

Evaluación de la opinión de los médicos españoles sobre las recomendaciones de la EULAR para el tratamiento de la gonartrosis

E. de Miguel y E. Martín-Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Paz. Madrid. España.

Objetivo: Evaluar el grado de aceptación de las recomendaciones de la European League Against Rheumatism (EULAR) para el tratamiento de la artrosis de rodilla y comparar las opiniones del comité de expertos con las de los médicos españoles respecto a las 10 recomendaciones terapéuticas y a las 23 modalidades terapéuticas analizadas en la guía EULAR.

Material y métodos: Para alcanzar este objetivo, la EULAR remitió 16.470 encuestas a médicos españoles (12.000 médicos de atención primaria, 2.100 traumatólogos, 1.300 rehabilitadores y 1.070 reumatólogos). La valoración de cada una de las modalidades terapéuticas y de las recomendaciones de la EULAR se realizó mediante una escala analógica visual (EAV) valorada de 0 a 100. El estudio estadístico se efectuó mediante el test de la t de Student y el análisis de la varianza (ANOVA) con el test de la F de Scheffe.

Resultados: La respuesta global obtenida fue de 1.047 encuestas devueltas (6,36%). Por especialidades la respuesta fue del 4,8% en atención primaria, el 5,2% en rehabilitación, el 11,1% en traumatología y el 15,5% en reumatología. Las valoraciones globales de los médicos españoles y del comité de expertos, sobre las 23 modalidades terapéuticas analizadas, muestran un importante grado de acuerdo sin que se aprecien diferencias estadísticamente significativas. Al analizar las opiniones de los especialistas de nuestro país se observaban pequeñas discrepancias entre especialidades a la hora de enfocar el tratamiento de la artrosis. En cuanto a los tratamientos farmacológicos, el paracetamol era el medicamento mejor puntuado para el tratamiento de la artrosis de rodilla en todas las especialidades con la excepción de traumatología $p < 0,05$. En relación con las 10 recomendaciones EULAR para el tratamiento de la

gonartrosis, la encuesta revela que eran ampliamente aceptadas por todas las especialidades, como reflejan las altas puntuaciones obtenidas.

Conclusión: Las recomendaciones EULAR sobre el tratamiento de la gonartrosis son bien aceptadas en España; la opinión global de los médicos españoles coincide con la de los expertos al valorar las diferentes modalidades terapéuticas, y las pequeñas diferencias detectadas entre especialidades deberían ayudarnos a reflexionar para mejorar el tratamiento de estos pacientes.

Palabras clave: Artrosis. Gonartrosis. Guías de tratamiento.

EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis. Evaluation of the opinion of Spanish physicians

Objective: To assess the degree of acceptance of the EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis and to compare the opinions of the expert committee with those of Spanish physicians regarding the 10 therapeutic recommendations and 23 treatment patterns analyzed in the EULAR recommendations.

Material and methods: To achieve this aim, EULAR sent 16.470 questionnaires to Spanish physicians (12.000 general practitioners, 2.100 traumatologists, 1.300 rehabilitation specialists and 1.070 rheumatologists). Each treatment pattern and recommendation by the EULAR was evaluated using a Visual Analogue Scale (VAS) rated from 0 to 100. Statistical analysis included the Student's *t*-test and analysis of variance (ANOVA) with the F of Scheffe test.

Results: A total of 1,047 surveys were returned (6.36%). Of these, 4.8% came from the primary care setting, 5.2% from rehabilitation specialists, 11.1% from traumatologists and 15.5% from rheumatologists. The overall evaluations of Spanish physicians and the expert committee on the 23 treatment patterns analyzed showed good

Correspondencia: Dr. E. de Miguel.
 Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Paz.
 P.º de la Castellana, 261. 28046 Madrid España.

