



Seguimiento del paciente con artrosis. Manejo coordinado y criterios de derivación entre niveles asistenciales

Enrique Nieto Pol

Servicio de Atención Primaria Concepción Arenal, Santiago de Compostela, A Coruña, España

PALABRAS CLAVE

Artrosis;
Enfermedades crónicas;
Planificación sanitaria;
Atención primaria;
Coordinación;
Derivaciones

Resumen

El manejo correcto de la artrosis exige un diagnóstico preciso, la evaluación de su extensión, la valoración de sus consecuencias funcionales, la aplicación de un tratamiento adaptado, integral y eficaz, encaminado a aliviar el dolor y a mejorar la capacidad funcional, con la consecuente mejora en la calidad de vida; también debe orientarse a prevenir o retardar el progreso de la enfermedad y sus consecuencias.

En el Sistema Nacional de Salud, la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, garantiza la continuidad de esta, coordina casos y regula flujos asistenciales. El médico de familia coordina los procesos de atención sanitaria relacionada con la cronicidad, siendo responsable del manejo, diagnóstico, evaluación, tratamiento y seguimiento del paciente con artrosis.

Tanto las estrategias de planificación como las guías y recomendaciones clínicoasistenciales que se desarrollan para la atención a la artrosis deben adaptar a nuestro entorno sanitario las recomendaciones de las guías de práctica clínica consideradas referentes en su manejo en el ámbito internacional.

La valoración integral de la artrosis comprende: evaluar su efecto sobre la función del individuo y su calidad de vida; formular un plan terapéutico, en colaboración con el paciente y adaptado a sus comorbilidades; asesorar acerca de los tratamientos básicos, valorando riesgos y beneficios, y proporcionar una revisión periódica adaptada a cada individuo.

Los criterios de derivación se basan en la confirmación diagnóstica, la mala respuesta terapéutica y la valoración quirúrgica.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Osteoarthritis;
Chronic diseases;
Health planning;
Primary care;
Coordination;
Referrals

Follow-up of patients with osteoarthritis. Coordinated management and criteria for referral between healthcare levels

Abstract

The correct management of osteoarthritis requires an accurate diagnosis, evaluation of its spread and functional repercussions, and the application of comprehensive and effective individually-tailored treatment aimed at relieving pain and improving physical function with a consequent improvement in quality of life; treatment should also aim to prevent or delay disease progression and its effects.

In the National Health Service, primary care is the basic level and the first point of access to healthcare; this level guarantees the continuity of care, coordinates patients, and regulates clinical workflow. Family physicians coordinate the healthcare processes related to chronic diseases and are responsible for the management, diagnosis, evaluation, treatment, and follow-up of patients with osteoarthritis.

The clinical practice guidelines internationally accepted as the standard of care for the management of osteoarthritis should be adapted by both Spanish health planning strategies and clinical practice guidelines to the Spanish healthcare setting.

The comprehensive assessment of osteoarthritis includes evaluation of its effects on the patient's physical function and quality of life; formulating a treatment plan in collaboration with the patient and adapted to his or her comorbidities; providing advice on basic treatments and their risks and benefits; and carrying out an individually-tailored periodic review.

Referral criteria are based on diagnostic confirmation, poor treatment response, and surgical evaluation.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Puntos clave

- El manejo de la artrosis debe orientarse a prevenir o retardar el progreso de la enfermedad y sus consecuencias. Exige diagnóstico preciso, evaluación de su extensión, valoración de las consecuencias funcionales y aplicación de un tratamiento eficaz, dirigido al alivio del dolor y la mejoría de la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente.
- La valoración integral del paciente precisa de una detenida y minuciosa anamnesis, exploración física y funcional, interpretación de exploraciones complementarias (radiología y análisis) y detección de comorbilidades.
- Desde un punto de vista práctico, adaptadas a nuestro entorno sanitario y específicamente dirigidas al manejo de la artrosis, en el último decenio se han publicado diversas guías y recomendaciones.
- El médico de familia es responsable del manejo, diagnóstico, evaluación, tratamiento y seguimiento del paciente con artrosis.
- La valoración integral de la artrosis implica evaluar la función, la calidad de vida, los tratamientos y las comorbilidades del paciente, proporcionando revisiones periódicas adaptadas a cada individuo.
- Los principales criterios de derivación son: el diagnóstico en edades tempranas; la duda diagnóstica; la deformidad, limitación y bloqueo articulares; la mala respuesta terapéutica, y la valoración quirúrgica.

