

ESCALAS DE VALORACIÓN-CUESTIONARIO WOMAC

En la valoración de los pacientes con artrosis de rodilla y cadera es necesario considerar la evaluación de un conjunto mínimo de parámetros clínicos considerados fundamentales, entre los que destacan: la valoración del dolor y la evaluación funcional del paciente.

En este sentido, se considera indispensable la utilización de un instrumento de medida estandarizado para evaluar el impacto que produce la enfermedad en estos pacientes.

En los pacientes con artrosis de cadera y rodillas son múltiples los instrumentos de medida. Entre ellos destacan aquellos considerados genéricos, y los diseñados específicamente para evaluar a los pacientes con artrosis, no existiendo actualmente acuerdo sobre el que debe ser utilizado^{8,9}.

Para la decisión del instrumento de medida que se debe emplear, se tuvieron en cuenta las siguientes características:

- La necesidad de utilizar un instrumento para la valoración de estos pacientes, que en su diseño incluyera la valoración de los parámetros clínicos que son considerados más relevantes.
- La confirmación de las características métricas del instrumento utilizado.
- Su adaptación transcultural. Ya que los instrumentos de medidas están realizados en otro idioma, generalmente el inglés, y para ser aplicados en otra cultura, era necesario que se hubiese realizado el procedimiento de adaptación transcultural, que garantizase la equivalencia conceptual y las características métricas de la versión adaptada al español, con respecto a la versión original.

Estrategia de búsqueda:

Siguiendo estas premisas, se realizó una búsqueda en PubMed empleando los términos libres: “osteoarthritis” “hip” o “knee” y “assessment” “outcome” “clinical measure” “scale” “validation” y se consideró los instrumentos recogidos en el índice de escalas utilizadas en ciertas tecnologías de prestaciones ortoprotésicas¹⁰.

Posteriormente, dada la necesidad de utilizar el instrumento en nuestro idioma y cultura, se realizó una nueva búsqueda en las bases de datos de índice español y TESEO.

Elección del instrumento de medida.

En este proceso se ha decidido utilizar la Wester Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) al ser:

- Un instrumento diseñado específicamente para su utilización en estos pacientes, e incluir en su evaluación aquellos parámetros considerados más relevantes: dolor, rigidez y limitación funcional.
- Desde su creación ha sido ampliamente utilizado como medida de resultados en estos pacientes.
- Forma parte de los parámetros recomendados por organismos internacionales para la evaluación de la artrosis.
- La versión original ha demostrado su calidad mediante la comprobación de las características clinimétricas en diversos estudios^{11,12}.
- Existe una versión adaptada a nuestra cultura, que ha demostrado la equivalencia conceptual con la versión original, y las características métricas^{4,13}.

CUESTIONARIO WOMAC

Cuestionario elaborado originalmente en Canadá, consta de 24 ítem, que evalúan 3 dimensiones:

- Dolor (5 ítem)
- Rigidez (2 ítem)
- El grado de dificultad para ciertas actividades: funcionalidad (17 ítem)

Existen 2 versiones para su utilización:

- 1ª versión: se utiliza una escala analógica visual de 100 mm. Cada ítem puntúa de 0 a 100, y se obtiene midiendo la distancia, en milímetros, del extremo izquierdo de la escala hasta el extremo que ha sido marcado por el paciente.
- 2ª versión: es una escala de 5 grados de respuesta tipo *likert*, que representa distinta intensidad: ninguno, poco, bastante, mucho, y muchísimo. Cada una de estas respuestas tiene una puntuación que oscila de 0 (ninguno) a 4 (muchísimo). La versión en español sigue este modelo de puntuación.

Puntuación: cada una de las dimensiones se valora independientemente mediante la suma de los ítem que la componen, sin sumar las distintas puntuaciones en un valor único total. Se recomienda no agregar las 3 dimensiones en una puntuación global. Sin embargo, en caso de que sea necesario, ésta también puede obtenerse. Los autores de la versión original sugieren un método de ponderación.

CUESTIONARIO WOMAC

Las preguntas de los apartados A, B y C se plantearán de la forma que se muestra a continuación (por favor marque sus respuestas con una X). Si usted rodea la X que está más a la izquierda indica que no tiene dolor y si rodea la que está más a la derecha indica que tiene muchísimo dolor:

X	X	X	X
Ninguno	Poco	Mucho	Muchísimo

Tenga en cuenta que cuanto más a la derecha rodee la X, más dolor siente, y cuanto más a la izquierda rodee la X menos dolor siente.

Se le pedirá que indique en una escala de este tipo cuánto dolor, rigidez o incapacidad siente usted en su cadera y/o rodilla.

APARTADO A

Las siguientes preguntas tratan sobre cuánto dolor siente usted en las caderas y/o rodillas como consecuencia de su artrosis. Para cada situación rodee una X en cada línea según cuánto dolor ha notado últimamente

Ninguno_____ Poco_____ Bastante_____ Mucho_____ Muchísimo_____

Pregunta: ¿Cuánto dolor tiene?:

1. Al andar por terreno llano
2. Al subir o bajar escaleras
3. Por la noche en la cama
4. Al estar sentado o tumbado
5. Al estar de pie

APARTADO B

Ninguno_____ Poco_____ Bastante_____ Mucho_____ Muchísimo_____

Pregunta: ¿Cuánta rigidez nota?:

1. Después de despertarse por la mañana
2. Durante el resto del día, después de estar sentado, tumbado o descansando.

APARTADO C

Las siguientes preguntas sirven para conocer su capacidad funcional. Es decir, su capacidad para moverse, desplazarse o cuidar de sí mismo. Indique cuánta dificultad nota actualmente al realizar cada una de las siguientes actividades, como consecuencia de su artrosis de cadera y/o rodillas. Rodee una X en cada línea.

Ninguno_____ Poco_____ Bastante_____ Mucho_____ Muchísimo_____

Pregunta ¿Qué grado de dificultad tiene al...?

1. Bajar escaleras
2. Subir escaleras
3. Levantarse después de estar sentado
4. Estar de pie
5. Agacharse para coger algo del suelo
6. Andar por un terreno llano
7. Entrar y salir de un coche
8. Ir de compras
9. Ponerse las medias o los calcetines
10. Levantarse de la cama
11. Quitarse las medias o los calcetines
12. Estar tumbado en la cama
13. Entrar y salir de la ducha/bañera
14. Estar sentado
15. Sentarse y levantarse del retrete
16. Hacer tareas domésticas pesadas
17. Hacer tareas domésticas ligeras

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE/PROGRAMA DE EJERCICIOS BÁSICOS PARA REALIZAR EN DOMICILIO

ARTROSIS DE RODILLA

¿QUÉ ES LA ARTROSIS DE RODILLA?

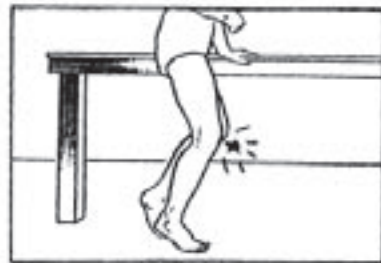
Es una enfermedad crónica degenerativa que se inicia en el cartílago y que, posteriormente, afecta al hueso de la rodilla produciendo dolor, deformidad y limitación articular.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

1. Dolor mecánico.
2. Deformidad de la rodilla.
3. Debilidad muscular.
4. Limitación al movimiento.

TRATAMIENTO

- Tratamiento no farmacológico.
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento quirúrgico.



Dolor intenso al inicio del movimiento que mejora después de caminar unos pasos

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

1. Aliviar el dolor.
2. Mantener la función articular y la fuerza muscular (programa de ejercicios básicos).
3. Educar al paciente en la protección articular para reducir el dolor y la discapacidad.

¿QUÉ LIMITACIONES PRODUCE LA ARTROSIS?

Dificultad para: Caminar
 Asearse
 Vestirse
 Realizar tareas del hogar
 Mantener relaciones sexuales

¿QUÉ ACTITUDES SE DEBEN TOMAR?

1. Utilizar asientos altos.
2. Procurar estirar las piernas, cambiando frecuentemente de postura.
3. Elevar el miembro en caso de edema.
4. Realizar *“el programa de ejercicios básicos para el tratamiento a domicilio”*(*) que mejorarán el dolor y la discapacidad.

¿QUÉ HAY QUE EVITAR?

1. Caminar por terreno irregular.
2. Caminar con peso.
3. Estar de pie durante periodos prolongados.
4. Sentarse en sofás bajos.
5. Subir y bajar escaleras.
6. Arrodillarse.
7. Ponerse de cuclillas.
8. Poner almohadillas debajo de la rodilla para evitar el dolor porque aumentan la limitación articular.

