



**Libro Blanco**



# Resumen

## **Osteoartritis en Latinoamérica**

Investigación sobre factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento, con base en método Delphi modificado

Editor: TIPS Imagen y Comunicación 1967. C.A.

**Comité de expertos:**

Dr. Gustavo Nasswetter

Dra. Trina Navas

Dr. Carlos Fuentes



Escanear código QR para consultar referencias y versión completa del Libro Blanco OA en Latinoamérica

## INTRODUCCIÓN

La evolución de la humanidad y los avances científicos han permitido aumentar la expectativa de vida a límites poco imaginables a principios del siglo XX. Uno de los grandes logros ha sido el control de la mortalidad asociada a enfermedades infecciosas agudas, las cuales pasaron a un segundo plano, dando paso a patologías asociadas a la longevidad, cuyo incremento también es consecuencia de los cambios de estilo de vida debidos a la modernidad. Esto ha hecho que las enfermedades crónicas no transmisibles pasen a tener un papel protagónico en calidad de vida y costos de los sistemas de salud en el mundo entero.

Según la OMS, las enfermedades crónicas no transmisibles que causan la mayor tasa de mortalidad en adultos a nivel mundial son: cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus y afecciones respiratorias. Si bien la Osteoartritis (OA) no se considera una causa de muerte, es parte creciente de la morbilidad del adulto, se asocia con las condiciones clínicas mencionadas y es una causa muy importante de discapacidad, que en suma empeora el pronóstico de los pacientes.

La atención de la OA se ha centrado en esperar su expresión clínica, utilizando solo datos paracínicos radiológicos como instrumento diagnóstico en la práctica clínica común. Más recientemente la Tomografía y la Resonancia Magnética por Imagen (RMI) se han convertido en un instrumento adicional que define mejor la magnitud de las lesiones y, por tanto, permite optimizar las opciones terapéuticas, en especial, las quirúrgicas. La clínica es la herramienta más poderosa para el diagnóstico, pero su implementación es incompleta debido a la falta de identificación de la enfermedad en atención primaria y otras especialidades. Esto genera que la atención sea realizada exclusivamente por especialistas (reumatólogos, médicos internistas, traumatólogos, cirujanos de manos y fisiatras), lo que genera un subdiagnóstico que no permite la identificación epidemiológica adecuada.

El antiguo concepto de que la OA aparece exclusivamente en el adulto mayor debe ser corregido. El conocimiento actual de la enfermedad ha permitido identificar que la discapacidad puede aparecer muy precoz (40 años) y la orientación de su estudio por fenotipos ha permitido iniciar una reclasificación con identificación temprana de los riesgos, para plantearse tratamientos acorde a cada situación clínica. Esta nueva visión permitirá hacer prevención en aquellos pacientes en que se identifique el riesgo de la enfermedad, así como un abordaje terapéutico más eficiente.

Se ha optimizado la atención médica y se plantea que la forma adecuada debe ser multidisciplinaria y multimodal. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) y/o Consensos plantean que prácticamente cualquier especialidad que se lo proponga puede atender a un paciente con OA.

El abordaje terapéutico ha evolucionado desde la analgesia y la antiinflamación a la forma multimodal, que incluye aspectos fisioterapéuticos e invasivos, con la posibilidad de acciones mínimamente invasivas (inyecciones intrarticulares) hasta el reemplazo articular. La administración de medicación intraarticular que se inició con esteroides, actualmente cuenta con otros productos que restauran la fisiología articular como el Ácido Hialurónico (AH) y otras opciones como el Plasma Rico en Plaqueta (PRP). El AH cuenta con investigaciones que sustentan suficientemente su uso e identifica sus beneficios.

La información científica sobre OA es abundante y diversa. La consulta de Pubmed del día de la realización de esta introducción (febrero 2021) al consultar solo con la palabra osteoartritis de todos los tipos de publicación periódicas, reportó 2.936 artículos en los últimos 5 años que equivale a 585 por año. Esta magnitud de literatura disponible hace imposible que el médico se encuentre actualizado, de aquí que los documentos de GPC y/o Consensos cobren una gran relevancia para optimizar las conductas médicas.

Por esa razón, es de vital importancia conocer las opiniones de los expertos y los médicos en ejercicio que atienden pacientes con OA. La meta a largo plazo debe ser homogeneizar las conductas a través de las Sociedades Científicas y organismos gubernamentales dedicados a la atención en salud.

Aún hay mucho que optimizar en los aspectos de atención al paciente con OA. El tratamiento adecuado según el

momento de la enfermedad, severidad y modalidades terapéuticas, incluyendo el uso oportuno del AH y otras medidas mínimamente invasivas, a fin de mejorar el pronóstico del paciente y no esperar solo a minimizar el dolor y la funcionalidad.

Este trabajo revisa en extenso la diversidad de información científica disponible sobre la OA de los últimos 5 años, condensa la orientación epidemiológica, factores de riesgo, aspectos clínicos, conductas terapéuticas, información de consensos, con especial análisis sobre la conducta de los médicos latinoamericanos que atienden esta enfermedad y la evidencia del uso del AH.

## OBJETIVO GENERAL

Conocer la realidad respecto al diagnóstico y tratamiento de pacientes con OA en Latinoamérica.

### Objetivos específicos

Establecer el estado del arte y la visión de futuro de la atención de la OA, con base en la estimación de la frecuencia de la consulta por OA, sus factores de riesgo, repercusión en la calidad de vida, abordaje terapéutico, adherencia e impacto económico

Conocer si existen diferencias en el manejo de la OA en función de la especialidad del médico tratante.

Analizar las visiones de los médicos referentes y de los especialistas sobre la conducta terapéutica para el abordaje de la OA.