Manuscrito recibido el 10-2-2002 y aceptado el 6-5-2003.

agreement, with no statistically significant differences. Analysis of the opinions of Spanish specialists revealed few differences among the four groups when deciding the treatment for osteoarthritis. Regarding pharmacological treatments, acetaminophen received the highest rating for knee osteoarthritis from all specialists except traumatologists ($p < 0.05$). The high scores reflected in the survey revealed that the EULAR's 10 recommendations on knee osteoarthritis were widely accepted by all the specialist groups.

Conclusions: The EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis have been widely accepted in Spain. The overall opinion of Spanish physicians is in agreement with that of the expert committee when evaluating the different treatment patterns. The small differences found among specialist groups should serve to improve treatment.

Key words: Osteoarthritis. Knee osteoarthritis. Treatment recommendations.

Introducción

La artrosis es la enfermedad reumática de mayor prevalencia en los países desarrollados y una de las principales causas de incapacidad¹. Las recomendaciones para el tratamiento de las enfermedades más comunes son importantes para actualizar, homogeneizar y optimizar la calidad de los cuidados de los pacientes. En diciembre de 2000² se publicaron las recomendaciones terapéuticas de la European League Against Rheumatism (EULAR) para el tratamiento de la artrosis de rodilla. Éstas se apoyan en una profunda revisión de la bibliografía médica según los criterios de la medicina basada en la evidencia, enriquecida por el consenso de un grupo de expertos que evaluaron las ventajas y los inconvenientes de las diferentes modalidades terapéuticas. Varios estudios han demostrado variaciones geográficas y entre especialidades en el tratamiento farmacológico, no farmacológico y quirúrgico de la artrosis³⁻⁴. En esta línea, la EULAR se propuso evaluar el seguimiento o la utilidad práctica de sus recomendaciones entre los clínicos que atienden esta enfermedad del aparato locomotor.

Material y métodos

La EULAR envió entre el 16 de febrero y el 1 de abril de 2001, en colaboración con las sociedades científicas locales, una encuesta sobre la opinión de los médicos de las cuatro especialidades que atienden a la mayoría de los pacientes con gonartrosis (atención primaria, traumatología, rehabilita-

TABLA 1. Modalidades terapéuticas evaluadas por el comité de expertos de la EULAR para el tratamiento de la gonartrosis

Antiinflamatorios no esteroideos
Paracetamol
Opioides
Infiltración intraarticular de esteroides
Infiltración intraarticular de ácido hialurónico
Antiartrósicos sintomáticos de acción retardada (SYSADOA)
Psicotropos
Hormonas sexuales
Dieta
Minerales
Vitaminas
Lavado articular
Desbridamiento artroscópico
Educación
Contacto telefónico
Ortesis patelar
Bastón
Ejercicio
Balneoterapia
Terapia tópica
Osteotomía
Prótesis articular

ción y reumatología) en cinco países europeos (Bélgica, Francia, Italia, Suiza y España). En España las sociedades científicas que aceptaron participar fueron: Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), Sociedad Española de Medicina General (SEMG), Sociedad Española de Medicina Rural y General (SEMERGEN), Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) y Sociedad Española de Reumatología (SER). Las respuestas que entraron en el estudio fueron las recibidas antes del 30 de abril del 2001. En este artículo se recoge la opinión de los médicos españoles de cada una de las especialidades que componían esta muestra respecto a las 23 modalidades terapéuticas analizadas en la guía EULAR (tabla 1) y respecto a las 10 recomendaciones terapéuticas de la EULAR (tabla 2).

En España se remitieron 16.470 encuestas, repartidas entre 12.000 médicos de atención primaria, 2.100 traumatólogos, 1.300 rehabilitadores y 1.070 reumatólogos. La valoración de cada una de las modalidades terapéuticas y sobre las recomendaciones de la EULAR se llevaba a cabo mediante una escala analógica visual (EAV) valorada de 0 a 100. Se recogía, asimismo, la edad del médico que respondía la encuesta.

El estudio estadístico se llevaba a cabo mediante el test de la t de Student y el análisis de la varianza (ANOVA) con el test de la F de Scheffe.