AYUDAS EN CASA

1. Tazas de WC elevadas con asideros laterales.
2. Plato de ducha.
3. Barras en la bañera.
4. Sillas altas.

AYUDAS ORTOPÉDICAS PARA EL ENFERMO

1. Bastones o andadores metálicos.
2. Calzado adecuado (horma ancha, poco tacón, suela gruesa y blanda).

EJERCICIO

1. No fatigarse.
2. Descanso entre cada ejercicio.
3. Evitar los que aumenten el dolor.

PROGRAMA DE EJERCICIOS BÁSICOS PARA REALIZAR EN DOMICILIO (*)

A. CALENTAMIENTO

1. Ejercicio isométrico del cuádriceps



Con la pierna estirada se aprieta la rodilla contra la cama o superficie dura. Se mantiene durante cinco segundos, volviendo a la posición inicial. Repetir 15-20 veces

2. Ejercicio de flexión de rodilla en posición boca-arriba



Se flexiona la rodilla al pecho con la ayuda de las manos. Repetir 15-20 veces

3. Ejercicio de flexión de rodilla



Boca abajo. Intentando que el talón toque la nalga. Repetir de 15-20 veces

4. Ejercicio de flexo-extensión de la rodilla



Partiendo de la posición de sentado (si las condiciones de la rodilla lo permiten)

B. EJERCICIOS AERÓBICOS

1. Marcha
2. Hidroterapia (ejercicios realizados en el agua)
3. Bicicleta estática

APLICACIÓN DE CALOR O FRÍO

Calor

Relaja la musculatura y disminuye la sensación de dolor y mejora la rigidez matutina.

Se aplica con paños calientes o con la ducha de agua caliente en la articulación.

Precauciones:

Cuidado con las quemaduras. No utilizar en caso de varices o en presencia de inflamación de la articulación.

Frío

Aplicación con bolsas de hielo, disminuye la sensación del dolor.

Se puede aplicar después de realizar el programa de ejercicios (10/15min.) o cuando el dolor se intensifica tras la actividad.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

EDUCACIÓN DEL PACIENTE

La educación del paciente y la familia sobre la enfermedad y su tratamiento es considerada en las distintas guías de la práctica clínica como parte integral del tratamiento de los pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla^{14,17}.

Indicar al paciente pautas de protección articular y de modificación de hábitos de vida para proteger las articulaciones frente a un daño ulterior, es considerado como un aspecto básico en el tratamiento desde el momento del diagnóstico de esta afección.

Se debe señalar al paciente las actividades que provocan mayor sobrecarga e indicarle los métodos para reducir el estrés articular. En general, esto incluye la reducción de peso en pacientes obesos, y desaconsejar en todos los casos el sedentarismo.

En el Anexo 2 se adjunta un ejemplo de folleto explicativo que puede ser de utilidad para los pacientes.

Las recomendaciones sobre educación parten de las guías de práctica clínica utilizadas sin el apoyo ni revisiones sistemáticas que las avalen.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

I PROTECCIÓN ARTICULAR

AYUDAS A LA MARCHA

La utilización de un bastón en la mano contraria a la cadera y/o rodilla afectada, o más dolorosa, reduce la carga en la articulación afecta y el estrés biomecánico que se produce en ellas. De este modo, se puede reducir el dolor y mejorar la movilidad del paciente.

Su utilización puede ser un componente apropiado en el tratamiento de estos pacientes. Se aconseja el bastón cuando el dolor es juzgado como moderado o intenso, y cuando se produce una limitación de la actividad de la marcha.

El bastón de elección es el bastón canadiense, con apoyo en la mano y en el codo, a una altura adecuada. Otros bastones pueden reemplazar al bastón canadiense cuando éste es rechazado por motivos estéticos.

CALZADO

Se recomienda un calzado con suela de goma por su capacidad para absorber parte de la energía del choque contra el terreno al posar el pie. En general, se recomienda que el calzado lleve tacón de poca altura (2-3 cm). Se trata de recomendaciones de consenso.

ORTESIS

Las plantillas de materiales blandos pueden suplir, en parte, el efecto de la suela de goma, por lo que pueden ser recomendadas para el calzado cuando el paciente descarte el empleo de ese tipo de suela. Las plantillas de diseño específico para contrarrestar defectos del pie o de alineación del tobillo, como el pie valgo o el pie cavo, también pueden ser recomendadas.

La utilización de estas ortesis puede reducir el dolor y permitir que el paciente mejore su capacidad de marcha, sin añadir riesgos. Estas recomendaciones están recogidas en las guías de la práctica clínica utilizadas sin que, actualmente, existan evidencias sobre su beneficio en pacientes con osteoartritis.

Existen otras ortesis para circunstancias especiales; por ejemplo cuando es necesario inmovilizar la rodilla y derivar la carga por tutores externos, que deben ser valoradas por profesionales especializados.

OTRAS AYUDAS TÉCNICAS

Aunque la eficacia de las ayudas técnicas en pacientes con osteoartritis no está claramente definida, éstas deben ser tenidas en cuenta.

La utilización de elevadores del asiento (por ejemplo, del retrete), agarraderas para el baño, pasamanos en escaleras o rampas, o ayudas técnicas para evitar la flexión de la rodilla en las actividades de la vida diaria, pueden ayudar a incrementar la función e independencia funcional en estos pacientes.

Dada la necesidad de individualizar el tratamiento de estos pacientes, y tomar en consideración otros factores individuales, como son la edad y la comorbilidad que presente, en aquellos pacientes que tras su valoración se observa una afectación de la funcionalidad, puede ser necesario la prescripción y adaptación de otras ayudas técnicas con la colaboración de terapia ocupacional.

MEDIDAS PARA EVITAR CAÍDAS

Desde el momento en que se afecta la marcha del paciente es necesario que se tomen medidas para evitar las caídas, incluyendo la modificación del hábitat del paciente. Las recomendaciones más habituales, además del uso del bastón, son:

- Sujeción adecuada del calzado, de forma que no se use calzado que se pueda deslizar del pie. Suela de goma siempre.
- Eliminación de puntos de tropiezo, como alfombras y desniveles.
- Iluminación permanente de los trayectos posibles, como el del baño.
- Sustitución de escalones por rampas adecuadas y barandillas para cualquier tipo de ascenso o descenso.
- Evitar la marcha por suelos húmedos o deslizantes, con limpieza de manchas deslizantes.
- Evitar subirse a escaleras de mano y taburetes, colocando la ropa y los utensilios al alcance de la mano y solicitando ayuda para realizar tareas en alto, como cambiar cortinas.

II MEDIDAS FÍSICAS:

CALOR Y FRÍO

Frío: Las técnicas de aplicación de frío, como bolsa de hielo sobre paño, agua fría bajo la ducha, o *cold-pack*, han mostrado su efecto beneficioso en osteoartritis de rodilla, en una revisión sistemática¹⁸, en relación a la mejoría de la movilidad articular de la rodilla, y del estado funcional.

El masaje con frío ha demostrado resultados favorables, después de 2 semanas de tratamiento, para mejorar la movilidad articular de rodilla y la función. Se aconseja su aplicación durante 15 o 20 minutos, con periodicidad diaria.

Las bolsas de hielo son una buena forma de utilización del frío para la disminución del edema de rodilla. Pero debe tenerse en cuenta que la utilización de bolsas de hielo está contraindicada en pacientes con riesgo de vasoespasmos o isquemia. Se aconseja no utilizar por un tiempo superior a 20 minutos.

Calor: Las técnicas de aplicación incluyen paños calientes, manta eléctrica, lámpara de infrarrojos, *hot-packs*, agua caliente bajo la ducha. Se aconseja su uso en dolor moderado y persistente, antes de la realización de ejercicios de flexibilización y para reducir el dolor y la rigidez de la articulación de rodilla.

Recomendaciones que están recogidas en las guías de la práctica clínica, pero no están respaldadas por las revisiones sistemáticas utilizadas.

ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA (TENS):

En aquellos pacientes que no sean candidatos a tratamiento farmacológico o cuando el paciente rehuse este tratamiento, la utilización de TENS puede disminuir el dolor en pacientes diagnosticados de osteoartritis de rodilla.

Aunque no existen datos concluyentes sobre el tipo de TENS utilizado ni en la duración de su aplicación, la utilización de TENS de alta frecuencia ha demostrado producir una disminución del dolor, cuando se utiliza como tratamiento de artrosis de rodilla.

Esta recomendación se basa en los hallazgos referidos por una revisión sistemática¹⁹ y una guía de práctica clínica²⁰, basada en una revisión sistemática, que indican la reducción del dolor en estos pacientes tras su aplicación. Sin embargo, un ensayo clínico posterior no ha encontrado diferencias entre el empleo de TENS y placebo²¹. En cuanto a la duración de su aplicación, aunque tampoco existen datos concluyentes, se aconseja el tratamiento con una duración de más de 4 semanas.

ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA MUSCULAR

Según los datos referidos, una revisión sistemática defiende la eficacia de la estimulación eléctrica muscular para el nivel del músculo cuádriceps en pacientes con osteoartritis de rodilla.

Sin embargo, la estimulación eléctrica no ha sido referida en las guías clínicas de osteoartritis de rodilla. Actualmente, se considera que no existe evidencia suficiente para incluir o excluir este tratamiento²².

OTRAS MODALIDADES FÍSICAS

- Ultrasonidos: Según los datos obtenidos en dos revisiones sistemáticas existe evidencia científica que indica la ausencia de beneficio del tratamiento con ultrasonidos en la osteoartrosis de rodilla^{20;23-26}.
- Onda corta: En relación al tratamiento con onda corta, en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla, en la actualidad no existen evidencias que recomienden su utilización, en términos de reducción de la intensidad del dolor o mejoría funcional, en estos pacientes^{20;27}.
- Láser de baja energía: Con respecto a la utilización de láser de baja energía, en osteoartritis de cadera y rodilla, según los resultados referidos en dos revisiones sistemáticas^{28;29}, no existen datos concluyentes sobre la eficacia de este tratamiento, para recomendar su uso en estos pacientes.