## MÉTODO

Investigación con base en el método Delphi modificado, para lo cual se creó un comité de expertos que desarrolló los instrumentos requeridos en cada etapa de la investigación, los cuales fueron: Cuestionario para entrevista a profundidad, encuesta de Primera Ola y Encuesta de Segunda Ola. Se inició con la entrevista a profundidad para luego levantar la información a través de las focalizada en las experiencias de los especialistas líderes de opinión que se relacionan directamente con el usuario final (el paciente).

Los criterios de inclusión: Médicos especialistas médicos en Traumatología y Ortopedia, Reumatología, Medicina del Deporte y Medicina Física y Rehabilitación referentes en cada uno de sus países.

Se procedió a realizar entrevistas de forma personal con los expertos y de forma personal o modalidad electrónica con los especialistas.

### Tratamiento estadístico

En los tres tiempos de la investigación se aplicó estadística descriptiva, mediante medidas de proporción (porcentaje) y medidas de tendencia central.

Se entrevistaron 39 líderes de opinión para estructurar las encuestas. La encuesta de primera ola se aplicó entre enero-octubre 2018 a 1000 médicos y fue respondida por 721. La encuesta de 2<sup>a</sup> ola se aplicó entre enero-mayo 2019 a 1000 médicos, con exclusión de 271 y se ingresaron 729.

## EPIDEMIOLOGÍA

### Resultados

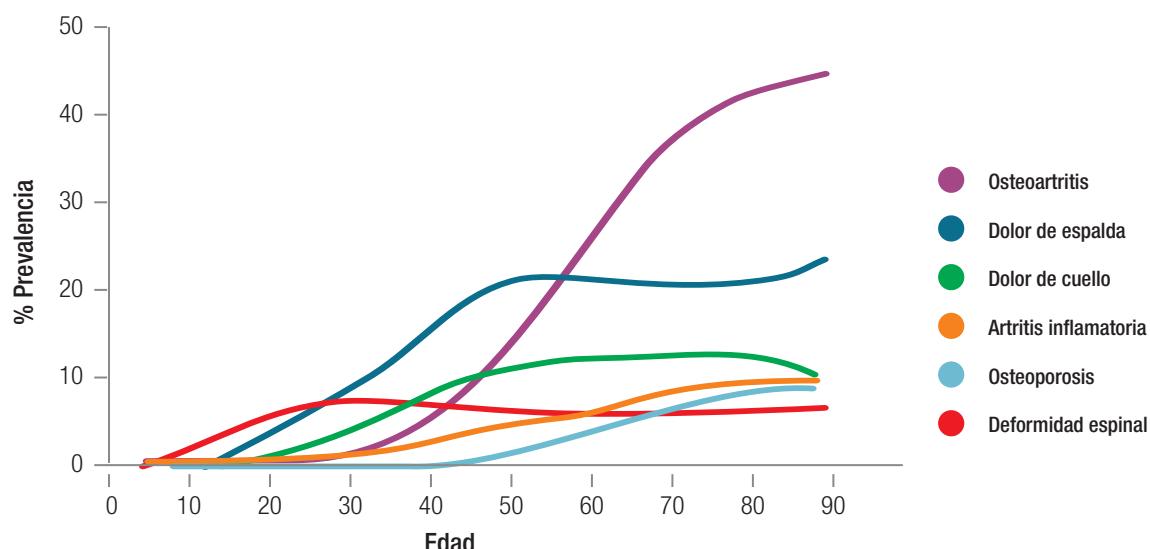


Figura 1. Prevalencia de las enfermedades musculoesqueléticas por edad (Palazzo, 2016)

Tabla 1. Resumen de las variables demográficas por país (Reginato et al)

| País                 | N    | Edad, media ± DE | Sexo, hombre / mujer |              | Grupo étnico predominante (%) | Trabajo predominante (%) |
|----------------------|------|------------------|----------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------|
| Argentina            | 177  | 66,0 ± 10,3      | H                    | 22 (12,4%)   | Blanco (72,3%)                | Trabajo en casa (76,8%)  |
|                      |      |                  | M                    | 155 (87,6%)  |                               |                          |
| Bolivia              | 171  | 61,1 ± 10,4      | H                    | 26 (15,2%)   | Mestizo (78,9%)               | Trabajo en casa (74,3%)  |
|                      |      |                  | M                    | 145 (84,8%)  |                               |                          |
| Chile                | 102  | 61,4 ± 9,1       | H                    | 20 (19,6%)   | Blanco (100%)                 | Trabajo en casa (55,9%)  |
|                      |      |                  | M                    | 82 (80,4%)   |                               |                          |
| Colombia             | 111  | 67,9 ± 7,7       | H                    | 5 (4,5%)     | Mestizo (97,3%)               | Trabajo en casa (93,7%)  |
|                      |      |                  | M                    | 106 (95,5%)  |                               |                          |
| Cuba                 | 210  | 60,9 ± 10,4      | H                    | 43 (20,5%)   | Blanco (58,1%)                | Trabajo en casa (60%)    |
|                      |      |                  | M                    | 167 (79,5%)  |                               |                          |
| El Salvador          | 98   | 63,1 ± 10,9      | H                    | 11 (11,2%)   | Mestizo (100%)                | Trabajo en casa (69,4%)  |
|                      |      |                  | M                    | 87 (88,8%)   |                               |                          |
| Guatemala            | 56   | 65,3 ± 10,1      | H                    | 8 (14,3%)    | Mestizo (100%)                | Trabajo en casa (62,5%)  |
|                      |      |                  | M                    | 48 (85,7%)   |                               |                          |
| México               | 709  | 61,4 ± 11,2      | H                    | 79 (11,1%)   | Mestizo (74,6%)               | Trabajo en casa (75,5%)  |
|                      |      |                  | M                    | 630 (88,9%)  |                               |                          |
| Paraguay             | 41   | 69,3 ± 8,76      | H                    | (14,6%)      | Blanco (85,4%)                | Trabajo en casa (48,8%)  |
|                      |      |                  | M                    | 35 (85,4%)   |                               |                          |
| Perú                 | 10   | 61,1 ± 8,9       | H                    | 5 (50%)      | Mestizo (100%)                | Trabajo en casa (20%)    |
|                      |      |                  | M                    | 5 (50%)      |                               |                          |
| República Dominicana | 40   | 64,4 ± 8,1       | H                    | 8 (20%)      | Mestizo (55%)                 | Trabajo en casa (75%)    |
|                      |      |                  | M                    | 32 (80%)     |                               |                          |
| Uruguay              | 113  | 67,9 ± 8,9       | H                    | 14 (12,4%)   | Blanco (94,7%)                | Trabajo en casa (82,3%)  |
|                      |      |                  | M                    | 99 (87,6%)   |                               |                          |
| Venezuela            | 1202 | 61,7 ± 8,9       | H                    | 274 (22,8%)  | Mestizo (65,2%)               | Trabajo en casa (58,5%)  |
|                      |      |                  | M                    | 928 (77,2%)  |                               |                          |
| Total                | 3040 | 62,5 ± 10,5      | H                    | 521 (17,1%)  | Mestizo (59,4%)               | Trabajo en casa (67%)    |
|                      |      |                  | M                    | 2519 (82,9%) |                               |                          |