Resultados

En España, de las 16.470 encuestas enviadas, la respuesta obtenida fue de 1.047 contestadas, lo que

TABLA 2. Recomendaciones de la EULAR para el tratamiento de la gonartrosis

1. El tratamiento de la artrosis de rodilla debe ser adaptado a cada paciente individual
2. El tratamiento óptimo de la artrosis de rodilla combina tratamientos farmacológicos y no farmacológicos
3. El paracetamol es el tratamiento de primera elección, y si es eficaz es el analgésico oral de preferencia en tratamientos a largo plazo
4. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), orales o tópicos, se usan en pacientes que no responden a paracetamol o con derrame sinovial
5. La infiltración con corticoides locales está indicada en caso de exacerbación dolorosa, sobre todo si se acompaña de derrame articular
6. Los antiartrosicos sintomáticos de acción retardada (SYSADOA) tendrían un efecto condroprotector pendiente de confirmar
7. El efecto sintomático del ácido hialurónico y de los SYSADOA es modesto, los pacientes que se pueden beneficiar están mal definidos
8. Las terapias no farmacológicas deben incluir la educación del paciente, ejercicios, bastón, calzado adaptado y reducción del sobrepeso
9. Los ejercicios físicos son muy recomendables, especialmente los de potenciación de cuádriceps y de movilidad de la rodilla
10. La artroplastia debe considerarse en caso de dolores rebeldes asociados con discapacidad y con destrucción radiológica

TABLA 3. Valoración de las distintas modalidades terapéuticas por los médicos españoles y el comité de expertos de la EULAR

Modalidad terapéutica	Médicos españoles	Expertos EULAR	Significación estadística
AINE	64,3 ± 20,2	60,5 ± 22,5	NS
Paracetamol	76,2 ± 22	75,3 ± 24,2	NS
Opioides	27 ± 22,3	19,5 ± 21,5	NS
Esteroides IA	41,6 ± 24,7	42,5 ± 26,2	NS
Ac. Hialurónico IA	35,4 ± 23,6	40,7 ± 28,9	NS
SYSADOA	42,1 ± 24,2	47,0 ± 30,5	NS
Psicotropos	21,1 ± 18,4	19,6 ± 17,6	NS
Hormonas sexuales	12,5 ± 15	11,7 ± 15,7	NS
Dieta	77 ± 21	79,8 ± 23,8	NS
Minerales	20,6 ± 22,2	26 ± 29,9	NS
Vitaminas	14,1 ± 17,3	10,4 ± 12,9	NS
Lavado articular	28 ± 23,7	27,3 ± 29,3	NS
Desbridamiento artroscópico	33,2 ± 24,8	33,1 ± 32,0	NS
Educación	79 ± 21	82,5 ± 23,3	NS
Contacto telefónico	34,3 ± 27,5	34,5 ± 33,4	NS
Ortésis patelar	22,1 ± 19,8	25,7 ± 27,5	NS
Plantillas	45,8 ± 28,1	41,5 ± 36	NS
Bastón	69,6 ± 21	72,6 ± 23,5	NS
Ejercicio	80,6 ± 18,4	83,8 ± 15,5	NS
Balneoterapia	62,9 ± 25	62,3 ± 26,5	NS
Terapia tópica	42,1 ± 27,1	41,19 ± 29,6	NS
Osteotomía	45,7 ± 26,2	54,7 ± 28,4	NS
Prótesis articular	66,7 ± 25,1	66,5 ± 27,2	NS

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; SYSADOA: antiartrosicos sintomáticos de acción retardada. NS: no significativa.

representa el 6,36% de la población contactada. Por especialidades, la respuesta fue del 4,8% en atención primaria, el 5,2% en rehabilitación, el 11,1% en traumatología y el 15,5% en reumatología.

Al evaluar los resultados, se han tenido en cuenta las opiniones de los distintos grupos en cuanto a las diferentes modalidades terapéuticas y respecto a las 10 recomendaciones de la EULAR para el tratamiento de la gonartrosis.

