

ORIGINAL

Recibido: 24 de mayo de 2017
Aceptado: 15 de junio de 2017
Publicado: 7 de julio de 2017

SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA CON ARTROSIS

Carmen Llanos Val Jiménez (1), Jesús López-Torres Hidalgo (2), Eva María García Atienza (3), María Soledad Navarro Ruiz (1), Inmaculada Hernández Cerón (4), Lorena Moreno de la Rosa (5).

(1) Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, España.

(2) Servicio de Atención Primaria. Centro de Salud Zona VIII de Albacete. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, España.

(3) Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Albacete. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, España.

(4) Servicio de Atención Primaria. Centro de Salud de La Roda (Albacete). Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, España.

(5) Servicio de Atención Primaria. Centro de Salud de Casas Ibáñez (Albacete). Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, España.

RESUMEN

Fundamentos: Al igual que en otros problemas crónicos, en el abordaje del paciente con artrosis se tiende a un modelo de toma de decisiones compartidas, en el que el punto de vista del paciente debe ser considerado en la elección del tratamiento. El objetivo de este trabajo fue evaluar la satisfacción con el tratamiento en pacientes diagnosticados de osteoartritis y comprobar si existen diferencias entre diferentes opciones farmacológicas, así como determinar si existe asociación con el estado funcional y las características clínicas y sociodemográficas.

Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal en una muestra de 487 pacientes seleccionados mediante muestreo consecutivo. La variable principal fue el nivel de satisfacción con el tratamiento (cuestionario ARTS). El estado funcional de los pacientes fue evaluado mediante la escala WOMAC. Otras variables fueron: características del tratamiento, adherencia terapéutica, eventos adversos, y variables clínicas y sociodemográficas.

Resultados: En el cuestionario ARTS los pacientes, en un rango entre 28 y 87, obtuvieron una puntuación media de 65,3 (DE: 9,9). La puntuación no fue significativamente diferente en consumidores de 1, 2 o más fármacos. Entre quienes consumían un solo fármaco, no hubo diferencias entre los diferentes tipos de fármacos. En el estado funcional se obtuvo una puntuación media de 30,2 puntos (DE: 20,8) y se observó una débil correlación negativa con el nivel de satisfacción ($r = -0,252$; $p < 0,001$). Mediante regresión lineal múltiple, se observó mayor puntuación en la escala ARTS ($p < 0,05$) en pacientes con menor puntuación en la escala WOMAC, mayor edad y ausencia de eventos adversos.

Conclusión: En pacientes con osteoartritis se observa un nivel moderado de satisfacción con el tratamiento farmacológico, condicionado por su situación funcional, sus características sociodemográficas y por la presencia de eventos adversos. En general, la satisfacción no depende ni de las características del tratamiento ni del número de fármacos consumidos.

Palabras clave: Osteoartritis; satisfacción del paciente; terapéutica; cumplimiento de la medicación; atención primaria

Correspondencia
Carmen Llanos Val Jiménez
Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Albacete.
C/Hermanos Falcó 37.
02006. Albacete, España.
carmenllanosvj@gmail.com

ABSTRACT

Treatment satisfaction in primary care patients with osteoarthritis

Background: As in other chronic problems, the approach of the patient with osteoarthritis tends to a shared decision-making model, in which the patient's point of view must be considered in the choice of treatment. The objective was to evaluate treatment satisfaction in patients with osteoarthritis and to verify if there are differences between different pharmacological options, as well as to determine if there is any association with functional status and clinical and sociodemographic characteristics.

Methods: A cross-sectional observational study was conducted in a sample of 487 patients selected by consecutive sampling. The main variable was the level of satisfaction with the treatment (ARTS questionnaire). The functional status of the patients was assessed using the WOMAC scale. Other variables considered were: treatment characteristics, therapeutic adherence, adverse events, and clinical and sociodemographic variables.

Results: In the ARTS questionnaire the patients, in a range between 28 and 87, obtained an average score of 65.3 (SD: 9.9). The score was not significantly different in consumers of 1, 2 or more drugs. Among those who consumed only one drug, there were no differences between the different drug types. In the functional state, an average score of 30.2 points (SD: 20.8) was obtained and a weak negative correlation was observed with the level of satisfaction ($r = -0.252$; $p < 0.001$). Multiple linear regression showed a higher score on the ARTS scale ($p < 0.05$) in patients with lower WOMAC score, older age and absence of adverse events.

Conclusion: In patients with osteoarthritis, a moderate level of satisfaction with pharmacological treatment is observed, conditioned by their functional status, their sociodemographic characteristics and the presence of adverse events. In general, satisfaction does not depend on either the characteristics of the treatment or the number of drugs consumed.