La principal dificultad o limitación encontrada en los estudios revisados es la heterogeneidad de la aplicación clínica del láser, que incluye tanto las diferentes dosis como tipos utilizados.

- Magnetoterapia: Se ha utilizado para la disminución del dolor en pacientes con osteoartritis de rodilla.

Una revisión sistemática soporta su utilización como método de tratamiento para la disminución del dolor en pacientes con osteoartritis de rodilla, considerándose la

forma de aplicación magnetoterapia pulsante y la duración del tratamiento de 4 semanas³⁰. La evidencia actual, basada en una revisión sistemática de mayor calidad, sugiere que no existen beneficios con la aplicación de este tratamiento en pacientes con osteoartrosis de rodilla^{32;33}.

III EJERCICIO

La recomendación de la prescripción de ejercicio como tratamiento de la osteoartritis, principalmente en artrosis de rodilla, se basa en los datos referidos tanto en las guías de práctica clínica utilizadas como en las revisiones sistemáticas encontradas (20;34;35), considerándose que su uso alcanza los objetivos terapéuticos de disminuir el dolor, mejorar la movilidad articular y la limitación funcional que esta enfermedad origina. Incluso existen evidencias de que pueden prevenir la discapacidad.

Existe información más limitada en cuanto a la eficacia del ejercicio y de su intensidad en pacientes con osteoartrosis de cadera.

Actualmente, se considera que no existe suficiente evidencia para recomendar el tipo de ejercicios e intensidad de los mismos, al no existir pruebas acerca de la superioridad de unos sobre otros.

En la prescripción del ejercicio debe considerarse el objetivo y adaptación a las posibilidades y características de cada paciente. En relación al paciente, se han de valorar distintos factores, donde se incluyen:

- Factores relacionados con la osteoartrosis (dolor, estabilidad articular, movilidad articular).
- Otros factores individuales, donde destacan la edad, y la comorbilidad que presenta el paciente.

Los ejercicios aeróbicos, como caminar, o la bicicleta, ha demostrado su efectividad en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla. Aunque caminar continúa considerándose el ejercicio aeróbico de bajo impacto más frecuentemente practicado. Ha de realizarse de forma progresiva y gradual, con una frecuencia de 3 o más veces por semana, y una duración de no menos de 20 a 30 minutos aconsejándose una intensidad moderada, según la tolerancia del paciente³⁵.

Actualmente, se considera que el ejercicio aeróbico de baja intensidad (definido como del 30 al 45% de la reserva de ritmo cardíaco) y de alta intensidad (definido como del 60% al 75% de la reserva del ritmo cardíaco) es igualmente efectivo en los pacientes con osteoartritis de rodilla, siempre y cuando el paciente no presente comorbilidad que implique riesgo, cuando se realiza una actividad aeróbica prolongada.

Si el paciente presenta una tolerancia limitada a la marcha puede preferirse el inicio en piscina, que ha demostrado incrementar la capacidad funcional aunque no mejora los resultados de salud de estas personas.

Ejercicios de flexibilización y fortalecimiento: Por otra parte, en pacientes con artrosis de cadera y rodilla, se aconseja la realización de ejercicios dirigidos a preservar la movilidad de la articulación afectada y de entrenamiento a fuerza. Los estudios que evalúan la eficacia de los ejercicios de fortalecimiento muscular en participantes con osteoartritis de rodilla y cadera han demostrado que produce reducción del dolor y mejora de función en estos pacientes.

Aunque no se ha establecido el programa terapéutico más adecuado, en estos pacientes se aconsejan los ejercicios de entrenamiento a fuerza, mediante isométricos e isotónicos, que deben ser seleccionados según las características del paciente referidas anteriormente, aconsejándose los realizados en cadena cinética cerrada que son mejor tolerados, y quedando por resolver los aspectos relativos a frecuencia, duración e intensidad óptima.

En pacientes con artrosis de rodilla se indica la realización de ejercicios para preservar la movilidad normal de la articulación y ejercicios de fortalecimiento de cuádriceps principalmente. Clásicamente se aconseja:

- Isométricos de cuádriceps con una frecuencia de 3 veces por semana, con una intensidad submáxima y de duración de 5 a 6 segundos cada ejercicio.
- Mientras que los isotónicos se aconsejan con intensidad submáxima, comenzando con 10 a 15 repeticiones.

En los pacientes con osteoartritis de cadera se aconsejan ejercicios para preservar la movilidad articular de cadera y de fortalecimiento de los abductores, aductores y extensores de caderas. Sin embargo, la evidencia disponible sobre los efectos en esta articulación no es tan clara.

El aprendizaje de ejercicios puede considerarse sencillo, existiendo numerosos esquemas de ejercicios y siendo frecuente que se proporcione un folleto con explicaciones ilustradas. Existen varios ensayos clínicos que avalan la eficacia de programas de ejercicios en domicilio en pacientes con osteoartritis de rodilla, incluyendo simples instrucciones para caminar³⁶⁻⁴². Un régimen de ejercicios válido puede tener una frecuencia de las sesiones de 3 días a la semana, con una duración de la sesión de 15 minutos.

Los pacientes deben ser alentados a su continuidad, de acuerdo a sus posibilidades en cada momento. La tasa de abandono está, en parte, relacionada con la intensidad del ejercicio, pues los programas de alta intensidad presentan las tasas de deserción más elevadas y se considera que el caminar es una actividad que se adopta y se sigue más fácilmente⁴³. El tema de la adherencia al ejercicio debe considerarse de gran importancia. Aunque en la revisión realizada no se han encontrado ensayos clínicos que avalen un método para conseguir una mayor adherencia, entre los estudios reunidos se encuentran observaciones que es preciso tener en consideración:

1. El abandono de la ejecución de los ejercicios es frecuente^{44;45}.
2. Los motivos para abandonar o continuar con los ejercicios son complejos y, en parte, están ligados a las características de las personas⁴⁶⁻⁴⁹.
3. Existen diversas estrategias para incrementar la adherencia a los ejercicios^{44;49-51} (revisiones periódicas, diarios autocumplimentados, llamadas telefónicas, visitas domiciliarias, etc)³⁹⁻⁴², todas ellas con un factor común: el contacto con una persona que refuerza la conducta positiva.

El análisis de los factores que determinan el abandono de los ejercicios y el desarrollo y la ejecución de estrategias para el mantenimiento de la actividad física constituyen una competencia que debe estimularse entre todos los profesionales que atienden a estos pacientes^{47;48}, particularmente de la Enfermera por su orientación a los cuidados y por sus mayores posibilidades de mantener un contacto más frecuente.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

ANALGÉSICOS:

- PARACETAMOL (4 g/día). Las guías utilizadas^{14;16;17} y una revisión sistemática⁵² proporcionan evidencias de que el paracetamol, en dosis de 2 o más gramos al día, es claramente superior a placebo en la mejoría del dolor, con similares tasas de seguridad (Recomendación grado I). El número necesario para tratar (NNT), para conseguir mejorar el dolor es de 2. La dosis debe disminuirse en pacientes con hepatopatía o nefropatías severas.

Hepatotoxicidad:

- o Dosis > 10 g.
 - o Aumenta si se asocia con etanol a altas dosis o con fenitoína.
 - o Altas dosis de paracetamol pueden potenciar los efectos de los anticoagulantes (control más estrecho del INR)
- AINE tópicos: Las guías apoyan su uso. El estudio de Moore no especifica una localización ni patología específica en su utilización⁵³. No obstante, su uso, en el caso que nos ocupa, debe restringirse a la artrosis de rodilla (Recomendación grado IIa).
 - AINE orales clásicos. Basándonos en las guías¹⁵ y las revisiones sistemáticas de Towheed^{52;54}, podemos decir que estos fármacos son más efectivos que el paracetamol en la reducción del dolor y en la valoración global de los pacientes con artrosis de rodilla y de cadera, pero ambos tienen efectos similares en la mejoría del estado funcional. En los ensayos no se encontraron diferencias significativas en la seguridad de los AINE comparados con paracetamol, aunque los pacientes que tomaban AINE tenían más posibilidades de abandonar el estudio por efectos secundarios gastrointestinales (Recomendación grado I). Los AINE clásicos por vía general son útiles para

pacientes con artrosis de moderada a severa y para aquellos cuyos síntomas no se controlan adecuadamente con paracetamol o presenta efusión articular. Aunque la interpretación de los estudios comparativos de toxicidad es difícil, el ibuprofeno en dosis bajas (< 1.500 mg/día) parece ser el menos tóxico; el naproxeno y el diclofenaco, intermedio y piroxicam, ketoprofeno y tolmetín, parecen ser los más tóxicos. No obstante, es posible que las aparentes diferencias de riesgo entre los AINE sean el resultado de dosis no equivalentes y de la falta de ensayos comparativos randomizados extensos.