Una importante fuente de variabilidad, que conviene tener en cuenta a la hora de valorar los resultados, es la dispersión observada entre los valores señalados en la EAV debido a la tendencia a dar puntuaciones bajas o altas según la subjetividad de los encuestados.

En la tabla 3 se recogen las valoraciones globales de los médicos españoles y del comité de expertos sobre las 23 modalidades terapéuticas analizadas, que muestran un importante grado de acuerdo sin que se aprecien diferencias estadísticamente significativas. Las opiniones de las distintas especialidades en España sobre las diferentes opciones de tratamiento aparecen recogidas en la tabla 4. En ella se observa que, aunque existe un importante grado de acuerdo, cada especialidad muestra ciertas preferencias a la hora de puntuar ciertas opciones terapéuticas. En cuanto a los tratamientos farmacológicos, el paracetamol era el medicamento mejor puntuado para el tratamiento de la artrosis de rodi-

lla en todas las especialidades con la excepción de traumatología.

Respecto a las recomendaciones de la EULAR para el tratamiento de la gonartrosis, al comparar la muestra global de los médicos españoles con la valoración realizada por los expertos sólo se encontró una diferencia significativa en la recomendación 2 (el tratamiento óptimo de la gonartrosis se basa en la asociación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos), en que la puntuación en la EAV de los expertos fue de $86 \pm 24,5$ y la de los médicos españoles de $96,7 \pm 11,7$ ($p < 0,05$). Al comparar las diferencias entre las opiniones de las distintas especialidades respecto a las recomendaciones terapéuticas de la EULAR volvían a existir pequeñas diferencias entre las distintas especialidades (tabla 5).

Discusión

El interés de confeccionar unas recomendaciones terapéuticas no reside en un mero ejercicio intelectual sino en que los conocimientos del grupo de expertos o de las evidencias científicas en las que se sustentan puedan ser difundidos a la generalidad de la comunidad médica. Las guías clínicas para el tratamiento de las enfermedades más comunes son importantes para optimizar la calidad asistencial, reducir la variabilidad en el tratamiento de

TABLA 4. Valoración de las diferentes modalidades terapéuticas por los expertos de la EULAR y los médicos españoles según su especialidad

