usual care for patients with osteoarthritis of the knee in primary care in France: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2009; 338:b421.
4. Kadam UT, Jordan K, Croft PR. Clinical comorbidity in patients with osteoarthritis: a case-control study of general practice consultants in England and Wales. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:408-14.
5. Trigueros JA. Tratamiento. En: Giménez S, Pulido FJ, Trigueros JA. Guía de buena práctica clínica en artrosis. Madrid: IM&C. 2008.
6. Denoed L, Mazieres B, Payen-Champenois C, Ravaud P. First line treatment of knee osteoarthritis in outpatients in France: adherence to the EULAR 2000 recommendations and factors influencing adherence. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:70-4.
7. Rosemann T, Grol R, Herman K, Wensing M, Szecsenyi J. Association between obesity, quality of life, physical activity and health service utilization in primary care patients with osteoarthritis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008; 5:4.
8. Miksch A, Hermann K, Rölz A, Joos S, Szecsenyi J, Ose D, *et al.* Additional impact of concomitant hypertension and osteoarthritis on quality of life among patients with type 2 diabetes in primary care in Germany - a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7:19.
9. Moskowitz RW. The burden of osteoarthritis: clinical and quality-of-life issues. *Am J Manag Care* 2009; 15 (Suppl):S223-9.
10. Mechanic D, McAlpine DD, Rosenthal M. Are patients' office visits with physicians getting shorter? *N Engl J Med* 2001; 344:198-204.
11. Landau DA, Bachner YG, Elishkevitz K, Goldstein L, Barneboim E. Patients' views on optimal visit length in primary care. *J Med Pract Manage* 2007; 23:12-5.

Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.