Key words: Osteoarthritis; patient satisfaction; therapeutics; medication adherence; primary care.

Cita sugerida: Val Jiménez CL, López-Torres Hidalgo J, García Atienza EM, Navarro Ruiz MS, Hernández Cerón I, Moreno de la Rosa L. Satisfacción con el tratamiento en pacientes de atención primaria con artrosis. Rev Esp Salud Pública. 2017;91:5 de julio e201707037.

INTRODUCCIÓN

La artrosis u osteoartritis (OA) es una enfermedad degenerativa en la que se deteriora el cartílago articular y se produce una proliferación del hueso subcondral y una inflamación de la membrana sinovial⁽¹⁾.

Al igual que sucede en otros problemas crónicos, en el abordaje del paciente con artrosis también se ha observado un cambio en la relación médico-paciente, existiendo una mayor tendencia a un modelo de toma de decisiones compartidas, en el cual es importante el punto de vista del paciente y éste es más participe en la elección del tratamiento y en el uso de los servicios de salud^(2,3).

La satisfacción con el tratamiento se define como la evaluación, por parte del paciente, del proceso de la toma del tratamiento y de los resultados obtenidos⁽⁴⁾. La medición de la satisfacción se lleva a cabo mediante la cumplimentación, por parte del paciente, de cuestionarios estandarizados, validados y adaptados a cada idioma y cultura. Se dispone de cuestionarios sobre la satisfacción en general^(5,6), aplicándose la mayoría a la evaluación de enfermedades específicas^(7,8).

Para lograr una mayor satisfacción es importante conocer aquellos aspectos que más preocupan al paciente, como pueden ser el bienestar físico y psíquico, el alivio de síntomas, la adherencia y modo de administración del tratamiento y las restricciones relacionadas con los medicamentos⁽⁹⁾. De esta forma, se pretende también evaluar la satisfacción general, conocer la salud percibida por parte del paciente y ayudar a los profesionales a tomar decisiones acertadas⁽⁶⁾.

La valoración de la satisfacción se ve influenciada por factores como los valores personales de los pacientes, las características sociodemográficas, la relación médico-paciente, la historia de la enfermedad y la información sobre el tipo de tratamiento, su coste y accesibilidad al mismo⁽¹⁰⁾.

Generalmente los pacientes más satisfechos tienen mejor adherencia al tratamiento y mejor cumplimiento de las recomendaciones médicas que los que no lo están⁽¹¹⁾. Puede haber cambios en el resultado de satisfacción de un mismo paciente si éste cambia sus propias preferencias y como consecuencia se produce una modificación en su autoevaluación final. La insatisfacción se relaciona con la ineficacia del tratamiento y su coste, la falta de información y la realización de numerosas pruebas complementarias⁽¹²⁾.

Las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica para el tratamiento de OA^(13,14,15,16) se dividen en tres categorías: terapia no farmacológica, farmacológica y quirúrgica. El tratamiento ideal sería una combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas. La cirugía debe considerarse cuando no se obtenga respuesta con las medidas anteriores. El tratamiento de la OA tiene como objetivo aliviar el dolor, mejorar la capacidad funcional, evitar la progresión de la enfermedad y educar al paciente en el manejo de ésta⁽¹⁷⁾.

Las principales terapias no farmacológicas que se recomiendan son la educación sanitaria, el ejercicio, los cambios en el estilo de vida, la pérdida de peso y los dispositivos de apoyo. Respecto al tratamiento farmacológico, destacan los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), el paracetamol, los inhibidores selectivos de COX-2 (COXIBs), los opioides, las infiltraciones intraarticulares con esteroides y los fármacos sintomáticos de acción lenta (SYSADOA). Estos últimos fármacos, de aparición más reciente, incluyen sulfato de glucosamina, condroitín sulfato, diacereína y ácido hialurónico^(13,17).

La mayor parte de los estudios encontrados en la literatura utilizan el dolor y la capacidad funcional como medida principal de resultados y muy pocos se centran en la satisfacción con el tratamiento o en la repercusión de la enfermedad en la calidad de vida relacionada con la salud. Afortunadamente disponemos de la adaptación y validación en español del

Arthritis Treatment Satisfaction Questionnaire (ARTS), el cual permite valorar el resultado de diferentes tratamientos por parte de los afectados⁽⁷⁾.