Introducción

La artrosis es la enfermedad crónica osteoarticular más prevalente en el ámbito mundial y es una de las principales causas de dolor crónico y discapacidad, con una incidencia que aumenta con la edad y el envejecimiento poblacional¹. En nuestro entorno constituye uno de los principales motivos de consulta reumatológica y genera importantes repercusiones sanitarias, económicas y sociales²⁻⁴.

Su manejo correcto exige, además del establecimiento de un diagnóstico preciso, la evaluación de su extensión, la valoración de sus consecuencias funcionales, la aplicación de un tratamiento adaptado, integral y eficaz, encaminado a aliviar el dolor y mejorar la capacidad funcional, con la consecuente mejora en la calidad de vida; también debe orientarse a prevenir o retardar el progreso de la enfermedad y sus consecuencias, retrasando o minimizando en lo posible la pérdida de autonomía que provoca con el tiempo⁵⁻¹¹.

En nuestro Sistema Nacional de Salud, la atención primaria (AP) es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Contempla y desarrolla actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social¹². Entre los principios rectores de la estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud¹³, se establece que la AP es el eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, siendo preciso impulsar el papel de los equipos de AP y, en particular, de los profesionales de medicina de familia como coordinadores de los procesos de atención sanitaria relacionados con la cronicidad. Bajo estas premisas, parece razonable afirmar que el médico de familia constituye el pilar básico del manejo, diagnóstico, evaluación, tratamiento y seguimiento del paciente con artrosis.

Como en otras enfermedades crónicas, tras el diagnóstico de artrosis, comienza un proceso de atención que debe estar bien planificado y organizado para atender las necesidades de los pacientes, evitando la fragmentación de los cuidados, principalmente en situaciones de cambio de nivel asistencial. Esta fragmentación entre ámbitos asistenciales y la mejorable coordinación entre ellos dificultan la óptima atención a las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, entre las que se puede considerar a la artrosis como un auténtico paradigma. Se precisa del desarrollo de instrumentos y cauces de coordinación entre los servicios sanitarios con el objetivo de lograr, de forma progresiva, una atención

integral del enfermo, reorientando circuitos de trabajo y dinámicas de tránsito de los pacientes como un “trabajo en red”. Dicha coordinación requiere mejorar el intercambio de información, compartir la información y la toma de decisiones, acordar y consensuar el marco de las competencias de cada profesional de manera flexible y optimizar y complementar las intervenciones sin que se produzcan duplicidades de servicios para maximizar los resultados en salud¹³; esto es, desarrollar un modelo de gestión de cuidados compartidos.

En esta línea, orientada a la mejora de la atención a las enfermedades del aparato locomotor en su globalidad, se han desarrollado importantes iniciativas en el ámbito internacional, como las propuestas por el programa internacional de la “Década del hueso y la articulación 2000-2010”¹⁴, respaldadas por la ONU y la OMS, el Informe de Acción Europea en favor de una Mejor Salud del Aparato Locomotor¹⁵ o la Declaración del Parlamento Europeo sobre las enfermedades reumáticas¹⁶, que anima a los estados miembros a establecer y aplicar planes nacionales de lucha contra las enfermedades reumáticas y a desarrollar una estrategia comunitaria acerca de estas, con recomendaciones sobre diagnóstico y tratamiento precoz.

En consonancia con estas recomendaciones, en nuestro entorno, con el objetivo de mejorar la atención de las enfermedades reumáticas, el Departamento de Salud de Cataluña puso en marcha el Plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor¹⁷, como herramienta de planificación para abordar de forma integral los problemas del aparato locomotor. Desarrollado en varias fases, el análisis de la situación incluyó una encuesta de opinión entre médicos de AP y de las especialidades relacionadas con el aparato locomotor (traumatología, reumatología, rehabilitación y médicos de unidades del dolor), para obtener información cualitativa sobre aspectos de la organización de la atención, la relación entre niveles asistenciales y algunas propuestas de mejora¹⁸. Independientemente de las propias limitaciones del estudio, por tratarse de una encuesta de opinión de profesionales no contrastada con datos de registro de actividad, cabe resaltar, en lo referente a la artrosis, la diferente percepción entre médicos de familia y especialistas hospitalarios sobre el manejo de la enfermedad y la adecuación de la derivación de pacientes unido a la insatisfacción respecto a la transferencia de información entre niveles.