Modalidad terapéutica	Reumatología	Traumatología	Rehabilitación	Atención Primaria	Expertos EULAR
AINE*	66,1 ± 19,5	67,8 ± 21,2 ^{AP}	61 ± 19,4	62,9 ± 19,9	60,5 ± 22,5
Paracetamol*	80,8 ± 20,1	64,5 ± 24,5 ^{R,AP}	72,9 ± 23,2	80,1 ± 19,5	75,3 ± 24,2
Opioides*	26,2 ± 22,8	22,8 ± 22 ^{AP}	23,2 ± 21,9	29,5 ± 22,1	19,5 ± 21,5
Esteroides IA*	55,4 ± 23,2 ^{T,Rh,AP}	39,9 ± 27,2	35,7 ± 23,4	37,1 ± 22,5	42,5 ± 26,2
Ácido hialurónico IA*	37,7 ± 23 ^T	46,7 ± 24,8	43,9 ± 23,3	28,7 ± 20,7 ^{R,T,Rh}	40,8 ± 28,9
SYSADDOA	41,5 ± 25,6	46,2 ± 24,3	44,1 ± 23,7	40,2 ± 23,3 ^T	47,0 ± 30,5
Psicotropos*	15 ± 14,6 ^{AP}	17,5 ± 16,9 ^{AP}	16 ± 16,1 ^{AP}	25 ± 19,5 ^{R,Rh}	19,6 ± 17,6
Hormonas sexuales*	7,4 ± 10,4 ^{AP}	9,2 ± 11,2 ^{AP}	11,3 ± 17,2	15,4 ± 16,4	11,7 ± 15,7
Dieta*	77,9 ± 23,5	72,2 ± 22,5 ^{AP}	76,8 ± 21,5	78,6 ± 19,1	79,8 ± 23,8
Minerales*	11,9 ± 18,9 ^{AP}	16,8 ± 17,3 ^{AP}	16,7 ± 20,1	24,9 ± 23,7	26,0 ± 29,9
Vitaminas*	9,6 ± 14,5	13 ± 15,3	11,2 ± 14,2	16,3 ± 19 ^R	10,4 ± 12,8
Lavado articular*	37,1 ± 24,6 ^{AP,Rh}	35,2 ± 26,4 ^{AP,Rh}	25,6 ± 22,2	22,4 ± 20,4	27,3 ± 29,3
Desbridamiento artroscópico*	30 ± 22,7	42,5 ± 27,4 ^{Rh,AP}	28,5 ± 23,9	30,9 ± 23,1	33,1 ± 32,0
Educación*	85,6 ± 16,6 ^{AP}	71 ± 25 ^{R,Rh,AP}	88,1 ± 4,9 ^{AP}	79,1 ± 19,9	82,5 ± 23,3
Contacto telefónico*	33,5 ± 27	25,3 ± 25,6 ^{AP}	27,6 ± 27,1 ^{AP}	39 ± 27,3	34,5 ± 33,4
Ortesis patelar*	18,9 ± 17,7 ^{AP}	17 ± 18,6 ^{AP}	24,9 ± 25	24,6 ± 19,4	25,7 ± 27,5
Plantillas*	46,5 ± 28,9	30,8 ± 25,2 ^{R,Rh,AP}	42,8 ± 27,9	52,2 ± 26,4	41,5 ± 35,9
Bastón*	70,6 ± 20,3	65,1 ± 21,6	80,4 ± 16 ^{R,T,AP}	69,8 ± 20,9 ^T	72,6 ± 23,5
Ejercicio*	87,9 ± 15,6 ^{AP}	74,3 ± 21,9 ^{R,Rh,AP}	86,8 ± 16,1	80,2 ± 17	83,8 ± 15,5
Balneoterapia*	52,3 ± 26,7 ^{Rh,AP}	59,4 ± 24,6	71,3 ± 24,1 ^T	66,5 ± 23,6 ^T	62,3 ± 26,5
Terapia tópica*	45,1 ± 29,9	32 ± 27,4 ^{R,AP}	39,8 ± 22	45,6 ± 24,8	41,2 ± 29,6
Osteotomía*	41,2 ± 23,8 ^T	61,9 ± 24	46,5 ± 26,1	39,8 ± 24,8 ^T	54,7 ± 28,4
Prótesis articular*	69,7 ± 24,2 ^T	82,2 ± 17,6 ^{R,Rh,AP}	75,3 ± 20,4	58,6 ± 25 ^{R,T,Rh}	66,5 ± 27,2

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; SYSADDOA: antiartrosicos sintomáticos de acción retardada.
*p > 0,05, respecto a reumatología (R); traumatología (T); rehabilitación (Rh); atención primaria (AP).

TABLA 5. Valoraciones de las 10 recomendaciones de la EULAR por el comité de expertos y por las diferentes especialidades de España

	Reumatología	Traumatología	Rehabilitación	Atención Primaria	Expertos EULAR
R1*	95,6 ± 7,6	92,1 ± 14 ^R	95,2 ± 8,4	93,6 ± 9,9	95,7 ± 4,4
R2*	95,7 ± 7 ^{T,E}	89,1 ± 16,7	93,3 ± 10,3	93,1 ± 10,2 ^T	86,5 ± 24,4
R3*	86,9 ± 20,4	76,4 ± 26,9 ^{R,AP}	82 ± 26,5	88,2 ± 17,1	84,2 ± 22,3
R4	87,1 ± 17,2	83,2 ± 18,5	86,4 ± 17,9	85,3 ± 16,7	84,3 ± 19,7
R5*	89,2 ± 17,8 ^{T,Rh,AP,E}	67,1 ± 32,6 ^{AP}	74,6 ± 27,2	76,6 ± 24,2	71,2 ± 35,7
R6	78,9 ± 24,7	75,2 ± 26	81,8 ± 22,5	75,6 ± 24	72,3 ± 28,5
R7	82 ± 22,9	76,9 ± 25,8	81,7 ± 23,8	78,8 ± 23,3	78,1 ± 22,1
R8*	96,1 ± 6,8	90,7 ± 14 ^R	94,1 ± 10,7	93,3 ± 11	94,3 ± 10,1
R9*	95 ± 10,4	88,1 ± 17,2 ^{R,Rh,AP}	94 ± 12,7	92,3 ± 11,4	95 ± 9,7
R10	93,6 ± 12,5	93,3 ± 12,7	93,6 ± 9,3	90,2 ± 13,9	95,5 ± 5,7