En un estudio previo se describió la situación funcional y la autopercepción de salud de los pacientes con OA. Se concluyó que el dolor y la capacidad funcional eran las dimensiones más afectadas. Además, la situación funcional y la salud autopercebida fueron superiores en los pacientes activos, independientemente del número de articulaciones afectadas y de sus características sociodemográficas⁽¹⁸⁾.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de satisfacción con el tratamiento de los pacientes diagnosticados de OA y comprobar si existían diferencias entre las diferentes opciones farmacológicas disponibles en Atención Primaria. Por otra parte, determinar si el nivel de satisfacción guarda relación con el estado funcional, la presencia de eventos adversos o las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de carácter transversal en 8 consultas de Medicina de Familia, pertenecientes a 4 Centros de Salud del área sanitaria de Albacete (Zonas IV y VIII de la ciudad de Albacete y centros de salud de La Roda y Madrigueras). Los datos fueron recogidos durante el periodo comprendido entre mayo de 2014 y diciembre de 2015.

A partir de la historia clínica electrónica, mediante el sistema de codificación de las clasificaciones CIE-9 y CIAP-2, fueron identificados todos los pacientes diagnosticados de OA en las 8 consultas que participaron en el estudio. Los pacientes fueron entrevistados en su centro de salud tras concertar una cita mediante llamada telefónica. Cumplieron criterios de inclusión los pacientes adultos con OA de cualquier localización articular. Fueron excluidos los pacientes con dificultades sensoriales severas y/o deterioro intelectual

avanzado que impidiese la comunicación y la negativa a participar en el estudio tras conocer los objetivos del mismo. Mediante muestreo consecutivo, fueron seleccionados 487 sujetos, de los cuales respondieron afirmativamente 346 (71,0%). Dicho tamaño muestral corresponde a una proporción esperada indeterminada de pacientes satisfechos con el tratamiento ($P = 0,5$), un nivel de confianza del 95% y una precisión de $\pm 5,3\%$.

La variable principal fue el nivel de satisfacción con el tratamiento, evaluado mediante la versión española del cuestionario ARTS, el cual fue desarrollado inicialmente por Trudeau en lengua francesa⁽¹⁹⁾. Se trata de un cuestionario tipo Likert que consta de 18 preguntas que evalúan 4 dimensiones referidas a la satisfacción con el tratamiento de la OA: eficacia, conveniencia, tolerabilidad y cuidado médico. Todas estas dimensiones están relacionadas entre sí, por lo que además de las puntuaciones parciales referidas a cada dimensión también es posible utilizar una puntuación total (una puntuación más alta indica mayor satisfacción). Para que sea fácilmente interpretable, la puntuación obtenida se transforma en una escala entre 0 y 100. El estado funcional de los pacientes fue evaluado mediante la escala WOMAC⁽²⁰⁾, consistente en un cuestionario tipo Likert con 24 preguntas que evalúa dolor, rigidez y situación funcional. Otras variables consideradas fueron: tipo de tratamiento para la OA, adherencia terapéutica (Cuestionario de Morisky-Green)⁽²¹⁾, presencia de eventos adversos, número de articulaciones afectadas, antecedentes de cirugía por OA, tiempo de evolución de la enfermedad, nivel de dolor mediante EVA (escala visual analógica), nivel de actividad física evaluada mediante el cuestionario IPAQ (International Physical Activity Questionnaire)⁽²²⁾, estado de salud percibido a través del cuestionario EuroQoL-5D⁽²³⁾ y características sociodemográficas, incluyendo sexo, edad, nivel de instrucción, estado civil y clase social basada en la ocupación (Clasificación de Goldthorpe)⁽²⁴⁾.

Como fuentes de información se utilizaron las respuestas a un cuaderno de recogida de datos heteroadministrado, cumplimentado por médicos residentes, que contenía las variables principales del estudio. A los participantes se les proporcionó información verbal y escrita sobre los objetivos y el desarrollo del estudio, solicitando su consentimiento para participar. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Albacete.

Las respuestas fueron introducidas en una base de datos, procediéndose a su depuración y análisis mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics v.19. En primer lugar se describieron las características de los sujetos mediante distribución de frecuencias y medidas de tendencia central y dispersión. Posteriormente se analizaron las asociaciones entre la satisfacción con el tratamiento y el resto de las variables utilizando correlaciones (Rho de Spearman) y pruebas de comparación de medias en grupos independientes (t de Student y ANOVA) con un nivel de significación del 5%. En el caso de las variables cuantitativas se comprobó la normalidad de su distribución mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se recurrió en caso necesario a una prueba no paramétrica (U de Mann-Whitney).