Basándose en la evidencia de la eficacia similar y de la menor tasa de efectos gastrointestinales serios, los AINE inhibidores selectivos de la COX-2 (celecoxib y rofecoxib) pueden ser considerados en pacientes con alto riesgo de eventos gastrointestinales serios. Las guías de práctica clínica^{15;55}, una revisión sistemática⁵⁶ y dos estudios de costo-efectividad^{57;58} justifican y recomiendan su utilización (Recomendación grado I).

Los inhibidores de la COX-2 son más caros que la combinación de muchos AINE tradicionales más misoprostol, pero son menos caros que los AINE más inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol o rabeprazol). Podemos resumir, pues, que los AINE inhibidores selectivos de la COX-2 son más apropiados para pacientes que requieran terapia antiinflamatoria de larga duración y para aquellos pacientes con riesgo alto de eventos gastrointestinales serios⁴.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS AINE (menos frecuentes)

- o Insuficiencia renal
- o Incremento de la TA, usualmente discreto
- o Empeoramiento de insuficiencia cardíaca congestiva
- o Hepatitis (rara)

Esto obliga a una monitorización del hemograma, de la creatinina sérica y las transaminasas. Además, estos pacientes deberían ser interrogados regularmente sobre la aparición de heces negras, dispepsia, náuseas, dolor abdominal, edemas o dificultad respiratoria¹⁵.

OTROS TRATAMIENTOS

- CAPSAICINA tópica. Algunas guías^{14;16} y un meta-análisis⁵⁹ sugieren que la capsaicina tópica puede tener un modesto beneficio en algunos pacientes. Se emplearía en los casos en que el paracetamol no ha sido capaz de disminuir convenientemente el dolor de tipo moderado y el paciente no desea comenzar con más medicación por vía oral. Los estudios son escasos, por lo que su recomendación no está aún bien determinada (Grado de recomendación IIIb).

⁴ Factores de riesgo gastrointestinal: Edad > 65 años, enfermedades concomitantes, tratamiento esteroideo, antecedentes de úlcera péptica, antecedente de sangrado gastrointestinal alto, tratamiento anticoagulante, duración de la terapia (> peligro en los primeros 3 meses).

- CODEÍNA e hidroxicodeína. Las guías de la SER¹⁷ y la de Ontario¹⁵ circunscriben su uso a cuadros de agudización puntual de dolor crónico por artrosis durante breves periodos de tiempo y considerando la posible aparición de secundarismos (Recomendación grado IIIb).
- TRAMADOL (dosis 200-300 mg/día). Las 4 guías utilizadas justifican su uso en los casos de dolor por artrosis de rodilla de tipo moderado-intenso, que no mejoran con analgésicos no opioides y AINE, que presenten contraindicaciones para el uso de estos últimos o que padezcan graves patologías renales (Grado de recomendación IIIb).

COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS

- PARACETAMOL + CODEÍNA (3 g/180 mg). Puede ser útil para proporcionar analgesia adicional a corto plazo. Tiene más efectos adversos que el tratamiento con paracetamol sólo^{15;17}.
- INYECCIONES intraarticulares de corticoides. Las 4 guías utilizadas y la revisión sistemática de Towheed de 1997⁶⁰ consideran indicadas las inyecciones intraarticulares de corticoides en pacientes con artrosis de rodilla con efusión y signos inflamatorios locales. Generalmente no se administran más de 3 o 4 veces al año debido a un teórico daño del cartílago por la inyección repetida. Así pues, las inyecciones intrarticulares de corticoides pueden proporcionar alivio del dolor agudo, aunque su efectividad se desvanece tras 4-6 semanas (Recomendación grado IIa).
- ÁCIDO HIALURÓNICO intrarticular. Las guías de práctica clínica coinciden en la eficacia del ácido hialurónico, en cuanto a la mejoría del dolor y de la función, cuando se compara con placebo (Grado de recomendación I). Sin embargo, y siempre teniendo en cuenta la limitada evidencia disponible, el ácido hialurónico es tan efectivo, pero no más que los AINE por vía oral, en la percepción del dolor, la función física, la valoración global del paciente y el grado de rigidez (Grado de recomendación IIa)⁶¹.
- SULFATO DE GLUCOSAMINA y condroitín sulfato. Las guías de la EULAR y de Ontario, la revisión sistemática realizada para la “Cochrane Library” por Towheed⁶² y el meta-análisis de Richy⁶³ sugieren mejoría del dolor y de la movilidad¹⁶. (Grado de recomendación I). No existen evidencias suficientes, en cuanto a la actividad modificadora de la enfermedad, de estos fármacos.
- DIACEREÍNA. Los ensayos clínicos parecen sugerir una mejoría sintomática de la artrosis de rodilla⁶⁴ y un efecto analgésico y modificador de la estructura en la artrosis de cadera⁶⁵. No obstante, se precisan de nuevos estudios que confirmen estos resultados, por lo que, actualmente, lo más prudente, en espera de estos nuevos estudios, es otorgarles un grado de recomendación indeterminada (grado IV).

Además de los procedimientos terapéuticos habituales, algunos facultativos pueden estar empleando o recomendando algún procedimiento alternativo. Por ello, se incluyen conclusiones sobre la acupuntura y la herbología.

ACUPUNTURA

La revisión sistemática de Ernst encuentra que no hay evidencias suficientes que demuestren la superioridad de la acupuntura sobre la aplicación simulada de la misma⁶⁶. El informe de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) concluye que se puede defender su empleo como tratamiento de segunda o tercera línea en pacientes que no responden a los procedimientos convencionales o no toleran la medicación⁶⁷.

HERBOLOGÍA

Las revisiones de Little, Parsons y Logan⁶⁸ y de Long, Soeken y Ernst⁶⁹ coinciden en que el preparado de avocado y semillas de soja reduce el dolor y el empleo de antiinflamatorios no esteroideos. La primera de estas revisiones encuentra también evidencias que apoyan el empleo de clavo del diablo y de fitodolor, siendo mas débiles los argumentos favorables al empleo de otros preparados. No se incluyen recomendaciones sobre el uso de ninguno de estos preparados.

HOMEOPATÍA

En su revisión, Long y Ernst⁷⁰ encuentran que existe un número insuficientes de ensayos para obtener conclusiones firmes sobre la eficacia de la homeopatía en el tratamiento sintomático de la osteoartritis.

Cuadro resumen de recomendaciones

Procedimiento	Recomendación del grupo de trabajo especificaciones	Sentido y fuerza de la recomendación en las pruebas	Bibliografía
Grupo 1	Medidas de protección articular, de fácil accesibilidad y muy baja probabilidad de efectos adversos		
Frío	Favorable	Favorable - Grado IIb	(14;15;18)
Calor	Favorable Tener en cuenta las contraindicaciones del calor: varices; alteraciones tróficas cutáneas	Favorable - Grado IIIb	(14;15;18)
Ortesis - Calzado	Favorable Tener presente que hay alternativas que no son costosas	Favorable - Grado IIIb	(14;15)
Ayudas a la marcha: bastones, andadores	Favorable	Favorable - Grado IIIb	(14;15)
Ayudas técnicas: elevadores de la taza del WC., pasamanos, asideros, banquetas elevadas, etc.	Favorable	Favorable - Grado IIIb	(14;15)

Grupo 2		Tratamientos físicos de accesibilidad difícil y/o probabilidad de efectos adversos a tener en consideración	
T.E.N.S	Favorable En caso de fracaso o contraindicación de las medidas farmacológicas. Se recomienda el uso en el domicilio tras adiestramiento y confirmación del efecto en la sala de tratamiento.	Favorable - Grado IIa	(19;20)
		Un ensayo clínico posterior no confirma la superioridad del TENS sobre el placebo	(21)
Ejercicio	Favorable	Favorable - Grado IIa	(20;34;35)
Onda corta	Desfavorable	Grado IIa	(20;27)
Ultrasonidos	Desfavorable	Grado I	(20;23;26)
Estimulación eléctrica	Desfavorable	Grado IIIa	(20;22)
Campos electromagnéticos	Desfavorable	Desfavorable- Grado IIa	(31;33)
		Favorable - Grado IIb	(30)
Láser	Desfavorable	Grado IIIb	(28;29)
Grupo 3		Tratamientos farmacológicos	
Paracetamol	Favorable	Favorable. Grado I	(14-17;52)
AINE tópicos	Favorable. Afectación de articulaciones superficiales (rodilla p.e.). Pacientes con componente inflamatorio y/o que no respondan a paracetamol	Favorable grado IIa	(14;15;17;53)
AINE orales clásicos	Favorable. En pacientes con componente inflamatorio y/o que no respondan a paracetamol	Favorable grado I	(16;54)
AINE inhibidores de la COX-2	Favorable. Pacientes que requieran terapia antiinflamatoria de larga duración y/o con alto riesgo de eventos gastrointestinales serios	Favorable grado I	(15;54-56;58)
Capsaicina	Indeterminada (rodilla)	Grado IV	(14-16;59)
	Desfavorable (cadera)	Grado IV	