R1: el tratamiento de la artrosis de rodilla debe ser adaptado a cada paciente individual; R2: el tratamiento óptimo de la artrosis de rodilla combina tratamientos farmacológicos y no farmacológicos; R3: el paracetamol es el tratamiento de primera elección, y si es eficaz es el analgésico oral de preferencia en tratamientos a largo plazo; R4: los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), orales o tópicos, se usan en pacientes que no responden al paracetamol o con derrame sinovial; R5: la infiltración con corticoides locales está indicada en caso de exacerbación dolorosa, sobre todo si se acompaña de derrame articular; R6: los antiartrosicos sintomáticos de acción retardada (SYSADDOA) tendrían un efecto condroprotector pendiente de confirmar; R7: el efecto sintomático del ácido hialurónico y de los SYSADDOA es modesto, los pacientes que se pueden beneficiar están mal definidos; R8: las terapias no farmacológicas deben incluir la educación del paciente, ejercicios, bastón, calzado adaptado y reducción del sobrepeso; R9: los ejercicios físicos son muy recomendables, especialmente los de potenciación de cuádriceps y de movilidad de la rodilla; R10: la artroplastia debe considerarse en caso de dolores rebeldes asociados con discapacidad y con destrucción radiológica.

*p < 0,05, respecto a reumatología (R); traumatología (T); rehabilitación (Rh); atención primaria (AP), y expertos EULAR (E).

la enfermedad y acercar la práctica clínica a la mejor evidencia científica disponible. Esto se puede lograr induciendo cambios en los hábitos terapéuticos y homogeneizando las prácticas en las diferentes áreas geográficas y especialidades que tratan enfermedades comunes, lo que debe redundar en beneficio de los enfermos.

En este sentido, la EULAR no sólo se ha preocupado por la elaboración de las recomendaciones terapéuticas sino que, una vez publicadas, ha llevado a cabo una encuesta para ver si estas guías coinciden con las actitudes de los médicos a los que van dirigidas o las han modificado. El artículo trata de reflejar cuál es la valoración de los médicos de nues-

tro país que se ocupan del tratamiento del paciente con gonartrosis sobre las terapias disponibles, y si esta opinión está en línea con las mejores evidencias científicas.

Del análisis de los resultados obtenidos se desprende que existe un importante grado de acuerdo entre la opinión de los expertos de la EULAR y la muestra global de los médicos españoles sobre las 23 modalidades terapéuticas aplicadas a la artrosis de rodilla, sin que en ningún momento se observen diferencias estadísticamente significativas (tabla 3).

No obstante, cuando se comparan las diferentes especialidades entre sí mediante el análisis de varianza, se encuentran pequeñas desviaciones en el tratamiento de los enfermos según el especialista al que acuden, por lo que la confección y el repaso de este tipo de guías se hacen aconsejables. Algunas diferencias son casi lógicas, si se tiene en cuenta que la formación y la cartera de servicios de cada especialidad son distintas: así, los traumatólogos puntúan mejor las técnicas quirúrgicas, y los médicos de atención primaria valoran menos las formas terapéuticas que no realizan o a las que tienen más difícil acceso. Los médicos rehabilitadores eran los que mejor valoraban la balneoterapia, probablemente por tener una mayor formación y accesibilidad a la hidroterapia.