Tabla 2. Incidencia por articulación. Realizada a partir de información de Reyes *et al*

| Articulación   | Peso Normal<br>(1000 personas/año) | Obesidad Clase II<br>(1000 personas/año) |
|----------------|------------------------------------|--|
| <b>Rodilla</b> | 3,7                                | 19,5                                     |
| <b>Cadera</b>  | 1,7                                | 3,8                                      |
| <b>Mano</b>    | 2,6                                | 4,9                                      |

Tabla 3. Riesgo relativo de reemplazo de rodilla y obesidad. Realizada a partir de Leyland 2016

|                        | Sobrepeso | Obesidad I | Obesidad II | Obesidad III |
|------------------------|-----------|------------|-------------|--------------|
| <b>Riesgo Relativo</b> | 41%       | 97%        | 139%        | 167%         |

Con base en los hallazgos de la entrevista a profundidad, se realizó una encuesta en primera ola cuyos resultados se iteraron en segunda ola. A continuación, los hallazgos más importantes.

### PRIMERA OLA

La primera ola estuvo constituida por 721 médicos en el grupo total, distribuidos en 76,7% hombres y 23,3% mujeres.

La participación según países fue la siguiente: México 22% El Salvador 13%, Perú 9,79%, Honduras 8,35%, Brasil 7,91%, Argentina 7,51%, Bolivia y Colombia 5,63% y otros en menor porcentaje.

La mayoría de los médicos refirieron pertenecer a las especialidades de Traumatología y Ortopedia (54%) y Reumatología (20%), lo que representa 74% del total de encuestados. El 26% restante estuvo conformado por fisiatras (3%), médicos generales (17%), médicos cirujanos (1%) y el 5% restante (otros) incluyó anestesiólogos, endocrinólogos, geriatras, ginecólogos, imagenólogos, inmunólogos, médicos internistas, de familia, paliativistas, neurólogos, oncólogos y pediatras.

En esta investigación se buscó conocer el porcentaje de pacientes tratados, según cada estadio de la OA, para lo cual las preguntas se diseñaron por estadio y por rango de porcentajes de pacientes tratados en consulta. Los rangos fueron los siguientes:

| Rangos |         |
|--------|---------|
| 1-10%  | 11-20%  |
| 21-40% | 41-60%  |
| 61-80% | 81-100% |

### Frecuencia de diagnóstico de OA en consulta

En cuanto a la cantidad de pacientes que asisten a consulta y son diagnósticos con OA, la mayoría de los

médicos indicó que esto ocurre hasta en un 60% de sus casos. En el gráfico 1 se pueden observar las proporciones de diagnóstico.

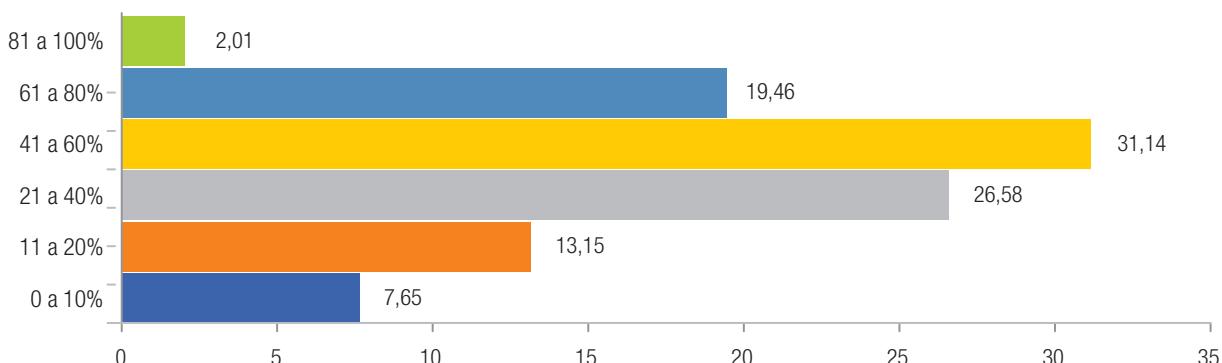


Gráfico 1. Frecuencia de diagnóstico de OA en consulta

Al observar los resultados por especialidad, los traumatólogos y reumatólogos presentan la mayor frecuencia en el rango de 41 a 60% de diagnóstico de OA en su consulta, con 31% y 45%, respectivamente. El 33% de los fisiatras refieren diagnosticar OA en 21-40% de sus consultas.