Finalmente, para estudiar la relación entre la satisfacción con el tratamiento y el resto de las variables, realizando un ajuste estadístico para evitar posibles factores de confusión, se recurrió a un modelo de regresión lineal múltiple cuya variable dependiente fue la puntuación obtenida en el cuestionario ARTS.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de 66,6 años (DE: 11,7) y la proporción de mujeres del 78,0%. El 70,1% eran personas casadas con bajo nivel de escolarización (24,8% sin estudios y 59,2% con estudios primarios). En la **tabla 1** se muestran las características de los pacientes, así como su distribución según el número de articulaciones afectadas, tiempo de evolución de la enfermedad y nivel de

Tabla 1
Características de los participantes

Características		Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Edad (años)	< 50	6 (7,9)	23 (8,5)	29 (8,4)
	50 – 64	22 (28,9)	91 (33,7)	113 (32,7)
	65 o más	48 (63,2)	154 (57,0)	202 (58,4)
	No consta	0 (0,0)	2 (0,7)	2 (0,6)
Estado Civil	Soltero/a	7 (9,2)	15 (5,6)	22 (6,4)
	Casado/a	57 (75,0)	184 (68,1)	241 (69,7)
	Divorciado/a	6 (7,9)	12 (4,4)	18 (5,2)
	Viudo/a	6 (7,9)	57 (21,1)	63 (18,2)
	No consta	0 (0,0)	2 (0,7)	2 (0,6)
Nivel de estudios	Sin estudios	21 (27,6)	64 (23,7)	85 (24,6)
	Estudios primarios	43 (56,6)	160 (59,3)	203 (58,7)
	Estudios secundarios	8 (10,5)	21 (7,8)	29 (8,4)
	Estudios universitarios	4 (5,3)	22 (8,1)	26 (7,5)
	No consta	0 (0,0)	3 (1,1)	3 (0,9)
Clase social	Clases I -III	22 (28,9)	76 (28,1)	98 (28,3)
	Clases IV- VII	30 (39,5)	22 (8,1)	52 (15,0)
	Jubilado/a	19 (25,0)	10 (3,7)	29 (8,4)
	Ama de casa	1 (1,3)	152 (56,3)	153 (44,2)
	Parado/a	2 (2,6)	0 (0,0)	2 (0,6)
	No consta	2 (2,6)	10 (3,7)	12 (3,5)
Nº articu- laciones afectadas	1 a 3	53 (69,7)	116 (43,0)	169 (48,8)
	4 a 6	17 (22,4)	92 (34,1)	109 (31,5)
	> 6	6 (7,9)	62 (23,0)	68 (19,7)
	< 1 año	10 (13,2)	24 (8,9)	34 (9,8)
Tiempo evolución	1 a 3 años	8 (10,5)	30 (11,1)	38 (11,0)
	> 3 años	58 (76,3)	216 (80,0)	274 (79,2)
	Inactivos	21 (27,6)	102 (37,8)	123 (35,5)
Nivel actividad física	Actividad moderada	46 (60,5)	149 (55,2)	195 (56,4)
	Actividad intensa	9 (11,8)	19 (7,0)	28 (8,1)

Tabla 2
**Puntuación obtenida en cada dimensión del
cuestionario ARTS en hombres y mujeres**

Dimensión	Hombres Media (DE)	Mujeres Media (DE)	Total Media (DE)
Eficacia	16,1 (4,8)	17,2 (4,3)	16,9 (4,4)
Conveniencia	12,9 (2,5)	13,1 (2,2)	13,1 (2,3)
Tolerabilidad	13,6 (3,3)	13,3 (3,2)	13,4 (3,2)
Cuidado médico	22,9 (4,2)	21,7 (4,9)	21,9 (4,8)
Puntuación total	65,4 (9,3)	65,3 (10,1)	65,3 (9,9)

actividad física.

En el cuestionario ARTS los pacientes, dentro de un rango de 28 a 87, obtuvieron una puntuación media de 65,3 (DE: 9,9), correspondiendo a las dimensiones de eficacia, conveniencia, tolerabilidad y cuidado médico puntuaciones medias de 16,9 (DE: 4,4), 13,1 (DE: 2,3), 13,4 (DE: 3,2) y 21,9 (DE: 4,8) respectivamente. En la **tabla 2** se muestra la puntuación media obtenida en cada dimensión del cuestionario ARTS en ambos sexos. Al transformar la puntuación total en una escala de 0 a 100, la puntuación media fue de 65,7 (DE: 13,8; IC 95%: 64,2 – 67,2).

En la **tabla 3** se muestra la distribución de los pacientes según las opciones terapéuticas utilizadas. El 47,1% de los pacientes consumían un solo fármaco, una tercera parte (33,5%) dos fármacos y el resto (19,4%) tres o más. Habían sido intervenidos quirúrgicamente el 15,0% de los pacientes. La puntuación del cuestionario ARTS no fue significativamente diferente entre quienes consumían 1, 2 o más fármacos, no existiendo correlación entre el nivel de satisfacción y el número de fármacos ($r = -0,043$; $p = 0,424$). Entre quienes consumían un solo fármaco, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de fármacos: paracetamol (65,0; DE: 12,6), AINEs o COXIBs (67,1; DE: 13,0), SYSADOA (66,2; DE: 12,9) u otros (66,0; DE: 12,7). Tampoco entre los consumidores de 2 fármacos se observaron diferencias entre las distintas combinaciones.