El Ministerio de Sanidad publicará próximamente el texto definitivo de la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas, aprobada en 2012 en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y elaborada con la colaboración de representantes de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y comunidades autónomas. Es una estrategia transversal, no centrada en patologías concretas, cuyo objetivo es mejorar la calidad de las intervenciones y los resultados en relación con las enfermedades reumáticas y osteomusculares. Se ha establecido un conjunto consensuado de recomendaciones y objetivos, de acuerdo a los recursos disponibles y en el ámbito de competencias de las comunidades autónomas, que tendrán que implantar programas para cumplir los indicadores establecidos.

La implementación de estas diferentes estrategias de planificación que se están desarrollando en España dirigi-

das a las enfermedades reumáticas, en lo que se refiere a la atención a la artrosis, debe adaptarse a nuestro entorno sanitario, en la medida de lo posible, las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) que son referentes en el manejo de la artrosis en el ámbito internacional⁵⁻¹¹. Estas incluyen recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente y están basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en una evaluación de los beneficios y daños de las distintas opciones alternativas de cuidados. La participación de los profesionales⁵⁻¹¹ y de los pacientes¹⁰ en el proceso de elaboración de estas garantiza su aceptación y seguimiento. La implicación de los pacientes permite identificar temas importantes y pertinentes para ellos; el impacto de la condición de salud sobre su vida y su entorno; los principales resultados de salud, riesgos y beneficios; preferencias sobre tratamiento y cuidados; necesidades de información y apoyo; su punto de vista y el de sus familias sobre la condición de salud¹⁹. Por tanto, la participación de los pacientes en la elaboración de las GPC facilita una visión más integral, mejorando el abordaje y elaboración basados exclusivamente en criterios técnicos y científicos²⁰. La guía NICE¹⁰, en este contexto, es emblemática en el ámbito internacional.

Desde un punto de vista práctico, adaptadas a nuestro entorno sanitario y específicamente dirigidas al manejo de la artrosis, en el último decenio se han publicado diversas guías y recomendaciones²¹⁻²⁹. Entre ellas cabe destacar las elaboradas de modo multidisciplinar por diferentes servicios autonómicos de salud^{21,22,29}, con el objetivo de reducir la variabilidad en la práctica clínica y mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.

Las recomendaciones sobre seguimiento del paciente con artrosis en la consulta de AP y los criterios de derivación y coordinación entre niveles asistenciales que se hacen en la presente revisión pretenden ser una síntesis de las mencionadas guías²¹⁻²⁹.

Seguimiento del paciente en la consulta del médico de familia

El médico de familia es el responsable del manejo, diagnóstico, evaluación, tratamiento y seguimiento del paciente con artrosis^{12,13,23,27}. La evaluación integral y el manejo de la artrosis sintomática requieren¹⁰:

1. Evaluar el efecto de la artrosis sobre la función del individuo, su calidad de vida, ocupación, estado de ánimo, relaciones y las actividades de ocio.
2. Proporcionar una revisión periódica adaptada a las necesidades de cada individuo.
3. Formular un plan terapéutico en colaboración con el paciente, teniendo en cuenta las comorbilidades que puedan presentar.
4. Ofrecer asesoramiento a todos los pacientes con artrosis clínicamente sintomática sobre los siguientes tratamientos básicos:

- Acceso a la información adecuada.
- Consejos sobre actividad y ejercicio físico.
- En caso de sobrepeso u obesidad, intervenciones para reducir el peso.

5. Comunicar los riesgos y las ventajas de las opciones de tratamiento, teniendo en cuenta las comorbilidades, de modo que puedan ser entendidos por el paciente.

Los pacientes con artrosis ven alteradas sus condiciones de vida como consecuencia de sus síntomas, afectando a sus relaciones sociales y a la posibilidad de disfrutar de una calidad de vida razonable. Un enfoque integral de la atención debe considerar de modo global las necesidades individuales de cada paciente, teniendo en cuenta los factores sociales y psicológicos que tienen un impacto en su calidad de vida y la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria relacionadas con su familia, su empleo y su ocio.

Una evaluación integral de estas necesidades médicas, sociales y psicológicas del paciente va a permitir un enfoque adaptado a las diversas opciones de tratamiento, fomentando conductas positivas de salud que serán relevantes para alcanzar los objetivos planteados de una forma individualizada. Una relación terapéutica basada en la toma de decisiones compartida respalda la capacidad del paciente para autogestionar su enfermedad y reduce la dependencia de los tratamientos farmacológicos.