Codeína e hidroxicodeína	Favorable	Favorable grado IIIb	(15;17)
Tramadol	Favorable	Favorable grado IIIb	(14;17)
Inyección intra-articular de corticoides	Favorable	Favorable grado IIa	(14-17;60)
Ácido hialurónico	Favorable	Favorable grado IIa	(14-17;31;60;71)
Sulfato de glucosamina	Favorable	Favorable grado I	(14;15;62;63)
Condroitín sulfato	Favorable	Favorable grado I	(14;15;63;72)
Diacereína	Indeterminada	Grado IV	(64;65)
Grupo 4	Otros procedimientos terapéuticos		
Acupuntura	Desfavorable	Desfavorable Grado IIa	(66;67)
Herboterapia	Favorable (insaponificado de avocado y soja, clavo del diablo y fitodolor)	Favorable - Grado IIa	(68;69)
	Indeterminada (Reumalex, corteza de sauce y ortiga común)	Favorable - Grado IIb	(68;69)
Homeopatía	Indeterminada	Grado IV	(70)
Desbridamiento artroscópico	Desfavorable como indicación generalizada	Desfavorable – Grado IIa	(7)
Lavado articular	Desfavorable	Desfavorable - Grado I	(6)

MÉTODO DE VALORACIÓN RADIOLÓGICA KELLGREN (CLASIFICACIÓN RADIOLÓGICA DE LA ARTROSIS (KELLGREN Y LAWRENCE))

- Grado 0: normal
- Grado 1: dudoso
 - o Dudoso estrechamiento del espacio articular
 - o Posible osteofitosis
- Grado 2: leve
 - o Posible estrechamiento del espacio articular
 - o Osteofitosis
- Grado 3: moderado
 - o Estrechamiento del espacio articular
 - o Osteofitosis moderada múltiple
 - o Leve esclerosis
 - o Posible deformidad de los extremos de los huesos
- Grado 4: grave
 - o Marcado estrechamiento del espacio articular
 - o Abundante osteofitosis
 - o Esclerosis grave
- Deformidad de los extremos de los huesos

MEDIDAS EDUCATIVAS (APOYO COGNITIVO)

La artrosis es una enfermedad que lesiona el cartilago articular (tejido que recubre los dos extremos de los huesos que forman una articulación) y origina dolor, rigidez e incapacidad funcional. Habitualmente, se localiza en la columna cervical y lumbar, rodillas, caderas y articulaciones de los dedos de las manos. Fuera de estos lugares, debe sospecharse la existencia de un daño previo o de otra enfermedad articular subyacente.

En España, la artrosis afecta aproximadamente al 23,8% de la población general [Ballina, 1993]. Su frecuencia aumenta con la edad. Su evolución es muy lenta, con periodos de mejoría espontánea que pueden ser muy duraderos.

La rodilla es una de las articulaciones que con más frecuencia se ve afectada por la artrosis. La prevalencia de artrosis sintomática de rodilla es del 10,2% (14% en mujeres y 5,7% en hombres).

¿Por qué se produce?

No se conoce la causa de la artrosis. Las investigaciones sugieren que existen determinados factores que aumentan el riesgo de padecer esta enfermedad: obesidad, determinadas ocupaciones y actividades laborales, herencia y raza.

¿Dónde se produce la lesión?

Las articulaciones son los componentes del esqueleto que nos permiten el movimiento. Están formadas por dos huesos unidos a través de un tejido (cápsula articular), ligamentos y tendones. Los extremos óseos están recubiertos de un tejido blanco nacarado, resistente y con cierto grado de elasticidad, denominado cartilago articular. Dentro de la cavidad formada por las estructuras anteriores, existe un fluido que se conoce como líquido sinovial y que lubrica la articulación. La artrosis lesiona el cartilago articular en tres fases. Primero lo reblandece, haciéndolo frágil, quebradizo y sin capacidad de amortiguar. En una segunda fase, lo adelgaza, desapareciendo en determinadas zonas. Finalmente, aparecen zonas en las que el extremo óseo deja de estar protegido por el cartilago. Como consecuencia el hueso sufre, reacciona y se vuelve más compacto deformándose y creciendo por sus extremos formando unas excrescencias que se denominan “picos de loro” o, más técnicamente, osteofitos.

¿Qué síntomas produce la artrosis de rodilla?

El síntoma fundamental de la artrosis, de cualquier localización, es el dolor mecánico (dolor en carga, especialmente intenso en el inicio del movimiento, que mejora después de caminar unos pasos y cede en reposo). Otros síntomas son la limitación de la movilidad articular que puede ser observada por el paciente o descubierta por el médico en la exploración.

La deformación de la rodilla (engrosamiento, curvatura de las rodillas) y los fallos por inestabilidad articular también pueden ser claramente percibidos por el enfermo.

¿Cómo se diagnostica la artrosis de rodilla?

En el enfermo con síntomas que sugieran artrosis de rodilla puede procederse a realizar una radiografía simple, prueba idónea para confirmar el diagnóstico u obtener información sobre la evolución de la enfermedad. La realización de otras pruebas diagnósticas como una resonancia magnética nuclear, ecografía o artroscopia, estarán indicadas sólo en casos contados en los que los síntomas sugieran patología asociada de partes blandas. Los análisis de sangre y orina no se alteran por esta enfermedad.

¿Qué síntomas produce la artrosis de cadera?

El síntoma fundamental de la artrosis de cadera es el dolor en la ingle, lentamente progresivo y de ritmo mecánico (aumenta en carga y mejora en reposo). El dolor suele irradiarse por delante del muslo hasta la rodilla. También puede doler la zona lumbar, por alteración de la estática de la columna.

Otro síntoma frecuentemente referido es la dificultad o imposibilidad para ponerse el zapato o el calcetín del lado afectado o para cruzar una pierna sobre otra. Esto se debe a la limitación de la movilidad para las rotaciones, la flexión y la separación.

La falta de función de la cadera provoca una hipotrofia muscular, que se manifiesta como adelgazamiento del muslo en comparación con el lado contralateral.

¿Cómo se diagnostica la artrosis de cadera?

En el enfermo con síntomas sugerentes de artrosis de cadera, el estudio radiográfico de la articulación confirma el diagnóstico. Otros estudios como la resonancia magnética nuclear, el TC o la gammagrafía ósea, sólo son útiles para realizar el diagnóstico diferencial con otros procesos que pueden dar dolor en la cadera, cuando la radiografía simple no sugiere artrosis. Los análisis de sangre y orina son normales.

¿Cómo se trata?

Se dispone de diversas alternativas, que incluyen los tratamientos físicos, los fármacos y, a veces, la cirugía. Los objetivos de todos ellos pueden resumirse en: aliviar el dolor articular, mantener la capacidad funcional y, en la medida de lo posible, disminuir la progresión de la enfermedad.

Los medicamentos que habitualmente se recetan para tratar la artrosis persiguen el fin de aliviar el dolor. Los fármacos utilizados para esto se denominan analgésicos. El paracetamol es uno de ellos. En ocasiones, deben asociarse antiinflamatorios (medicamentos que reducen el dolor y también la inflamación y la rigidez). Todos estos fármacos deben ser utilizados a las dosis y durante el tiempo prescritos por el médico, ya que una dosis o una duración incorrecta puede hacerlos ineficaces o, por el contrario, dar lugar a la aparición de efectos perjudiciales. Estos medicamentos pueden utilizarse durante largos periodos de tiempo, ya que no pierden su efecto al prolongarse su administración.

La utilización de nuevos fármacos que se demuestren eficaces en la enfermedad deberá ser evaluada por su médico de Atención Primaria o Especializada, quien valorará de forma individualizada la indicación o no del nuevo tratamiento.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA ARTROSIS

Considerando que cualquier intervención quirúrgica que modifica estructuralmente la articulación supone un límite marginal al proceso, sólo se ha buscado documentación sobre el desbridamiento y el lavado articular, si bien se relacionan el resto de opciones quirúrgicas.

Técnicas quirúrgicas

Las técnicas quirúrgicas empleadas habitualmente en la rodilla y cadera son:

1. Desbridamiento y lavados articulares
2. Técnicas sobre partes blandas
3. Osteotomías
4. Artrodesis
5. Artroplastias
6. Otras técnicas quirúrgicas

1.- Desbridamiento y lavados articulares

No hay evidencia de que el lavado articular o el desbridamiento artroscópico sean técnicas eficaces para el tratamiento de la artrosis de rodilla^{6,7}.

- Desbridamiento artroscopico en la rodilla
Pueden, no obstante, aliviar la clínica en caso de roturas degenerativas meniscales con síntomas mecánicos.
- Lavado articular
Aunque tiene un efecto clínico beneficioso, éste sólo puede atribuirse a un efecto placebo⁶.

2.- Técnica sobre partes blandas

Las liberaciones tendino-musculares, ligamentosas o capsulares, actualmente rara vez se emplean de forma aislada, sino asociadas a otras intervenciones, como las artroplastias, pero en la articulación femoro-patelar artrósica con lateralización, las técnicas de liberación de las estructuras laterales pueden tener utilidad aún vigente.

3.- Osteotomías:

En pacientes seleccionados, que no son candidatos a la artroplastia, la osteotomía puede aliviar el dolor y frenar la progresión de la enfermedad.

Consisten en la realización de secciones en el hueso, cerca de la articulación afecta, con el fin de realinear y distribuir las cargas para, al mejorar la biomecánica articular, proporcionar alivio del dolor y mejora del espacio articular durante algunos años.

Esta alineación ósea más correcta disminuye la tensión en las estructuras blandas y mejora la distribución de las cargas sobre una zona de cartílago sano, disminuyendo éstas en las zonas con cartílago denudado, mejorando el dolor y la función.