Mediante el test de Morisky-Green se observó incumplimiento terapéutico en el 75,7% de los pacientes (IC 95%: 71,0 – 80,5). La puntuación obtenida en la escala de satisfacción fue similar en cumplidores (66,0; DE: 15,1) e incumplidores (65,6; DE: 13,3). Declararon eventos adversos con la medicación el 13,9% de los pacientes, siendo los más frecuentes epigastalgia (8,1%), náuseas o vómitos (3,5%) y cefalea (2,6%). La puntuación obtenida en la escala de satisfacción fue más elevada ($p = 0,003$) en quienes no presentaban

Tratamiento farmacológico		Nº (%)	IC 95%
Un sólo fármaco	Anilida (paracetamol)	62 (17,9)	13,7 – 22,1
	Derivado del ácido acético (diclofenaco, etc.) o derivado del ácido propiónico (ibuprofeno, etc.) o coxib	43 (12,4)	8,8 – 16,0
	Otro agente antiinflamatorio y antirreumático no esteroideos (SYSADOA)	40 (11,6)	8,0 – 15,1
	Tratamiento tópico	8 (2,3)	0,6 – 4,0
	Otro tratamiento	10 (2,9)	1,0 – 4,8
Dos fármacos	Anilida (paracetamol) + derivado del ácido acético (diclofenaco, etc.) o derivado del ácido propiónico (ibuprofeno, etc.) o coxib	18 (5,2)	2,7 – 7,7
	Anilida (paracetamol) + otro agente antiinflamatorio y antirreumático no esteroideo (SYSADOA)	10 (2,9)	1,0 – 4,8
	Anilida (paracetamol) + opioide (tramadol, etc.)	10 (2,9)	1,0 – 4,8
	Anilida (paracetamol) + pirazolona (metamizol)	19 (5,5)	2,9 – 8,0
	Derivado del ácido acético (diclofenaco, etc.) o derivado del ácido propiónico (ibuprofeno, etc.) o coxib + otro agente antiinflamatorio y antirreumático no esteroideo (SYSADOA)	10 (2,9)	1,0 – 4,8
	Tratamiento tópico + cualquier fármaco oral	28 (8,1)	5,1 – 11,1
Otra combinación de 2 fármacos	21 (6,1)	3,4 – 8,7	
Tres o más fármacos	67 (19,4)	15,1 – 23,7	
Total	346 (100,0)	-	

eventos adversos (66,6; DE: 13,2) que en quienes los presentaban (60,3; DE: 16,0).

En el estado funcional se obtuvo una puntuación media de 30,2 puntos (DE: 20,8) y se observó una débil correlación negativa entre dicha puntuación y el nivel de satisfacción, tanto al considerar la puntuación global de la escala WOMAC ($r = -0,252$; $p < 0,001$) como en cada una de las subescalas que la componen: situación funcional ($r = -0,222$; $p < 0,001$), dolor ($r = -0,265$; $p < 0,001$) y rigidez ($r = -0,185$; $p = 0,001$). La puntuación obtenida en el nivel de satisfacción fue significativamente inferior ($p = 0,002$) en quienes presentaban afectación de más de 6 articulaciones (60,6; DE: 14,8), en comparación con quienes presentaban afectación de 1 a 3 (67,5; DE: 12,4) o de 4 a 6 (66,3; DE: 14,4). También fue superior ($p = 0,01$) en quienes la enfermedad presentaba un tiempo de evolución inferior a 3 años (69,0; DE: 11,6) respecto a mayor duración (64,9; DE: 14,2). Se observó una débil correlación negativa entre el nivel de dolor obtenido mediante EVA y el grado de satisfacción ($r = -0,189$; $p < 0,001$).

En los sujetos activos físicamente el nivel de satisfacción fue significativamente superior ($p = 0,01$), siendo la puntuación media de la escala ARTS de 67,1 (DE: 13,6) en quienes presentaban un nivel moderado o alto de actividad física y de 63,2 (DE: 13,7) en sujetos inactivos. Se observó una correlación estadísticamente significativa ($r = 0,244$; $p < 0,001$) entre el nivel de satisfacción y la puntuación obtenida en el estado de salud percibido. En cada una de las dimensiones evaluadas mediante el cuestionario EQ-5D el grado de satisfacción fue superior en quienes no declararon dificultades o limitaciones (tabla 4).