Dejando a un lado los sesgos propios de cada especialidad, hay varias opiniones, desde el punto de vista práctico, que convendría resaltar para la reflexión reposada del lector. Por un lado, llama la atención el mayor peso que otorgan al lavado articular los reumatólogos y los cirujanos ortopédicos respecto al resto de las especialidades y al comité de expertos; en este sentido cabe señalar dos recientes estudios ciegos y controlados, posteriores al trabajo de la EULAR, donde no se encuentran diferencias significativas entre lavado articular y placebo en la artrosis de rodilla^{5,6}. Las infiltraciones locales son mejor valoradas por los reumatólogos que por el resto de los grupos, lo que indudablemente señala un sesgo propio de la especialidad en el que habrá que profundizar y basarlo en adecuadas evidencias científicas. En cuanto a la utilización de opioides, los médicos de atención primaria (con 29,5) son los que mejor la valoran, mostrando una diferencia estadísticamente significativa con los traumatólogos, aunque es posible que aquellos atiendan a un tipo de pacientes de edad más avanzada, con procesos concomitantes en los que estaría justificada esta actitud terapéutica.

En el caso de las ortesis patelares, los rehabilitadores y los médicos de atención primaria otorgan unas puntuaciones superiores a las de los cirujanos ortopédicos y los reumatólogos (tabla 4), mientras que en el caso de las prótesis articulares en los médicos de atención primaria se observa una clara infravaloración respecto al resto de las especialidades, y los reumatólogos también adjudican una

valoración significativamente inferior que los traumatólogos, aunque en este caso los reumatólogos están más próximos a la opinión expresada por el comité de expertos. Otra técnica quirúrgica como la osteotomía es claramente mejor considerada por los cirujanos ortopédicos que por el resto de los especialistas; en este sentido, los expertos dan una puntuación intermedia pero más cercana a la de los cirujanos. De la observación cuidadosa de la tabla 4 se pueden extraer muchas otras conclusiones interesantes sobre aspectos que podrían ser revisados para acomodar nuestra práctica a los mejores conocimientos de los que se dispone en la actualidad. No obstante, muchas de estas diferencias, aunque estadísticamente significativas, no representan probablemente marcadas diferencias en la práctica clínica, ya que en parte son debidas a la variabilidad subjetiva en la aplicación de puntuaciones en la EAV anteriormente citada. Hay que señalar también que parte de las diferencias que aparecen en atención primaria son atribuibles al mayor número de médicos de esta especialidad, lo que hace más fácil conseguir la significación estadística. De igual modo, y en sentido contrario, la falta de significación estadística entre las diferentes especialidades y los expertos de la EULAR que aparece en la tabla 4 se debe, en parte, al bajo número de estos últimos, por lo que es interesante repasar atentamente la tabla para observar cómo se diferencia su especialidad de las restantes, incluyendo el comité de expertos.

Si la aptitud de esta muestra representa a la globalidad de los médicos de España, deberíamos felicitarnos porque probablemente nos hallamos en el camino de ofrecer la excelencia terapéutica a quienes acuden a nuestras consultas. Sólo una duda empaña esta opinión optimista: el bajo número de respuestas obtenidas, lo que puede haber sesgado el resultado, ya que es posible que los que han respondido sean los más interesados en la gonartrosis y los que han leído las recomendaciones EULAR², y probablemente las publicadas por el American College of Rheumatology (ACR)⁷⁻⁸. Es decir, dado el bajo número de respuestas, es posible que la elevada puntuación obtenida por las recomendaciones de la EULAR y el acuerdo con las opciones terapéuticas se deban a que quienes han respondido son los más concienciados y los mejores conocedores del tema.