El predominio de factores de riesgo según más del 70% de los encuestados, en orden de mayor a menores:

|                      |              |                                    |              |
|----------------------|--------------|------------------------------------|--------------|
| Ser mujer            | <b>98%</b>   | Actividad laboral                  | <b>95,8%</b> |
| Obesidad             | <b>97,9%</b> | Genética                           | <b>93,9%</b> |
| Menopausia           | <b>96,8%</b> | Nutrición                          | <b>93,7%</b> |
| Lesiones no tratadas | <b>95,9%</b> | Ser deportista de alta competencia | <b>93%</b>   |

Al observar los resultados sobre el grado de afectación según los estadios de la OA, se encontró que más de la mitad de los encuestados describe que los pacientes presentan síntomas importantes desde el estadio uno.

Tabla 4. Grado de afectación de la OA según estadios

| Grado de afectación (%)                     | Estadios |      |      |      |
|---|----------|------|------|------|
|   | 1        | 2    | 3    | 4    |
| Dolor                                       | 87       | 99   | 99,6 | 98,1 |
| Limitación a la movilidad (bajar escaleras) | 72       | 94   | 99,3 | 97,8 |
| Limitación actividad cotidiana              | 59       | 85,6 | 98,4 | 98,7 |
| Dificultad para caminar                     | 57,7     | 83,2 | 97,6 | 98,1 |

Tabla 5. Grado de afectación de la calidad de vida debido al dolor

| Grado de afectación (%) | Estadios |      |      |      |
|-------------------------|----------|------|------|------|
|                         | 1        | 2    | 3    | 4    |
| Muchísimo               | 3,6      | 3    | 10,6 | 52,4 |
| Mucho                   | 11,8     | 19,8 | 55,7 | 30,9 |
| Bastante                | 19,1     | 52,3 | 30,2 | 9,2  |
| Poco                    | 52,7     | 23,9 | 2,7  | 5,7  |
| Ninguno                 | 12,8     | 0    | 0    | 0    |

Respecto al cumplimiento del tratamiento, la mayor frecuencia reportada por los especialistas fue de 37,4% en el rango 41-60 de sus pacientes, seguido del 26,3% en el rango 21-40. No hubo diferencias entre especialidades.

Al solicitar que jerarquizaran los factores para el cumplimiento del tratamiento en orden de importancia, el primero fue alivio del dolor con 57,7% clasificado como lo más importante, seguido de 47% para mejoría de la movilidad definida como "bastante importante"; evitar la cirugía y el costo del tratamiento también fueron considerados como "bastante importante" con porcentajes similares, 33,6% y 31,4% respectivamente. Vale la pena destacar que en tercer lugar se consideró como "importante" el costo del tratamiento (32%) seguido de evitar cirugía (29%).

Los tratamientos no farmacológicos evaluados fueron: fisioterapia, terapias externas (calor, frío, hidroterapia, masajes), acupuntura, kinesiología, apoyo nutricional y ejercicios de bajo impacto. En general y por especialidad, la fisioterapia es el tratamiento no farmacológico más usado; los médicos refieren indicarla en más de 41% de los pacientes con una frecuencia total de 63,5%; 25,77% de los médicos la prescribe en el rango 61-80 de sus pacientes.

Los tratamientos farmacológicos evaluados fueron: analgésicos, Anti-inflamatorios No Esteroideos (AINE), glucosamina sulfato, condroprotectores, viscosuplementadores, colágeno, corticoides intraarticulares, opioides, Plasma Rico en Plaquetas (PRP) y células madre. También se les presentó la opción de que indicaran algún otro que no estuviera en los referidos.

La pregunta permitía seleccionar todas las opciones utilizadas por los especialistas. 63,9% indicó que prescribe analgésicos, seguidos de AINE con 52,2%, glucosamina sulfato 44,7%, condroprotectores 42,7%, viscosuplementadores 28,5%, colágeno 20,1%, corticoides intraarticulares 14,4%, opioides 13,4%, PRP 4,6% y células madre 1,9%. El 3,4% comentó otros. Al analizar la frecuencia con que los médicos prescriben cada opción farmacológica se encontró que la más elevada la obtuvieron los analgésicos con 35,17% en el rango 81-100 y 30,74% en 61-80 de los pacientes. En segundo lugar, en el rango 61-80, con frecuencia del 26% (diferenciadas por décimas) están tres opciones terapéuticas: AINE, condroprotectores y glucosamina+condroitin. Estos cuatro fármacos presentan una alta frecuencia de prescripción, por encima del 14% a partir del rango 41-60 de pacientes. Los opioides y el colágeno tienen un patrón de administración bajo; los rangos de no-uso y 1-10 suman 38,92% para opioides y 29,13% para colágeno, con un máximo de uso en el rango de 21-40 de 14,23% de opioides y 15,97% de colágeno.

Los medicamentos intraarticulares son menos utilizados que los orales o parenterales. Los rangos de aplicación se pueden observar en las tablas 6 y 7.