Respecto a las características sociodemográficas, la puntuación en el nivel de satisfacción no fue significativamente diferente en hombres (65,9; DE: 12,8) o mujeres (65,7; DE: 14,0), menores de 65 años (65,7; DE: 13,8) o con edad superior (66,0; DE: 13,6), sin estudios/estudios primarios (66,5; DE: 13,0) o con mayor nivel de instrucción (62,5; DE: 16,7) y personas casadas (65,9; DE: 13,8) o con otros esta-

Tabla 4
Nivel de satisfacción obtenida en cada dimensión del cuestionario EQ-5D

Dimensión		Puntuación en escala ARTS (DE)	p
Movilidad	No problemas para caminar	68,4 (12,5)	< 0,001
	Algunos problemas o imposibilidad para caminar	62,8 (14,5)	
Cuidado personal	No problemas para el cuidado personal (lavarse, vestirse, etc.)	66,7 (13,5)	0,005
	Algunos problemas o incapacidad para el cuidado personal	61,1 (14,0)	
Actividades cotidianas	No problemas para actividades (trabajar, tareas domésticas, etc.)	68,2 (13,0)	0,001
	Algunos problemas o incapacidad para dichas actividades	63,2 (14,0)	
Dolor/malestar	No dolor ni malestar	69,5 (12,4)	0,01
	Dolor o malestar moderado o severo	65,0 (14,0)	
Ansiedad/depresión	No ansiedad o depresión	68,2 (12,2)	0,001
	Ansiedad o depresión moderada o severa	63,4 (14,8)	

dos civiles (65,2; DE: 11,5). Respecto a la clase social, tampoco se observaron diferencias entre las diferentes categorías.

Mediante regresión lineal múltiple, la puntuación obtenida en la escala ARTS mostró asociación con la puntuación de la escala WOMAC, la edad de los pacientes y la presencia de eventos adversos, tras realizar un ajuste estadístico por el resto de las variables sociodemográficas, el número de fármacos consumidos, la adherencia al tratamiento, el número de articulaciones afectadas, el tiempo de evolución de la enfermedad, la puntuación obtenida en la escala EVA, el nivel de actividad física y la puntuación obtenida en el estado de salud (tabla 5).

Tabla 5
Variables asociadas mediante regresión lineal múltiple con la puntuación obtenida en la escala ARTS

Variabes	β	Error estándar	IC 95%	t	p
Constante	52,596	5,459	41,856 – 63,335		
Puntuación de la escala WOMAC	- 0,176	0,036	(-0,247) – (-0,106)	-4,922	<0,001
Edad	0,165	0,062	0,043 – 0,288	2,651	0,008
Ausencia de eventos adversos	4,183	2,073	0,105 – 8,260	2,018	0,044

DISCUSIÓN

Los resultados muestran el nivel de satisfacción de los pacientes diagnosticados de OA con los diferentes tratamientos farmacológicos empleados en las consultas de Atención Primaria. La mayoría de pacientes presentan edad avanzada y más de la mitad son mujeres, datos similares a otros estudios sobre tratamientos farmacológicos en pacientes con OA pertenecientes a centros de salud españoles⁽²⁵⁾. Nuestros resultados permiten conocer de una forma global el nivel de satisfacción, en general moderado, con el tratamiento farmacológico y proporciona información sobre los factores que contribuyen a mejorar dicha satisfacción, relacionados fundamentalmente con su situación sociodemográfica, la tolerancia a la medicación o el estado funcional.

Nuestros resultados muestran también que la satisfacción de los pacientes con el tratamiento de la OA no depende ni de las características de los fármacos consumidos ni del número de éstos. Así, no observamos diferencias estadísticamente significativas entre las distintas modalidades terapéuticas en quienes consumían un solo fármaco ni tampoco entre quienes consumían 1, 2 o más fármacos. Cabe pensar, pues, que la satisfacción con el tratamiento para la OA no depende del tipo de tratamiento, pero sí de la situación funcional de quienes lo consumen, incluyendo aspectos como movilidad, dolor, etc. La puntuación obtenida en la escala de satisfacción fue más elevada en aquellos con mejor estado de salud percibido y en quienes no presentaban eventos adversos.