Osteotomía en la cadera (intertrocantérica y acetabular)

En situaciones de dolor articular de tipo degenerativo en una articulación con defecto anatómico corregible y sin destrucción articular, se considera que la osteotomía puede proporcionar evidentes beneficios y atajar el proceso degenerativo al eliminar la causa.

Osteotomía en la rodilla (tibial alta o femoral)

El papel actual es controvertido dado el buen resultado de las prótesis totales de rodilla. Su indicación parece reservada al sujeto joven (media de 55 a 60 años), con desviación angular de la rodilla y con afectación de un solo compartimiento. Además, se requiere una rodilla estable, con extensión completa, sin limitación importante de la flexión y con afectación moderada del compartimiento.

En caso de afectación femoro-tibial interna y rodilla desviada en varo, la intervención sería una osteotomía tibial alta valguizante.

En caso de afectación femoro-tibial externa y rodilla desviada en valgo se indicaría una osteotomía femoral varizante.

4.- Artrodesis o fusión articular

Las artrodesis de rodilla y cadera no se toleran bien por los déficits funcionales que se asocian a la pérdida de movilidad.

En el caso de la artrodesis de cadera, algunos autores la utilizan como alternativa a la prótesis total en pacientes jóvenes (menores de 30-35 años) con afectación de una sola cadera. Se trata de artrosis secundarias a fracturas de acetábulo o fémur proximal, y en grave destrucción articular por necrosis avascular o artritis séptica.

En la rodilla, su uso actual se limita a tratamientos de salvamento.

5.- Artroplastia de sustitución

Consisten en la sustitución de las superficies articulares por biomateriales, habitualmente metales o aleaciones, polímeros o cerámicas, que se asemejan a la articulación original y restituyen su función, proporcionando una correcta alineación y estabilidad.

Las prótesis representan un gran avance en el tratamiento de la patología osteoarticular. Las prótesis de cadera y rodilla aportan una buena solución en cuanto a alivio del dolor y función en artrosis avanzadas de dichas articulaciones.

Dado que la edad media de las prótesis está en 10-20 años, los individuos más jóvenes no son los candidatos apropiados, intentándose otros procedimientos quirúrgicos alternativos más conservadores.

Prótesis de rodilla

Una revisión sistemática de ECAs mostró que el reemplazo tricompartmental de la rodilla es eficaz. Un ECA posterior halló que el reemplazo de rodilla unicompartmental es más eficaz que el tricompartmental a los 5 años de seguimiento. La mayoría de estudios se basan en la supervivencia de la prótesis más que en los resultados clínicos.

Con ambos tipos de prótesis el alivio del dolor era bueno pero, respecto a conseguir una flexión mayor de 120°, era significativamente más alto en personas tratadas con reemplazo unicompartmental.

La evidencia sugiere que los beneficios y daños del reemplazo de rodilla son comparables a los del reemplazo de cadera.

- **Prótesis unicondilea de rodilla**

La reciente introducción de las técnicas mínimamente invasivas han renovado el interés por las prótesis unicondileas. Los resultados clínicos han mejorado con mejores indicaciones, modernos instrumentales, diseños y la importancia en comprender que hay que evitar la hipercorrección, han mejorado el pronóstico de estas prótesis.

La prótesis unicompartmental externa o interna es la indicación tipo para la artrosis lateralizada del sujeto anciano.

- **Prótesis de cadera:** El proceso de artroplastia de cadera desarrolla las indicaciones de estas prótesis.

6.- Otras técnicas quirúrgicas

Recientemente se está trabajando en nuevos abordajes en el tratamiento de la patología del cartílago.

Tratamientos como trasplante de condrocitos autólogos, reparación del cartílago usando células mesenquimales o autotrasplante de cartílago (mosaicoplastia), actualmente en investigación para el tratamiento de defectos condrales focales, no están indicados en el manejo de la artrosis. En relación con el trasplante de condrocitos, la revisión de Jobanputra encuentra estudios con alta probabilidad de sesgos que no permiten extraer conclusiones⁷³.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA ARTROSIS. SELECCIÓN DE LA TÉCNICA

Tratamiento quirúrgico en la artrosis de cadera:

1. Artrosis en individuo joven
2. Artrosis en paciente de mayor edad

1.- Individuo joven

Suelen tratarse de artrosis secundarias a trastornos del desarrollo (luxación congénita, enfermedad de Perthes, epifisiolisis proximal, procesos inflamatorios, artritis sépticas, necrosis de cabeza femoral o postraumáticas).

En caso de afectación articular moderada e inicio de dolor, con movilidad aceptable, se pueden plantear.

- o Osteotomías acetabulares (que mejoren la cobertura de la cabeza femoral)
- o Osteotomías femorales (varizantes, en caso de coxa valga; o valguizantes, en caso de coxa vara)

2.- Individuo de mayor edad

Artroplastia de sustitución.

Tratamiento quirúrgico en la artrosis de rodilla:

1. Artrosis femoro-patelar
2. Artrosis femoro-tibial
3. Artrosis bi o tricompartmental

1.- Artrosis femoro-patelar:

En la articulación femoro-patelar artrósica con lateralización está indicada una liberación del retináculo lateral, asociada o no a otros gestos sobre el aparato extensor.

2.- Artrosis femoro-tibial:

En caso de *artrosis del compartimento lateral con genu valgo*, si la primera no es muy avanzada y no hay pinzamiento grave, está indicada una osteotomía femoral varizante.

En casos de *afectación medial con genu varo* (y artrosis poco avanzadas, en rodillas con buena función), está indicada una osteotomía tibial alta valguizante.

En casos muy seleccionados de *afectación grave de un solo compartimento femoro-tibial*, con buena situación del otro, rodilla estable y con buena movilidad la artroplastia unicompartmental puede ser la técnica de elección.

En casos de *grave afectación femoro-tibial*, el tratamiento de elección es la prótesis de rodilla.

3.- Artrosis bi o tricompartmental:

Prótesis de rodilla.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE LA PERSONA CON ARTROSIS DE CADERA Y/O RODILLA

Los diagnósticos incluidos se han considerado que son los más prevalentes en la población que sufre artrosis de cadera y de rodilla; y la ausencia de su atención precipitaría problemas mayores. Debe señalarse que las necesidades de cuidados identificadas en este plan no son las únicas que pueden o tienen que aparecer en todas las personas con esta patología. Por ello, es importante adaptar el presente plan de cuidados a las necesidades de cada persona.

Tanto los diagnósticos e intervenciones incluyen un amplio abanico con el objetivo de cubrir todas las áreas de necesidad que pudiera presentar una persona con dicha patología. En ningún caso, las intervenciones serán vinculantes, sino sujetas a individualización.

PLAN DE CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Dx: Dolor crónico (133)

Ítem mínimos que valorar: Informes verbales de dolor, observación de conducta de protección o defensa, máscara facial, irritabilidad y alteración de la capacidad de seguir con las actividades previas

Resultados esperados:

- Dolor: efectos nocivos (2101)
- Dolor: respuesta psicológica (1306)

Intervenciones:

- Manejo ambiental: confort (6482)
- Manejo del dolor (1400)
- Manejo de la medicación (2380)
- Derivación (8100)

Dx: Deterioro de la movilidad física (85)

Ítem mínimos que se deben valorar: Limitación de la amplitud de movimientos, disminución de la velocidad de la marcha, dificultad para iniciar el paso y pasos cortos.

Resultados esperados:

- Deambulación: caminata (200)
- Nivel de movilidad (208)
- Movimiento articular: activo (206)
- Cuidados personales: actividades instrumentales de la vida diaria (306)
- Fomento del ejercicio (140)

Intervenciones:

- Terapia de ejercicios: deambulación (221)
- Terapia de ejercicios: movilidad articular (224)
- Derivación (8100)

Dx: Déficit de autocuidados: baño/higiene (108)

Ítem mínimos que se deben valorar: Lavar total o parcialmente el cuerpo, secarse el cuerpo, y entrar y salir del baño.

Resultados esperados:

- Cuidados personales: baño (301)

Intervenciones:

- Enseñanza: individual (5606)
- Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (1801)
- Derivación (8100)

Dx: Déficit de autocuidados: vestido/acicalamiento (109)

Ítem mínimos que se deben valorar: Deterioro de la capacidad o incapacidad para ponerse o quitarse las prendas de ropa en la parte inferior del cuerpo y los zapatos.

Resultados esperados:

- Cuidados personales: vestir (302)

Intervenciones:

- Enseñanza: individual (5606)
- Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal (1802)
- Derivación (8100)

Dx: Déficit de autocuidados: uso del WC (110)

Ítem mínimos que se deben valorar: Incapacidad de llegar al WC, sentarse o levantarse del WC y manipular la ropa para la evacuación.

Resultados esperados:

- Cuidados personales: uso del inodoro (310)

Intervenciones

- Enseñanza: individual (5606)
- Ayuda con los autocuidados: aseo (1804)
- Derivación (8100)

Dx: Conocimientos deficientes: especificar (126)

Ítem mínimos que se deben valorar: Verbalización del déficit de conocimientos, seguimiento inexacto de las instrucciones y comportamientos inapropiados.