Tabla 6. Prescripción de tratamientos farmacológicos (Intraarticular)

|                  | Intraarticular       |                |       |                |
|------------------|----------------------|----------------|-------|----------------|
|                  | Viscosuplementadores | Corticoides IA | PRP   | Células madres |
| <b>0%</b>        | 7,38                 | 10,74          | 57,99 | 70,20          |
| <b>1 a 10%</b>   | 10,47                | 21,48          | 14,63 | 10,74          |
| <b>11 a 20%</b>  | 12,48                | 18,52          | 5,91  | 3,49           |
| <b>21 a 40%</b>  | 16,38                | 16,24          | 5,50  | 3,89           |
| <b>41 a 60%</b>  | 17,99                | 12,89          | 3,62  | 1,88           |
| <b>61 a 80%</b>  | 19,87                | 11,81          | 3,62  | 1,34           |
| <b>81 a 100%</b> | 9,66                 | 2,42           | 0,94  | 0,54           |
| <b>NR</b>        | 5,77                 | 5,91           | 7,79  | 7,92           |

No existió diferencias al analizar las diferencias en las prescripciones por especialidades.

Tabla 7. Prescripción de tratamientos farmacológicos

|                  | <b>Analgésicos</b> | <b>AINE</b> | <b>Condro-protectores</b> | <b>GS +C</b> | <b>Opioides</b> | <b>Colágeno</b> |
|------------------|--------------------|-------------|---------------------------|--------------|-----------------|-----------------|
| <b>0%</b>        | 0,40               | 2,02        | 4,03                      | 4,70         | 16,91           | 15,17           |
| <b>1 a 10%</b>   | 1,61               | 4,97        | 6,04                      | 6,17         | 22,01           | 13,96           |
| <b>11 a 20%</b>  | 2,95               | 7,92        | 6,71                      | 7,65         | 15,30           | 11,54           |
| <b>21 a 40%</b>  | 9,40               | 12,48       | 13,96                     | 11,14        | 14,23           | 15,97           |
| <b>41 a 60%</b>  | 14,50              | 15,57       | 19,06                     | 18,66        | 10,34           | 14,90           |
| <b>61 a 80%</b>  | 30,74              | 26,71       | 26,04                     | 26,71        | 11,28           | 12,21           |
| <b>81 a 100%</b> | 35,17              | 25,91       | 18,52                     | 19,73        | 2,55            | 9,13            |
| <b>NR</b>        | 5,23               | 4,43        | 5,64                      | 5,23         | 7,38            | 7,11            |

En cuanto a los AINE, los especialistas que más frecuentemente los utilizan son los médicos internistas, seguidos de los fisiatras. Los médicos del deporte reportan una frecuencia idéntica del 33,33% en los últimos tres rangos de pacientes.

El uso de los opioides es bajo. La negación más alta del uso fue 66,67% y correspondió de forma equivalente a internistas y médicos del deporte, siguieron los traumatólogos y fisiatras en 19% cada uno y los reumatólogos en 10,49%. Los reumatólogos fueron quienes lo usaron con mayor frecuencia en 24,48% en el rango 1-10.

En cuanto a los condroprotectores, los médicos del deporte los prescriben en 100% de sus pacientes, mientras que reumatólogos los utilizan con frecuencias por encima del 40% de sus pacientes, seguidos de los traumatólogos y fisiatras, los médicos internistas comentaron frecuencias de administración entre 20 y 30%.

Los resultados con la combinación glucosamina-condroitin sulfato son similares a los reportados con condroprotección.

En cuanto a la viscosuplementación, los fisiatras refieren la mayor frecuencia de uso, con dos picos en el rango 61-80 con 33,33% y 11-20 con 28,57%. Los traumatólogos afirman que 24,94% la utilizan en el rango 61-80. Los reumatólogos afirman una frecuencia de 20,28% tanto en el rango 11-20 como en el de 21-40. La frecuencia de los médicos internistas fue de 33,33% en 11-20. Los médicos del deporte refieren una frecuencia de uso de 33,33% en cada uno de los rangos 41-60, 61-80 y 81-100.

Los corticoides intraarticulares no son indicados por el 22,22% de los médicos internistas, 13,78% de los traumatólogos y 5,59% de los reumatólogos; los médicos del deporte y los fisiatras no negaron su administración. Los traumatólogos reportaron que los utilizan en un máximo de 20% de sus pacientes, los reumatólogos lo hacen hasta en un 26% de los casos, los fisiatras en un máximo de 19%, los médicos internistas en un 33%, al igual que los médicos del deporte.

Sobre el PRP, los especialistas niegan su uso con la siguiente frecuencia: 77,78% de los médicos internistas, 70,63% de los reumatólogos, 66,67% de los médicos del deporte, 61,90% de los fisiatras y 55,34% de los traumatólogos. La mayor frecuencia de uso se observa en los médicos del deporte con 33,33% en 61-80 de sus pacientes. El resto de las especialidades reportan frecuencias muy bajas de uso.

Las células madre no son indicadas por los médicos internistas ni por los médicos del deporte en el 100% de los casos, seguidos por 80,42% de los reumatólogos, 69,36% de los traumatólogos y 66,67% de los fisiatras.

### Prescripción de viscosuplementación

Al observar los resultados del conjunto de todos los especialistas encuestados, en los estadios 1 y 2 su utilización es baja, con máximos de 20% de aplicación en el rango 1-10 de pacientes.

En estadio 3, la viscosuplementación no es utilizada por 15% de los encuestados como primera opción de tratamiento de la OA. La frecuencia más alta en esta opción se observó en el rango 61-80 de pacientes, con 18,86% de indicación; el resto de los rangos obtuvieron frecuencias entre 11 y 14%. Como segunda opción, los especialistas reportaron entre 14% y 18% de uso en los diferentes rangos de pacientes. Un 17% afirmó que no usa viscosuplementación como tercera opción y su utilización osciló entre 13% y 16% en todos los rangos. Como cuarta opción en estadio 3, el 25% indicó no usarla y las frecuencias de aplicación en los diferentes rangos de pacientes fue baja.