En general, se afirma que la satisfacción con el tratamiento se relaciona directamente con el cumplimiento terapéutico y con la efectividad de la medicación⁽²⁶⁾. Un paciente más satisfecho toma la medicación correctamente durante el tiempo prescrito, consiguiendo un mejor resultado terapéutico⁽²⁷⁾, lo cual es del máximo interés en enfermedades crónicas que requieren tratamiento durante periodos prolongados, como sucede en los pacientes con OA. En nuestro caso observamos un alto índice de incumplimiento, alcanzando aproximadamente a 3 de cada 4 pacientes. Esta proporción de incumplidores (75,7%) es muy superior a la descrita en enfermedades crónicas en general⁽¹¹⁾, que oscila entre el 20 y el 50%. Probablemente en pacientes con OA la moderada efectividad del tratamiento farmacológico, dirigido fundamentalmente al alivio de los síntomas, condiciona esa baja adherencia a la medicación y justifica la falta de asociación entre cumplimiento y satisfacción. También la falta de efectividad puede repercutir negativamente en el estado anímico de los pacientes y favorecer el agravamiento de estados de ansiedad o depresión, los cuales influyen en el grado de satisfacción general⁽²⁸⁾.

Posiblemente en el caso de la OA algunos factores relacionados con el incumplimiento del tratamiento desempeñan un papel relevante, como la inadecuada relación médico-paciente, la escasez de conocimientos sobre la enfermedad, la frecuente aparición de eventos adversos o la falta de confianza en el beneficio de los fármacos. Sin duda los pacientes con OA en ocasiones son grandes frecuentadores de la consulta del médico de familia, con frecuencia tienen unas expecta-

tivas poco realistas respecto al tratamiento de su enfermedad, a menudo sufren efectos secundarios y, por el carácter evolutivo de la enfermedad, con el paso del tiempo pueden considerar que el tratamiento es inefectivo. Todas estas circunstancias relacionadas con el incumplimiento pueden contribuir a obtener unos pobres resultados en salud y a elevar los costes sanitarios^(29,30).

Los profesionales sanitarios deben contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento planteando aquellas medidas de efectividad demostrada que eviten el fracaso de la estrategia terapéutica y ayuden a mejorar la satisfacción del paciente. Estas medidas, recogidas en la guía NICE⁽³¹⁾, aconsejan involucrar al paciente teniendo en cuenta sus inquietudes acerca de la enfermedad y del tratamiento prescrito, la conveniencia de minimizar el número de fármacos y la consideración de alternativas no farmacológicas.

En cuanto a los SYSADOA, a pesar de ser fármacos cuyo consumo ha aumentado en los últimos años y han demostrado tener un elevado perfil de seguridad, se ha cuestionado la eficacia de éstos en el tratamiento sintomático y en la capacidad de modificar la OA. Numerosos estudios y guías clínicas no apoyan la prescripción basándose en que los resultados obtenidos muestran su ineficacia, llegando a plantear su desfinanciación pública del Sistema Nacional de Salud^(15, 32, 33). Sin embargo, otros estudios y revisiones recientes afirman que el condroitín sulfato y el sulfato de glucosamina mejoran los síntomas e incrementan la capacidad funcional en pacientes con OA moderada y severa^(34,35,36). Dado que existe cierta controversia respecto a su uso, son necesarios más estudios que aporten nuevas evidencias para su recomendación como condroprotectores.

En relación a las limitaciones del estudio, debido a que las entrevistas fueron realizadas por los profesionales sanitarios en las consultas donde son atendidos los participantes, las respuestas podrían estar condicionadas por esta circunstancia, habiéndose favoreci-

do un sesgo de deseabilidad. Las respuestas también podrían estar condicionadas por el estado de ánimo de cada paciente y por la sintomatología extraarticular en el momento de la entrevista. Por otra parte, los pacientes que no respondieron podrían tener características diferentes en cuanto a morbilidad o situación sociodemográfica.

La evaluación de la satisfacción con el tratamiento en los pacientes con OA exige la realización de más estudios para profundizar en el análisis de sus factores determinantes, así como de las intervenciones que pueden incrementar el nivel de satisfacción. Debe analizarse el nivel de satisfacción con diferentes opciones terapéuticas que incluyan las medidas no farmacológicas disponibles en la práctica clínica.

En conclusión, en los pacientes con OA hemos observado un nivel sólo moderado de satisfacción con el tratamiento farmacológico, condicionado por su situación funcional, sus características sociodemográficas y por la presencia de eventos adversos. En general, la satisfacción no depende ni de las características del tratamiento ni del número de fármacos consumidos

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso A. Artrosis: definición y clasificación. En: Batlle-Gualda E, Benito P, Blanco F, Martín E. Manual SER de la artrosis. IM&C, S.A. Madrid, 2002;p.9.
2. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *MedClin (Barc)*. 2000;114(Supl.3):26-33.
3. Villar J, Lizán L, Soto J, Peiró S. La satisfacción con el tratamiento. *Aten Primaria*. 2009;41(11):637-45.
4. Revicki DA. Patient assessment of treatment satisfaction: methods and practical issues. *Gut*. 2004;53(Supl.4):40-4.
5. Rebollo P, Cuervo J, Villa G, Barreda MJ, Tranche S, Sánchez-Baragaño MA et al. Desarrollo y validación de un cuestionario genérico para la evaluación de la satisfacción de los pacientes crónicos: Cuestionario SAT-Q. *Aten Primaria*. 2010;42(12):612-9.