Resultados esperados:

- Conocimientos: proceso de la enfermedad (1803)
- Conocimientos: régimen terapéutico (1813)
- Conocimientos: actividad prescrita (1811)
- Conocimientos: medicación (1808)
- Conocimientos: recursos sanitarios (1806)

Intervenciones

- Enseñanza: individual (5606)
- Enseñanza: grupo (5604)
- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)
- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612)
- Derivación (8100)

Dx: Manejo inefectivo del régimen terapéutico (78)

Ítems mínimos que se deben valorar: Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad, verbalización de la dificultad con la regulación del régimen terapéutico, verbalización de no haber incluido el régimen terapéutico en sus hábitos diarios y elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir el régimen terapéutico.

Resultados esperados:

- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)
- Conducta de cumplimiento (1601)

Intervenciones

- Asesoramiento (5240)
- Manejo de la medicación (2380)
- Ayuda en la modificación de sí mismo (4470)
- Acuerdo con el paciente (4420)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Seguimiento telefónico (8190)

Dx: Deterioro de la adaptación (70)

Ítem mínimos que se deben valorar: Fallo en el logro de una sensación óptima de control, fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas, y demostración de no aceptación del estado de salud.

Resultados esperados:

- Adaptación psicosocial: cambio de vida (1305)
- Aceptación: estado de salud (1300)

Intervenciones

- Asesoramiento (5240)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Modificación de la conducta (4360)
- Apoyo en la toma de decisiones (5250)

Dx: Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso (3)

Resultados esperados:

- Control de peso (1612)

Intervenciones

- Manejo del peso (1260)
- Manejo de la nutrición (1100)

PLAN DE CUIDADOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Dx: Dolor crónico (133)

Ítem mínimos que se deben valorar: Informes verbales de dolor, observación de conducta de protección o defensa, máscara facial, irritabilidad y alteración de la capacidad de seguir con las actividades previas

Resultados esperados:

- Dolor: efectos nocivos (2101)
- Dolor: respuesta psicológica (1306)

Intervenciones

- Administración de analgésicos (2210)
- Aplicación frío-calor (1380)
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (1540)
- Manejo del dolor (1400)
- Derivación (8100)

Dx: Deterioro de la movilidad física (85)

Ítem mínimos que se deben valorar: Limitación de la amplitud de movimientos, disminución de la velocidad de la marcha, dificultad para iniciar el paso y pasos cortos.

Resultados esperados:

- Nivel de movilidad (208)
- Movimiento articular: activo (206)

Intervenciones

- Terapia de ejercicios: deambulación (221)
- Terapia de ejercicios: movilidad articular (224)
- Derivación (8100)

Dx: Conocimientos deficientes: especificar (126)

Ítem mínimos que se deben valorar: Verbalización del déficit de conocimientos, seguimiento inexacto de las instrucciones y comportamientos inapropiados.

Resultados esperados:

- Conocimientos: proceso de la enfermedad (1803)
- Conocimientos: régimen terapéutico (1813)
- Conocimientos: actividad prescrita (1811)
- Conocimientos: medicación (1808)
- Conocimientos: recursos sanitarios (1806)

Intervenciones

- Enseñanza: individual (5606)
- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)
- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612)
- Derivación (8100)

Dx: Manejo inefectivo del régimen terapéutico (78)

Ítem mínimos que se deben valorar: Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad, verbalización de la dificultad con la regulación del régimen terapéutico, verbalización de no haber incluido el régimen terapéutico en sus hábitos diarios y elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir el régimen terapéutico.

Resultados esperados:

- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)
- Conducta de cumplimiento (1601)

Intervenciones

- Asesoramiento (5240)
- Acuerdo con el paciente (4420)
- Derivación (8100)

Dx: Deterioro de la adaptación (70)

Ítem mínimos que se deben valorar: Fallo en el logro de una sensación óptima de control, fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas y demostración de no aceptación del estado de salud.

Resultados esperados:

- Adaptación psicosocial: cambio de vida (1305)
- Aceptación: estado de salud (1300)

Intervenciones

- Asesoramiento (5240)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Derivación (8100)

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MÉTODOS

La opción seguida ha sido una revisión de revisiones sistemáticas y de guías de práctica clínica, complementada con la búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados en aquellos temas en los que persistían dudas o controversias.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DE REVISIONES Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Las revisiones sistemáticas fueron localizadas en la base de datos de informes de tecnologías sanitarias de INAHTA y en la base de datos de revisiones sistemáticas de la Colaboración Cochrane empleando los términos del vocabulario indexado (MeSH) “osteoarthritis” o “hip” o “knee” y a través de Pubmed solicitando en las palabras clave “osteoarthritis”, restringiendo por los años 1995-junio de 2003 y el tipo de publicación con el término “metaanalysis” o por el título con el término “systematic review”. Los idiomas admitidos fueron inglés, francés y español.

Las guías de práctica clínica fueron localizadas a través de la National Guideline Clearinghouse y de TRIP Database empleando los términos “osteoarthritis” o “hip” o “knee” y a través de Pubmed restringiendo “osteoarthritis”, en las palabras clave, con “guideline” en las palabras clave o en el título.

SELECCIÓN DE REVISIONES Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Tratándose de una estrategia de búsqueda de alta sensibilidad y baja especificidad, se realizó una primera selección de revisiones sistemáticas y de guías de práctica clínica excluyendo, por el título y el resumen, otras localizaciones de la osteoartritis, procesos no artrósicos, procedimientos quirúrgicos que conllevan cambios estructurales y, en el caso de la documentación obtenida de Pubmed, revisiones no sistemáticas.

Entre las revisiones sistemáticas que resultaron de la primera selección, se escogieron posteriormente aquellas que trataban sobre la eficacia o efectividad de procedimientos diagnósticos o terapéuticos y que se situaban dentro de los límites del proceso. En la elección no se establecieron criterios de calidad, si bien en la discusión interna del grupo se tomaron en consideración los comentarios de los revisores de la DARE, cuando los hubo.

Las guías de práctica clínica fueron seleccionadas atendiendo a su calidad, tras analizar ésta mediante la aplicación del cuestionario AGREE. Este cuestionario fue aplicado por al menos tres miembros del grupo de trabajo, siendo aceptadas las recomendaciones de las guías que puntuaron alto en la mayoría de ítem y cuyas puntuaciones estuvieron por encima del 60% en la mayoría de las áreas de valoración.

ESTRATEGIA DE BÚSQUDA DE BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

Para los aspectos en los que se consideró necesario ampliar la búsqueda de información se recurrió a realizar exploraciones más amplias en MEDLINE (Ovid Technologies) mediante interfaz WinSPIRS v.5, entre los años 1989 y 2003, de la forma en que a continuación se describe, y Pre-MEDLINE, mediante PubMed. Los aspectos relativos a efectividad de los ejercicios domiciliarios y de la adherencia al tratamiento fueron también explorados en CINAHL (1982 - 2003).

- EFECTIVIDAD DE LOS EJERCICIOS EN DOMICILIO.

MEDLINE:

- #1 explode "Osteoarthritis"/ rehabilitation , therapy
- #2 explode "Spinal-Osteophytosis"/ all subheadings
- #3 #1 not #2
- #4 "Physical-Therapy-Techniques"/ all subheadings
- #5 "Massage"/ all subheadings
- #6 explode "Exercise-Therapy"/ all subheadings
- #7 "Exercise"/ all subheadings
- #8 "Posture"/ without-subheadings
- #9 "Movement"/ without-subheadings
- #10 (PHYSIOTHERAPY or EXERCISE or "PHYSICAL THERAPY" or REHABILITATION or MANAGEMENT) in TI
- #11 (Osteoarthritis in TI) and #10
- #12 #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9
- #13 "Home-Care-Services"/ all subheadings
- #14 "Home-Care-Services-Hospital-Based"/ all subheadings
- #15 explode "Home-Nursing"/ all subheadings
- #16 "Homemaker-Services"/ all subheadings
- #17 #13 or #14 or #15 or #16
- #18 #3 and #12 and #17
- #19 #3 and #12 and (#17 or (home in ti))
- #20 #19 or (#11 and (home in ti))

CINAHL:

- #1 explode "Osteoarthritis"/ rehabilitation , therapy
- #2 explode "Spinal-Osteophytosis"/ all subheadings
- #3 #1 not #2

- #4 “Home-Physical-Therapy”/ all topical subheadings / without-subheadings , in-adulthood , in-old-age , in-middle-age
- #5 “Physical-Therapy”/ all topical subheadings / without-subheadings , in-adulthood , in-old-age , in-middle-age
- #6 “Functional-Training”/ all topical subheadings / without-subheadings , in-adulthood , in-old-age , in-middle-age
- #7 “Joint-Mobilization”/ all topical subheadings / without-subheadings , in-adulthood , in-old-age , in-middle-age
- #8 “Massage”/ all topical subheadings / without-subheadings , in-adulthood , in-old-age , in-middle-age
- #9 explode “Therapeutic-Exercise”/ all topical subheadings / without-subheadings , in-adulthood , in-old-age , in-middle-age
- #10 “Movement”/ all topical subheadings / without-subheadings , in-adulthood , in-old-age , in-middle-age
- #11 #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10
- #12 explode “Home-Rehabilitation”/ all topical subheadings / without-subheadings
- #13 “Home-Nursing”/ all topical subheadings / without-subheadings
- #14 “Home-Health-Care”/ all topical subheadings / without-subheadings
- #15 (PHYSIOTHERAPY or EXERCISE or “PHYSICAL THERAPY” or REHABILITATION or MANAGEMENT) in TI
- #16 Osteoarthritis in ti
- #17 home in ti
- #18 #15 and #16 and #17
- #19 #3 and (#4 or #12)
- #20 #3 and #11 and (#13 or #14)
- #21 #18 or #19 or #20