En el estadio 4, el 27,48% afirmó no indicarla como primera opción y en el resto de los rangos de pacientes que asisten a consulta los porcentajes uso estuvo entre 10% y 14%. Como segunda opción en este estadio el 22,64% no la indica y en los diferentes rangos de pacientes oscilaron entre 8% y 14%. Los porcentajes fueron muy similares como tercera y cuarta opción de tratamiento.

Traumatólogos: en el estadio 1, el 34,20% respondió que no aplica viscosuplementación como primera opción terapéutica en este estadio. En estadio 2, la indican en un 15,68% al rango 61-80 de pacientes. En estadio 3, es la primera opción para el 20,43% de estos especialistas en el rango 61-80 y para el 16% en los rangos 41-60 y 81-100. En el estadio 4 la frecuencia de prescripción fue baja.

Reumatólogos: en el estadio 1, el 49,65% respondió que no indica viscosuplementación como primera opción y en los rangos de pacientes la prescripción osciló entre 10 y 13%. En los estadios 2, 3 y 4, la aplican en un promedio del 15% al 20% como segunda, tercera o cuarta opción.

Fisiatras: en el estadio 1 indican viscosuplementación como primera, segunda, tercera y cuarta opción en porcentajes que varían entre 9% y 30%. En el estadio 2, la aplican como primera opción en un 24% y como segunda y tercera opción en 14%, respectivamente, en el rango 61-80 de pacientes. En el estadio 3, 46,72% de los fisiatras indica viscosuplementación en este estadio como primera opción terapéutica en el rango 61-80. En el estadio 4: 19,05% de los fisiatras recomiendan viscosuplementación como primera opción en este estadio a 61-80 de sus pacientes.

Médicos internistas: en estadio 1, en general no indican viscosuplementación como primera ni segunda opción terapéutica, un 22,22% la indica como tercera opción en el rango 21-40 de pacientes. En los estadios 2 y 3, el 33,33% indica viscosuplementación como primera opción terapéutica en 21-40 de sus pacientes, y en el estadio 4, el 22,22% lo indica como primera opción al 41-60 de sus pacientes.

Médicos del deporte: en el estadio 1: 100% de estos especialistas no consideran el uso de viscosuplementación como primera opción en este estadio y un 33,33% la administra como segunda, tercera y cuarta opción en los rangos 21-40 y 81-100 de pacientes. En el estadio 2, la frecuencia de aplicación como segunda opción en los rangos 61-80 y 81-100 es del 33,33% respectivamente. En el estadio 3, el 67% la considera como primera y segunda opción en el rango 61-80, mientras que en el estadio 4 la aplican en un 33,33% en los rangos 61-80 y 80-100.

En cuanto a la indicación de viscosuplementación según la articulación afectada, la rodilla es la más frecuentemente viscosuplementada con promedios que oscilan entre 20% y 23% en los estadios 2 y 3.

En cadera, hombro, tobillo, muñeca y zona lumbar, un 35% a 55% de los encuestados no indica viscosuplementación, un promedio de 10% de los especialistas afirmó indicarla en el rango de 1-10 de sus pacientes. Los médicos del deporte, reumatólogos y traumatólogos fueron los que más hicieron la prescripción.

## SEGUNDA OLA

Para la segunda ola, se obtuvo la información de 729 médicos, los cuales se distribuyeron según su especialidad en 55,7% traumatólogos, 28,2% reumatólogos, 6,4% médicos internistas, fisiatras 3,4%, médicos del deporte 0,3% y otros 6%.

En cuanto a los países participantes, la mayor representación fue de México con 17%, seguido de Colombia y Guatemala con 12%, Ecuador con 11% y el resto según se muestra en el gráfico 2.

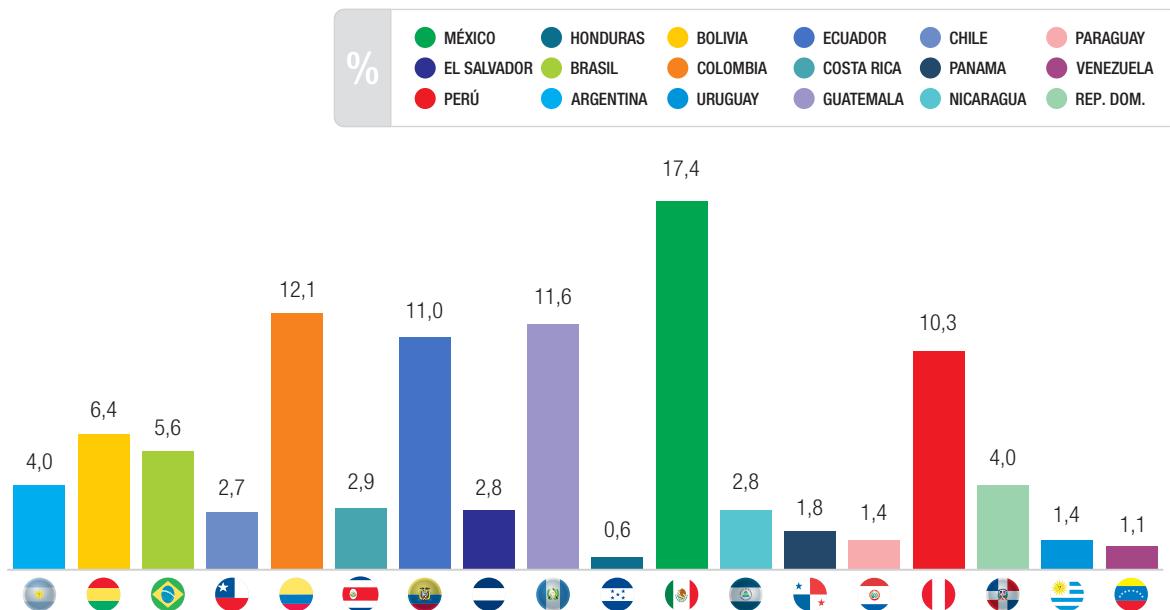


Gráfico 2. Distribución de especialistas encuestados por países

En esta etapa se preguntó el grado de acuerdo con los resultados de la primera ola. Respecto a los factores de riesgo más importantes (edad, ser mujer y obesidad), el 81% estuvo de acuerdo.