Tabla 1 Valoración integral de la persona con artrosis¹⁰

1. Valoración social
 - Influencia en la vida diaria
 - En las actividades de la vida diaria
 - Deberes familiares
 - Aficiones y ocio
 - Expectativas sobre el estilo de vida
2. Ideas preconcebidas (preocupaciones, expectativas, conocimiento de la enfermedad)
3. Valoración ocupacional
 - Capacidad para realizar su trabajo a corto y largo plazo
 - Adaptaciones en el hogar o lugar de trabajo
4. Estado de ánimo (detección de depresión y otras alteraciones emocionales)
5. Calidad del sueño
6. Red de apoyo
 - Ideas, preocupaciones y expectativas del cuidador principal
 - Cómo lo sobrelleva el cuidador
 - Aislamiento
7. Presencia de otro dolor osteomuscular
 - Evidencia de otros síndromes de dolor crónico
 - Otras causas de dolor tratable (dolor periarticular, dedos en gatillo, ganglión, bursitis, etc.)
8. Actitudes para el ejercicio físico
9. Comorbilidades
 - Aptitud para la cirugía
 - Evaluación del fármaco más apropiado
 - Interacción de 2 o más morbilidades
 - Riesgo de caídas
10. Evaluación del dolor
 - Estrategias de autoayuda
 - Analgésicos
 - Fármacos, dosis, posología y efectos adversos

En la tabla 1 se proponen, de modo desglosado, los principales temas que considera la guía NICE¹⁰ como de interés común para evaluar a las personas con artrosis. La valoración integral precisa, por tanto, de una detenida y minuciosa anamnesis, exploración física y funcional, interpretación de exploraciones complementarias (radiología y análisis) y detección de comorbilidades del paciente²¹⁻²⁹.

En la tabla 2 se describen los contenidos que, idóneamente, deben tener las consultas de evaluación inicial y de seguimiento de los pacientes con artrosis^{21-25, 27-29}. Utilizando formularios específicos que faciliten la recogida de datos, entre otros beneficios, se puede estimar: la afectación estructural y funcional de la enfermedad al inicio y durante la evolución, la eficacia de las medidas terapéuticas, el grado de cumplimiento de estas por parte del paciente y las desviaciones respecto a objetivos marcados; por lo tanto facilitan el *feedback* del profesional y la toma de decisiones, contribuyendo a una disminución de la inercia clínica²⁸.

Tabla 2 Contenidos de la consulta de evaluación inicial y seguimiento del paciente con artrosis

1. Datos propios de la primera evaluación del paciente
 - 1.1. Historia clínica
 - Antecedentes familiares
 - Antecedentes personales
 - Datos sociodemográficos
 - Edad, sexo, nivel de estudios, actividad laboral, situación laboral
 - Historia previa de la enfermedad
 - Tiempos de evolución
 - Manifestaciones clínicas
 - Tratamientos recibidos
 - Tratamiento actual
 - 1.2. Exploración física
 - Exploración general
 - Exploración detallada del aparato locomotor
 - 1.3. Análisis
 - 1.4. Exploración radiológica (radiología simple)
2. Datos comunes a la evaluación inicial y de seguimiento
 - 2.1. Localización de la artrosis
 - 2.2. Evaluación del dolor. Escala EVA
 - 2.3. Evaluación de la discapacidad
 - Discapacidad física. Escala WOMAC
 - Capacidad laboral
 - Aspectos psicológicos y sociales
 - 2.4. Evaluación del daño estructural. Radiología simple
 - 2.5. Evaluación del pronóstico
 - 2.6. Evaluación global de la enfermedad
 - Punto de vista del enfermo, mediante EVA
 - Punto de vista del médico, mediante EVA
 - Valoración de la CVRS mediante cuestionario SF-12

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud; EVA: escala visual analógica; WOMAC: Western Ontario and McMaster Osteoarthritis Index.