6. Ruiz MA, Pardo A, Rejas J, Soto J, Villasante F, Aranguren JL. Development and validation of the "Treatment Satisfaction with Medicines Questionnaire" (SATMED-Q). *ValueHealth*. 2008;11(5):913-26.
7. Ruiz M, Campillo MA, Monfort J, Pardo A, Rejas J, Soto J. Linguistic adaptation into Spanish and validation of the Arthritis Treatment Satisfaction Questionnaire. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(3):84-92.
8. Barendse SM, Speight J, Bradley C. The Renal Treatment Satisfaction Questionnaire (RTSQ): a measure of satisfaction with treatment for chronic kidney failure. *Am J Kidney Dis*. 2005;45(3):572-9.
9. Badía X, Lizán L. Reflexiones sobre la investigación de resultados de salud. *Aten Primaria*. 2002;30(6):388-91.
10. Kravitz RL. Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Med Care Res Rev*. 1996;53(1):3-27.
11. Badía X. La satisfacción con el tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(3):98-9.
12. Lindez-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *SocSci Med*. 1982;16(5): 577-82.
13. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J et al. American College of Rheumatology. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(4):465-74.
14. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014;22(3):363-88.
15. National Institute for Health and Clinical Excellence. Osteoarthritis: care and management in adults. NICE clinical guidelines 117. 2014.
16. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72(7):1125-35.
17. Vargas F, Medina MD, Hermosa JC, De Felipe R. Tratamiento del paciente con artrosis. *Aten Primaria*. 2014;46(Supl.1):39-61.
18. Val CL, López-Torres J, García EM, Navarro MS, Hernández I, Moreno L. Situación funcional, autopercepción de salud y nivel de actividad física en pacientes con artrosis. *Aten Primaria*. 2017;49(4):224-32.
19. Trudeau E, Pouchot J, Hellot SC, Goguel J. Psychometric validation of the Arthritis Treatment Satisfaction (ARTS) questionnaire. *Value in Health*. 2001;4.
20. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol*. 1988;15(12):1833-40.
21. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
22. Mantilla SC, Gómez-Conesa A. El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol*. 2007;10(1):48-52.
23. Herdman M, X. Badía X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28(6):425-9.
24. Regidor E. La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75(1):13-22.
25. Arboleya LR, de la Figuera E, García MS, Aragón B y Grupo de Estudio VICOXX. Tratamiento sintomático de la artrosis: patrón de utilización de antiinflamatorios no esteroides en los centros de salud españoles. *Rev Esp Reumatol*. 2002;29(6):300-73.
26. Shikier R, Rentz AM. Satisfaction with medication: an overview of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value In Health*. 2004;7(2):204-15.
27. Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Arch Intern Med*. 2007;167(6):540-50.
28. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*. 2000;160(14):2101-7.
29. Dillaa T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009;41(6):342-8.
30. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487-97.

31. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
32. Gracia San Román FJ, Calcerrada Díaz-Santos N. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica del manejo del paciente con artrosis de rodilla en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica del manejo del paciente con artrosis de rodilla en Atención Primaria. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS), Área de Investigación y Estudios Sanitarios. Agencia Laín Entralgo; Septiembre 2006.
33. Gutiérrez-Ibarluzea I, Ibarгойen-Roteta N, Benguria-Arrate G, Rada D, Mateos M, Regidor I, Domingo C, González R, Galnares-Cordero L, Sysadoas. Condroprotectores en el tratamiento de la artrosis. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2013. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBa.
34. Gabay C, Medinger-Sadowski C, Gascon D, Kolo F, Finckh A. Symptomatic effects of chondroitin 4 and chondroitin 6 sulfate on hand osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2011;63(11):3383-91.
35. Singh JA, Noorbaloochi S, MacDonald R, Maxwell LJ. The Cochrane Collaboration. Chondroitin for osteoarthritis (Review). *The Cochrane Library*; 2015.
36. Hochberg MC, Martel-Pelletier J, Monfort J, Möller I, Castillo JR, Arden N, on behalf of the MOVES Investigation Group. Combined chondroitin sulfate and glucosamine for painful knee osteoarthritis: A multicentre, randomized, double-blind, non-inferiority trial versus celecoxib. *Ann Rheum Dis.* 2016;75(1):37-44.