Esta baja participación nos debería hacer reflexionar para mejorar en el futuro si queremos dar validez a las conclusiones o preguntas que, con interés científico, nos planteen determinadas entidades o sociedades de reconocida solvencia. Cabe señalar que este tipo de consultas tienen, en España, un índice de respuestas inferior al de otras naciones de nuestro entorno, y que incluso reumatología, con un 15,5% de respuestas, pese a ser la especialidad que más encuestas ha remitido, está sólo un

9% por encima de la media nacional. Eso sucede pese a que la artrosis es la enfermedad reumatológica más prevalente y que el estudio EPISER señala que la artrosis sintomática de rodilla afecta al 10,6% de los españoles mayores de 20 años⁹, porcentaje que asciende al 33,7% si se tiene en cuenta la población en la octava década de la vida¹⁰.

Es importante destacar que el paracetamol es la opción farmacológica mejor puntuada en el tratamiento de la artrosis de rodilla. Ello está de acuerdo tanto con las recomendaciones de la EULAR² como con las guías del ACR^{7,8}. Esta opción alcanzaba las puntuaciones más altas entre los reumatólogos y los médicos de atención primaria, ligeramente superior a la otorgada por los expertos.

En relación con las 10 recomendaciones de la EULAR para el tratamiento de la gonartrosis, la encuesta revela que son ampliamente aceptadas por todas las especialidades (tabla 5), lo que queda avalado por el hecho de que las puntuaciones de EAV obtenidas se sitúan prácticamente entre los 70 y los 95 mm en todas las recomendaciones. Aunque existen pequeñas diferencias entre algunas de las puntuaciones otorgadas por las distintas especialidades, éstas no son importantes dada la alta puntuación que consiguen todas las recomendaciones terapéuticas.

En conclusión, las recomendaciones de la EULAR sobre el tratamiento de la gonartrosis son bien aceptadas tanto por la globalidad de los médicos españoles como por las diferentes especialidades que tratan esta enfermedad del aparato locomotor en España. Las pequeñas diferencias detectadas deberían hacernos releer los artículos en los que se ha basado el informe de evidencia científica presentado al comité de expertos para la redacción de la guía terapéutica, con el fin de ofrecer a nuestros pacientes los mejores tratamientos posibles.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a Bristol-Myers Squibb por la infraestructura prestada que ha hecho posible el envío y la recogida de da-

tos de esta encuesta, así como al Dr. Ángel Herranz, del Servicio de Bioquímica del Hospital La Paz, sin cuya ayuda no hubiese sido posible el análisis estadístico de los resultados.

Bibliografía

1. Tornero J, Rodríguez U, Massip M, Vidal J, Fernández-Echevarría JA. La enfermedad reumática como causa de incapacidad laboral permanente en España. *Rev Esp Reumatol* 1992; 19:294-7.
2. Pendleton A, Arden N, Dougados M, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma SW, et al. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2000;59: 936-44.
3. Hochberg MC, Perlmuter DL, Hudson JI, Altman RD. Preferences in the management of osteoarthritis of the hip and knee: results of a survey of community-based rheumatologists in the United States. *Arthritis Care Res* 1996;9:170-6.
4. Katz BP, Freund DA, Heck DA, Dittus RS, Paul JE, Wright J, et al. Demographic variation in the rate of knee replacement: a multi-year analysis. *Health Serv Res* 1996;31:125-40.
5. Mosley JV, O' Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2002;347: 81-8.
6. Bradley JD, Heilman DK, Katz BP, Gsell P, Wallick JE, Brandt KT. Tidal irrigation as treatment for knee osteoarthritis: a sham-controlled, randomized, double-blinded evaluation. *Arthritis Rheum* 2002;46:100-8.
7. Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, Clark BM, Dieppe PA, Griffin MR, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part II. Osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum* 1995;38:1541-6.
8. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee. *Arthritis Rheum* 2000;43:1905-15.
9. Trujillo E, Rodríguez C, Rojas P, Sampedro J, Carmona L, y grupo de trabajo EPISER 2000. Prevalencia de la artrosis de rodilla en la población española. Estudio EPISER 2000. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:S181.
10. Sociedad Española de Reumatología. Artrosis. Estudio EPISER: prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población española. Cap. V. Madrid: Fondo Editorial de la Sociedad Española de Reumatología, 2001; p. 61-75.