Criterios de derivación de pacientes entre atención primaria-especializada y entre especialidades

En el curso evolutivo de la artrosis pueden surgir circunstancias que condicionen el tipo de asistencia médica que van a precisar los pacientes, de modo que se precisará de una atención compartida y coordinada entre distintos profesionales sanitarios y entre diferentes especialidades. Los sistemas sanitarios son organizaciones complejas en las que un aspecto clave es determinar dónde se atien-

den mejor los problemas de los pacientes y cuándo se necesita el concurso del especialista. Se han descrito paradojas en la derivación relativas a nivel de formación de profesionales y tasas de derivación, escasa resolución de problemas, mejora de circuitos de derivación asociada a peores resultados de salud o estándares absurdos para disminuir la variabilidad³⁰, por lo que conviene ser prudente a la hora de definir e interpretar recomendaciones al respecto.

Los criterios de derivación en artrosis que han sido definidos^{21-25, 27, 29}, descritos de modo muy sintético en la figura 1, pueden resumirse en:

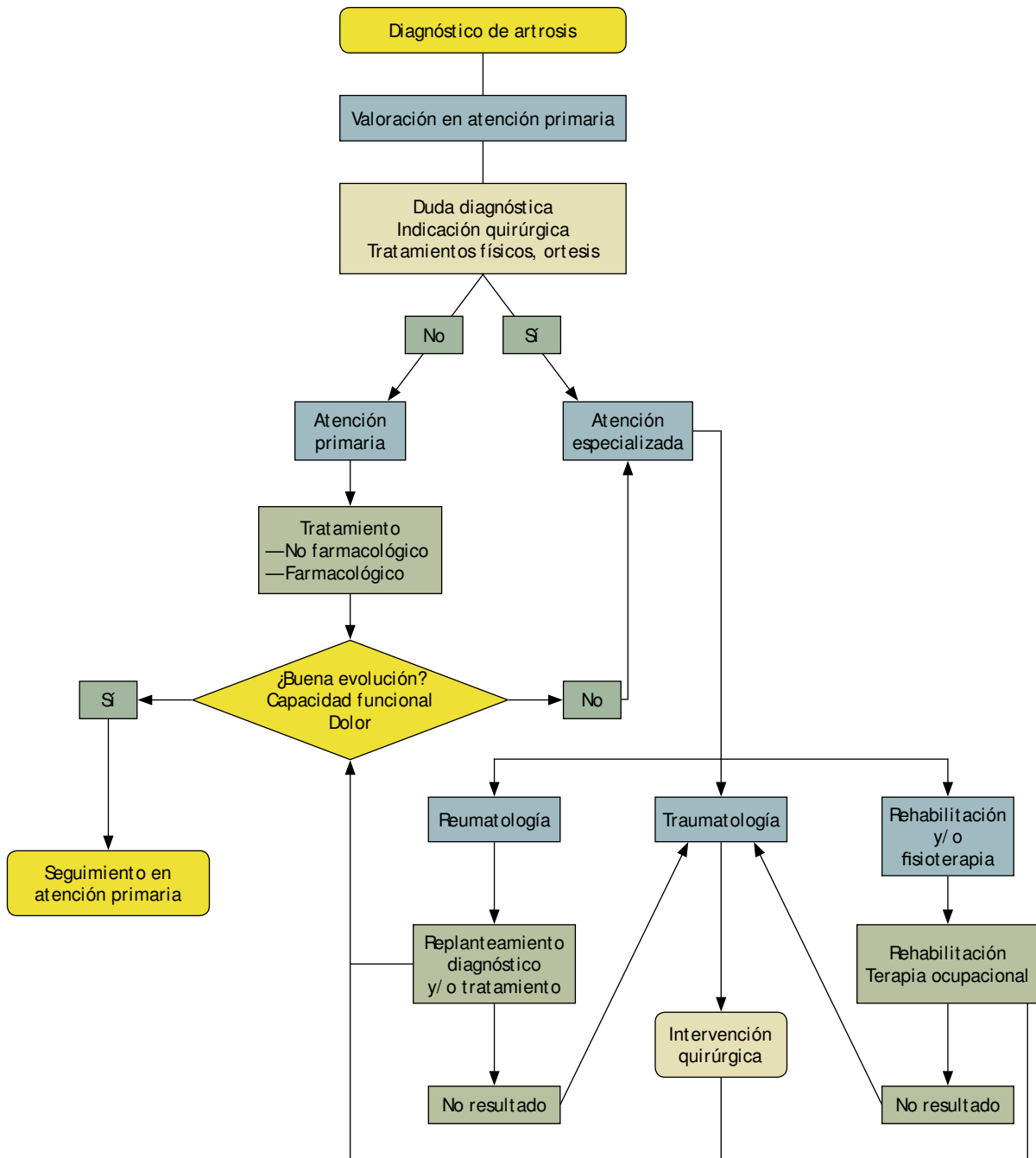


Figura 1. Criterios de derivación de pacientes con artrosis^{22,23,27,29}.