- ADHERENCIA O CUMPLIMIENTO CON LOS EJERCICIOS

MEDLINE

- #1 explode “Osteoarthritis”/ rehabilitation , therapy
- #2 explode “Spinal-Osteophytosis”/ all subheadings
- #3 #1 not #2
- #4 “Physical-Therapy-Techniques”/ all subheadings
- #5 “Massage”/ all subheadings
- #6 explode “Exercise-Therapy”/ all subheadings
- #7 “Exercise”/ all subheadings
- #8 “Posture”/ without-subheadings
- #9 “Movement”/ without-subheadings
- #10 (PHYSIOTHERAPY or EXERCISE or “PHYSICAL THERAPY” or REHABILITATION or MANAGEMENT) in TI
- #11 (Osteoarthritis in TI) and #10
- #12 #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9
- #13 #3 and #12

- #14 #13 or #11
- #15 explode "Patient-Acceptance-of-Health-Care"/ all subheadings
- #16 #14 and #15

CINAHL

- #1 explode "Osteoarthritis"/ rehabilitation , therapy
- #2 explode "Spinal-Osteophytosis"/ all subheadings
- #3 #1 not #2
- #4 "Physical-Therapy"/ all topical subheadings / without-subheadings, in-adulthood, in-old-age, in-middle-age
- #5 "Functional-Training"/ all topical subheadings / without-subheadings, in-adulthood, in-old-age, in-middle-age
- #6 "Joint-Mobilization"/ all topical subheadings / without-subheadings, in-adulthood, in-old-age, in-middle-age
- #7 "Massage"/ all topical subheadings / without-subheadings, in-adulthood, in-old-age, in-middle-age
- #8 explode "Therapeutic-Exercise"/ all topical subheadings / without-subheadings, in-adulthood, in-old-age, in-middle-age
- #9 "Movement"/ all topical subheadings / without-subheadings, in-adulthood, in-old-age, in-middle-age
- #10 #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9
- #11 (PHYSIOTHERAPY or EXERCISE or "PHYSICAL THERAPY" or REHABILITATION or MANAGEMENT) in TI
- #12 Osteoarthritis in ti
- #13 "Patient-Compliance"/ all topical subheadings / all age subheadings
- #14 #1 and #10
- #15 #11 and #12
- #16 #13 and (#14 or #15)

- TENS

- #1 explode "Osteoarthritis"/ rehabilitation , therapy
- #2 explode "Spinal-Osteophytosis"/ all subheadings
- #3 #1 not #2
- #4 "Transcutaneous-Electric-Nerve-Stimulation"/ without-subheadings, adverse-effects, classification, contraindications, economics, instrumentation, methods, nursing, psychology, statistics-and-numerical-data, standards, trends, utilization
- #5 #3 and #4

- DIACEREÍNA

- #1 explode "Osteoarthritis"/ without-subheadings, blood, drug-therapy, metabolism, rehabilitation, therapy, urine

- #2 explode “Spinal-Osteophytosis”/ all subheadings
- #3 #1 not #2
- #4 diacerein in ti,ab
- #5 (“diacetylrhein” in PN) or (“rhein” in PN)
- #6 #4 or #5
- #7 #3 and #6
- #8 (tg=animals) not (tg=human)
- #9 #7 not #8
- #10 “ECHODIAH,” in TI,ca
- #11 #9 or #10

- LAVADO ARTICULAR

- #1 (articular and (lavage* or irrigation*)) in ti
- #2 “Osteoarthritis-Hip”/ drug-therapy , rehabilitation , surgery , therapy
- #3 “Osteoarthritis-Knee”/ drug-therapy , rehabilitation , surgery , therapy
- #4 #2 or #3
- #5 “Irrigation”/ all subheadings
- #6 #4 and (#5 in mjme)
- #7 #1 or #6

La búsqueda en Pre-MEDLINE se realizó mediante la utilización sólo de términos significativos en texto libre.

SELECCIÓN DE BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

Entre los artículos obtenidos se seleccionaron los que se ajustaban realmente al tema en cuestión y que, además, convincentemente aparecían como ensayos clínicos aleatorizados tras la lectura del resumen. Otros estudios de seguimiento también fueron considerados en los casos en que estos ensayos resultaron ser escasos.

RESULTADOS

Fueron encontradas 141 revisiones sistemáticas relacionadas con la osteoartrosis de rodilla o cadera de las cuales 40 fueron incluidas en la elaboración del proceso. Son las revisiones que aparecen en las referencias sobre medidas terapéuticas (Anexo 3).

Las guías de práctica clínica de posible interés detectadas fueron 7. De éstas, 4 superaron los criterios establecidos tras la aplicación del cuestionario AGREE. Estas guías proceden de las siguientes instituciones: “Institute for Clinic Systems Improvement” (ICSI), “European League Against Rheumatism” (EULAR), “Ontario Program for Optimal Therapeutics” (OPOT) e Instituto UPSA del dolor. Fueron excluidas las procedentes de: “Practical Support for Clinical Governance” (“PRODIGY guidance”), American College of Reumatology (ACR) y “University of Michigan Health System”.

Sobre los ejercicios en el domicilio se obtuvieron 38 referencias de las cuales se tomaron en consideración 7 ensayos clínicos, que se mencionan al tratar el tema.

La búsqueda sobre adherencia a los tratamientos aportó 49 referencias, ninguna de las cuales eran de ensayos clínicos sobre estrategias concretas para mejorar la implicación y la fidelidad a la ejecución de los ejercicios en pacientes con osteoartritis. Se trata de un tema en el que el conocimiento actual se encuentra en la fase de conocer los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos.

Sobre la diaceína se obtuvieron 100 referencias, de las cuales 2 eran ensayos clínicos aleatorizados. Este material fue considerado insuficiente para extraer conclusiones válidas.

Sobre TENS se obtuvieron 5 referencias posteriores a la revisión de Osiri y colaboradores (19), de éstas 1 resultó ser un ensayo clínico aleatorizado, el cual es el que se incorporó al análisis de la información.

En relación con la irrigación de rodilla se encontró 1 ensayo clínico aleatorizado de gran calidad que se ajustaba al tema entre las 74 referencias bibliográficas obtenidas.

CATALOGACIÓN DE LA FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES

Puesto que la revisión de las evidencias se basa fundamentalmente en revisiones sistemáticas y en guías de práctica clínica respaldadas por revisiones de la literatura, la catalogación de las recomendaciones no puede basarse en los métodos propios de una revisión original. La transcripción directa de la catalogación que incluye cada revisión no es posible porque a menudo se emplean clasificaciones diferentes, porque las revisiones tienen metodologías de diferente calidad e incluyen estudios que, a su vez, son de muy diversa calidad metodológica y porque los revisores incluyen matices en sus conclusiones que deben ser tenidos en cuenta. En nuestro caso se ha adoptado una catalogación que refleja resumidamente el conocimiento existente sobre el tema como método alternativo al que recomienda el “Scottish Intercollegiate Guidelines Network” (SIGN). Esta catalogación se expone en la tabla siguiente:

LECTURA DE LA FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN EN LA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN
Grado I: Recomendación bien definida y bien fundamentada	Recomendación de revisión sistemática o de informe de evaluación de tecnología sanitaria o guía de práctica clínica respaldada por una revisión sistemática con conclusiones firmes.
Grado IIa: Recomendación con salvaguardas	Recomendación de revisión sistemática o de informe de evaluación de tecnología sanitaria o guía de práctica clínica respaldados por una revisión sistemática que pone salvaguardas a sus conclusiones.
Grado IIb: Recomendación definida con dudas sobre su fundamentación	Recomendación de revisión sistemática o de informe de evaluación de tecnología sanitaria o guía de práctica clínica respaldados por una revisión sistemática con conclusiones firmes pero emitidas sobre estudios de pobre calidad metodológica
Grado IIIa: Recomendación indefinida	La revisión, informe de evaluación de tecnología sanitaria o guía de práctica clínica, no considera posible emitir una recomendación a favor o en contra.
Grado IIIb: Recomendación definida con insuficiente fundamentación	Recomendación de guía de práctica clínica respaldada por revisión no sistemática o sin respaldo de revisión de la literatura.
Grado IV	Área de conocimiento sobre la que se carece de pruebas valorables suficientes.

El Anexo 3 presenta una tabla resumen de las recomendaciones del grupo de trabajo relacionándolas con las recomendaciones que permite la revisión de la literatura. En esta tabla la recomendación es favorable cuando cabe esperar un efecto positivo, generalmente sobre el dolor y, en algún caso, sobre la función, que sobrepase los efectos adversos sobre el paciente. En general, a medida que más posibilidades de efectos adversos existen, más importancia toma la fundamentación de la recomendación en evidencias sólidas.