Sobre si la prevalencia de la OA en la consulta externa es mayor al 40%, hubo un acuerdo del 83% lo que se mantuvo en más del 70% para todas las especialidades.

El 85,6% de los encuestados estuvo de acuerdo con que el 60% de sus pacientes no cumple el tratamiento, con acuerdo en todas las especialidades por encima del 80%.

Sobre si el alivio del dolor y la mejoría de la movilidad son los factores que determinan el cumplimiento del tratamiento, la respuesta fue afirmativa en el 96% de los consultados, con promedios muy similares en todas las especialidades.

Respecto a los tratamientos no farmacológicos, el 95% estuvo de acuerdo en que los de mayor prescripción en frecuencia son: fisioterapia, ejercicios de bajo impacto, terapias externas y apoyo nutricional, en lo que concordaron más del 92% de todas las especialidades.

El nivel de acuerdo respecto a que los tratamientos farmacológicos más indicados son analgésicos, AINE, condroprotectores y viscosuplementación, también fue del 95%, y según especialidades se observó una tendencia similar a las anteriores.

Hubo un acuerdo del 86% en la afirmación de que los tratamientos nuevos como PRP y células madre son poco utilizados.

En cuanto a la viscosuplementación como opción terapéutica en todos los estadios de la OA, el 48% de los consultados estuvo de acuerdo con esta afirmación, mientras que “la viscosuplementación es eficaz/muy eficaz en los estadios 1, 2 y 3 de la OA de rodilla”, obtuvo un 77% de acuerdo.

El 58% de los especialistas estuvo de acuerdo con la afirmación “la viscosuplementación es eficaz en el tratamiento de OA de cadera, hombro y tobillo”.

El 84% afirmó estar de acuerdo con: “El 77% de los especialistas considera que el principal mecanismo de acción de la viscosuplementación es mecánico; el 60% piensa que también mejora la calidad del ácido hialurónico endógeno y contribuye a la producción de nuevo ácido hialurónico”.

El 93% de los especialistas estuvo de acuerdo con que los tratamientos que con más frecuencia se combinan con VS son: analgésicos, AINE, condroprotectores y terapia no farmacológica, en todos los estadios.

En la afirmación “los deportistas de alta competencia solicitan como tratamiento la VS”, el 84% estuvo de acuerdo.

“La viscosuplementación es muy segura o segura” obtuvo un acuerdo general del 92%.

“La principal razón para no indicar viscosuplementación como primera línea de tratamiento en pacientes con OA es el costo”. El 65% de los consultados estuvo de acuerdo con este planteamiento.

El 94,5% expresó acuerdo con que los efectos más importantes de la VS son: disminución significativa del dolor, mejoría funcional y la reducción del consumo de analgésicos.

“El uso de corticosteroides intrarticulares puede ser catalogado como un tratamiento seguro en pacientes con OA”. Esta afirmación obtuvo un 47% de acuerdo.

El tiempo de diferimiento del reemplazo articular mediante el uso de Viscosuplementación es de al menos 2 años en el estadio 3 y más de seis meses en el estadio 4”. Esta afirmación obtuvo un 72% de acuerdo.

El grado de acuerdo con la afirmación “El esquema de tratamiento con viscosuplementación más utilizado es 1 dosis semanal por 5 semanas” fue del 61%.

El 99% de los encuestados estuvo de acuerdo con que las características más importantes para la selección de un viscosuplementador son: eficacia demostrada en ensayos clínicos y seguridad.

En la afirmación “la indicación de viscosuplementación posartroscopia de rodilla se realiza mayormente a las 3 semanas después de la intervención” el 76% de los encuestados respondió estar de acuerdo.

“La viscosuplementación intra-operatoria de rodilla es utilizada muy pocas veces” obtuvo un grado de acuerdo del 75%.

## CONCLUSIONES

Al analizar los resultados de la aplicación del método Delphi modificado, se puede concluir que, según la percepción de los especialistas latinoamericanos, la frecuencia de OA en la región es similar a la observada en estudios de otras partes del mundo, ya que la mayoría de los consultados en todas las etapas de la investigación afirmó que la frecuencia

de la OA en los pacientes que asisten a sus consultas es mayor al 50%.

Igualmente, se concluye que en Latinoamérica, los factores de riesgo para OA, en orden de importancia son: ser mujer, la edad y la obesidad. La genética, la actividad física, los traumatismos, la menopausia y los aspectos ocupacionales, continúan en orden de importancia (30-60% de frecuencia).

En cuanto al cumplimiento del tratamiento, la constante en este estudio fue que más del 40% de los pacientes cumple la terapia indicada, con lo cual el 60% no lo hace, principalmente debido a limitaciones económicas propias de la región latinoamericana.