- Diagnóstico antes de los 40 años.
- Duda diagnóstica, estudio de artrosis secundarias o presencia de signos de alarma (fiebre, dolor nocturno, etc.).
- Deformidad. Limitación y bloqueo articular.
- Dolor incapacitante o insuficiente respuesta terapéutica.
- Valoración de indicación quirúrgica.
- Solicitud de pruebas complementarias o técnicas no disponibles en el ámbito de AP.

Quando se precise derivar a los pacientes que cumplan criterios diagnósticos de artrosis, deben ser remitidos con las pruebas complementarias realizadas que hayan sido necesarias para llegar al diagnóstico²⁹.

Derivación a reumatología^{21,22,24,27,29}

- Pacientes con enfermedad reumática concomitante o si hay sospecha de esta (signos inflamatorios atípicos).
- Dudas en el diagnóstico diferencial con otras patologías médicas.
- Necesidad de tratamientos no aplicados habitualmente en AP.
- Persistencia del dolor a pesar de un tratamiento correcto.

Derivación a rehabilitación y/o fisioterapia^{21,22,24,28,29}

- Si hay limitación funcional mantenida, sin indicación quirúrgica o con ella, pero que no pueda intervenir.
- Si hay persistencia de dolor.
- Si hay contraindicación absoluta al tratamiento farmacológico.
- Si es necesaria la valoración y prescripción de tratamientos físicos (terapia con ejercicios especiales o si es difícil la motivación del paciente para los ejercicios habituales o si estos están contraindicados), ayudas técnicas, ortesis.

Derivación a cirugía ortopédica y traumatología (COT)

Como norma general, antes de remitir a un paciente con artrosis para valoración quirúrgica, el médico de familia debe asegurarse de que se han contemplado previamente las opciones no quirúrgicas de tratamiento. La cirugía de reemplazo articular se debe considerar en los pacientes con artrosis que experimentan síntomas (dolor, rigidez, reducción de la función) refractarios al tratamiento no quirúrgico y con importante impacto sobre su calidad de vida. Debe remitirse al paciente antes de que el dolor y la limitación funcional sean intensos, teniendo en cuenta que circunstancias específicas del paciente (incluyendo la edad, el sexo, el tabaquismo, la obesidad y comorbilidades) no deben ser obstáculos para la derivación del paciente para valoración de tratamiento mediante reemplazo articular¹⁰. Sin que se hayan encontrado de momento resultados concluyentes sobre un posible punto de corte en cuanto a grado de afectación (por dolor, función o cambio estructural) para definir la indicación de prótesis en pacientes con artrosis de rodilla o cadera, un cambio mantenido de función y dolor de 80 en una escala de 1 a 100 parece apoyar la indicación de prótesis³¹.

De modo más concreto se han definido los siguientes criterios^{21,22,24,25,27,29} de derivación:

1. Valoración de técnica quirúrgica en caso de dolor que no responde a tratamiento médico si hay limitación importante y progresiva de las actividades de la vida diaria y se objetiva artrosis radiológica grave.
2. En artrosis de rodilla, deformidades graves en varo o valgo, limitaciones de la flexión mayores de 20° o cualquier grado de limitación de la extensión son criterios quirúrgicos.
3. Ante un paciente con afectación de cadera y rodilla en una misma extremidad, tiene prioridad la cadera sobre la rodilla.
4. Valoración quirúrgica ante pacientes con las siguientes características:

- Paciente de más de 60 años con dolor que interfiera su actividad diaria y/o perturbe el sueño, no resuelto con tratamiento conservador por un período de entre 3 y 6 meses y con un estudio radiológico de deterioro articular que se puede corregir con una artroplastia.
- Paciente entre 50-60 años con las características anteriores, con dolor que limita sus actividades y que ha tenido tratamiento conservador entre 1 y 2 años sin resultado.
- Pacientes menores de 50 años con dolor incapacitante y actividad muy restringida que indique una artroplastia.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ehrlich EG. The rise of osteoarthritis. *Bull World Health Organ.* 2003;81:630.
2. Batlle-Gualda E, Jovani Casano V, Ivorra Cortés J, Pascual Gómez E. Las enfermedades del aparato locomotor en España. Magnitud y recursos humanos especializados. *Rev Esp Reumatol.* 1998;25:91-105.
3. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffón A; on behalf of the EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:1040-5.
4. Batlle-Gualda E. Estudio ArtRoCad: evaluación de la utilización de los recursos sanitarios y la repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera. Presentación de resultados preliminares. *Rev Esp Reumatol.* 2005;32:22-7.
5. Hochberg MC, Altman RD, Brandt K, Clark B, Dieppe P, Griffin M, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 1995;38:1541-6.
6. Altman RD, Hochberg MC, Moskowitz RV, Schnitzer TJ. American College of Rheumatology subcommittee on osteoarthritis guidelines. *Arthritis Rheum.* 2000;43:1905-15.
7. Pendleton A, Arden N, Dougados M, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JW, 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.

8. Jordan KM, Arden KM, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JW, Dieppe P, et al. EULAR recommendations 2003: an evidence based approach to 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.* 2003;62:1145-55.
9. Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther KP, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2005; 64:669-81.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence. Osteoarthritis: national clinical guideline for care and management in adults. London: NICE; 2008. Disponible en: www.nice.org.uk/CG059E
11. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, et al. American College of Rheumatology 2012 Recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care and Research.* 2012;64:465-74.
12. Ley 16/ 2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (art. 12.1). BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003.
13. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. NIPO: 680-12-062-1. Año 2012.
14. Woolf AD. The bone and joint decade. Strategies to reduce the burden of disease: the Bone and Joint Monitor Project. *J Rheumatol Suppl.* 2003;67:6-9.
15. European Action Towards Better Musculoskeletal Health. ISBN 91-975284-0-4. Bone & Joint Decade, Lund, Suecia, 2004. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_15_en.pdf
16. Declaración del Parlamento Europeo sobre las enfermedades reumáticas. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2008-0262&language=ES>
17. Larrosa M, Surís X, Pueyo MJ, Auleda J, De la Puente ML. Planificación en enfermedades reumáticas. Elaboración del Plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor de Cataluña. *Reumatol Clin.* 2012;8:72-7.
18. Surís X, Larrosa M, Pueyo MJ, Auleda J, Baranda L, De la Puente L. Atención a las enfermedades músculo-esqueléticas: distintas visiones del mismo problema. *Reumatol Clin.* 2013;9:31-7.
19. Grupo de trabajo de implicación de pacientes en el desarrollo de GPC. Implicación de Pacientes en el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica: Manual Metodológico. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-IACS. Guías de Práctica Clínica en el SNS: IACS N° 2010/ 01.
20. Carrasco JM, Zaragoza G. Percepción de los pacientes sobre las guías de práctica clínica. *GuíaSalud-Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home>
21. ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2004.
22. 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; 2006.
23. Gurt A, Moragues C, Palau J, Rubio C. Evidencia Científica en Artrosis. *Manual de Actuación.* Madrid: IM&C, S.A.; 2006.
24. García JM, Medina G, Moreno H. Los principales problemas de salud: artrosis. *AMF.* 2008;4:186-94.
25. Debán C, Hermosa JC, Tejedor A. Lo esencial en...coxartrosis. *FMC.* 2008;15:527-31.
26. Giménez S, Pulido F, Trigueros JA. Atención Primaria de Calidad. *Guía de Buena Práctica Clínica en artrosis.* 2.ª ed. actualizada. Madrid: IM&C, S.A.; 2008.
27. Ballina FJ, Alperi M, Martín P. Manejo general y en medicina extrahospitalaria de la artrosis y enfermedades cristalinas. *Medicine.* 2009;10:2211-7.
28. Tejedor Varillas A. Tengo artrosis: ¿qué puedo hacer? Barcelona: Semfyc ediciones; 2009.
29. Hernández Rodríguez MA, Vargas Negrín F, coordinadores. Recomendaciones Clínico Asistenciales para el abordaje integral de artrosis de cadera y rodilla. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales; 2012.
30. Gervas J, García Olmos LM, Smó J, Peiró S. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria.* 2008; 40:253-5.
31. Gossec L, Paternotte S, Bingham CO, Clegg D, Coste P, Conaghan P, et al. OARS/ OMERACT Initiative to Define States of Severity and Indication for Joint Replacement in Hip and Knee Osteoarthritis. *An OMERACT 10 Special Interest Group. J Rheumatol.* 2011;38:1765-9.