En consonancia con las evidencias disponibles en la literatura, las principales razones para cumplir el tratamiento son alivio del dolor y mejoría de la movilidad. También se puede concluir que, como en toda patología crónica, a mayor tiempo con OA menor adherencia en todos los estadios de la enfermedad.

El tratamiento no farmacológico es considerado un factor clave en el abordaje terapéutico y los médicos latinoamericanos contemplan cambios en el estilo de vida, mantenimiento de un peso adecuado, actividad física de bajo impacto y una alimentación balanceada. La fisioterapia es el abordaje más prescrito.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los resultados permiten concluir que en Latinoamérica la OA se trata principalmente con analgésicos, AINE, condroprotectores y VS. Llama la atención que no hayan hecho referencia al uso de tratamiento local, lo cual identifica un área que requiere optimización, a fin de minimizar los efectos colaterales de la medicación oral.

En todas las etapas de la investigación los consultados mostraron una clara tendencia al uso del tratamiento multimodal, combinando las opciones farmacológicas con las nofarmacológicas.

Se observa una clara tendencia al acuerdo sobre la utilidad y beneficios de la VS, con diferencias propias de las especialidades. Entre los beneficios referidos destacan: brinda mejoría de dolor y de la funcionalidad, retarda la cirugía, pocos efectos colaterales y minimización de uso de otros medicamentos, para llevar al paciente a una mejoría de su calidad de vida.

Sin embargo, la preferencia de uso de la VS se centra en los estadios 2, 3, con una indicación eventual en el 4. A la luz de las evidencias más recientes, la aplicación temprana puede minimizar la progresión de la OA, por lo que se considera oportuna la educación médica en este sentido para lograr un cambio de conducta que beneficie a los pacientes latinoamericanos.

Según este estudio, las principales características de un viscosuplementador para ser prescrito son: buen perfil costo-beneficio, fácil almacenamiento, alto peso molecular, respaldado por ensayos clínicos y diseñado por biotecnología.

A pesar de que recientes investigaciones señalan los beneficios de la VS, hace falta diseñar nuevos estudios más específicos sobre los beneficios globales a largo plazo y en articulaciones diferentes a la rodilla, donde no se cuenta con tanta evidencia y el beneficio también debe ser amplio.

Con estos hallazgos futuros, los gobiernos, instituciones de salud y seguros podrán tomar decisiones sobre considerar el uso más temprano de la VS, con la consecuente preservación de la salud de la articulación.

La VS ha dejado su huella en la OA, pero queda un largo camino por recorrer para optimizar su uso y sus beneficios.

Tabla 8. Grado de acuerdo con resultados de la primera ola

| Enunciado  | Grado de acuerdo |
|--|------------------|
| Edad, ser mujer y obesidad son los factores de riesgo predominantes en pacientes con OA  | 81%              |
| La prevalencia del diagnóstico de OA en pacientes que asisten a consulta es mayor al 40 %  | 83%              |
| El 60% de los pacientes no cumple el tratamiento   | 86%              |
| Los factores que determinan el cumplimiento adecuado del tratamiento son: Alivio del Dolor, Mejoría de la Movilidad  | 96%              |
| Los tratamientos no farmacológicos prescritos con mayor frecuencia a pacientes con OA son: fisioterapia, ejercicios de bajo impacto, terapias externas, apoyo nutricional  | 95%              |
| Los tratamientos farmacológicos más indicados para pacientes con OA son: analgésicos, AINE, condroprotectores, viscosuplementadores  | 95%              |
| Los nuevos tratamientos como el Plasma Rico en Plaquetas y las Células Madre son todavía poco utilizados   | 86%              |
| La Viscosuplementación se considera una opción de tratamiento en todos los Estadios de la OA.  | 48%              |
| La Viscosuplementación resulta "MUY EFICAZ/EFICAZ" en los Estadios 1, 2 y 3 de la OA de rodilla.   | 77%              |
| La Viscosuplementación es EFICAZ en el tratamiento de la OA de cadera, hombro y tobillo  | 58%              |
| El 77% considera que el principal mecanismo de acción de la Viscosuplementación es mecánico, y el 60% que también mejora la calidad del ácido hialurónico endógeno y contribuye a la producción de nuevo ácido hialurónico | 84%              |
| Los tratamientos de OA que con mayor frecuencia se combinan con Viscosuplementación, en todos los estadios de la patología, son: analgésicos, AINE, condroprotectores, terapia no farmacológica                            | 93%              |
| Los deportistas de alta competencia solicitan como tratamiento la Viscosuplementación  | 84%              |
| La viscosuplementación es muy segura o segura  | 92%              |
| La principal razón para no indicar viscosuplementación como primera línea de tratamiento en pacientes con OA es el costo   | 65%              |
| Los efectos más importantes de la viscosuplementación son: disminución significativa del dolor, mejoría funcional y la reducción del consumo de analgésicos  | 94,5%            |
| El uso de corticosteroides intrarticulares puede ser catalogado como un tratamiento seguro en pacientes con OA   | 47%              |
| El tiempo de diferimiento del reemplazo articular mediante el uso de Viscosuplementación es de al menos 2 años en el estadio 3 y más de seis meses en el estadio 4   | 72%              |
| El esquema de tratamiento con Viscosuplementación más utilizado es 1 dosis semanal por 5 semanas   | 61%              |
| Las características más importantes para elegir un viscosuplementador para el tratamiento de OA son la eficacia demostrada con ensayos clínicos y la seguridad   | 99%              |
| La indicación de Viscosuplementación post artroscopia de rodilla se realiza mayormente a las 3 semanas después de la intervención  | 76%              |
| La Viscosuplementación intra-operatoria de rodilla es utilizada muy pocas veces  | 75%              |



Investigación auspiciada por Tecnofarma Latinoamérica