

● Artrosis de rodilla y cadera

Definición funcional

Conjunto de actividades destinadas a establecer la confirmación diagnóstica de aquellas personas que presenten criterios sugerentes de artrosis de rodilla o cadera, para proceder a su atención integral y coordinada desde los distintos niveles asistenciales.

Criterios de artrosis de rodilla:

- Dolor en la rodilla (la mayoría de los días del mes previo) y
- Osteofitos o, al menos, 2 de los siguientes hallazgos:
 - Edad \geq 50 años (sustituible por líquido sinovial de OA)
 - Rigidez matutina \leq 30 minutos de duración
 - Crepitación a la movilización articular activa

Criterios de artrosis de cadera:

- Dolor en la cadera (la mayoría de los días del mes previo) más 2 de los siguientes hallazgos:
 - Velocidad de sedimentación globular $<$ 20 mm/hora
 - Osteofitos acetabulares y/o femorales
 - Estrechamiento radiológico del espacio articular (superior, axial y/o medial)

Normas de calidad

La valoración inicial del Médico de Familia incluirá :

1) Anamnesis que en la artrosis de rodilla se orienta hacia la presencia de:

- Dolor en la rodilla la mayoría de los días del mes previo y con las siguientes características:
 - Comienzo insidioso, curso lento e intensidad leve o moderada.
 - Aparece al iniciar los movimientos (marcha); después mejora y reaparece con el ejercicio intenso o prolongado.
 - A medida que la enfermedad avanza, el dolor aparece cada vez más precozmente y con ejercicios más livianos, para acabar en un estadio en que cualquier movimiento, por pequeño que sea, lo desencadena.
 - Cede o mejora con el reposo.
- Presencia de rigidez de duración inferior a 30 minutos. Tras un periodo de inmovilidad prolongado, pero que mejora rápidamente con el movimiento.
- Limitación funcional. Se recomienda la utilización del cuestionario autoadministrado WOMAC.
- Uso y efectos de medicación u otras medidas terapéuticas previas.

En la artrosis de cadera se orienta hacia la presencia de:

- Dolor inguinal, en la nalga o en la región trocantérea, que puede irradiarse por el muslo hasta la rodilla, la mayoría de los días del mes previo, y con las siguientes características:
 - Comienzo insidioso, curso lento e intensidad leve o moderada.
 - Aparece al iniciar los movimientos (marcha); después mejora y reaparece con el ejercicio intenso o prolongado. A medida que la enfermedad avanza, el dolor aparece cada vez más precozmente y con ejercicios más livianos, para acabar en un

[artrosis de rodilla y cadera]

estadio en que cualquier movimiento, por pequeño que sea, lo desencadena.

- Cede o mejora con el reposo.
- Rigidez < a 30 minutos de duración, tras un periodo de inmovilidad prolongado, pero que mejora rápidamente con el movimiento.
- Limitación funcional. Se recomienda la utilización de cuestionario autoadministrado WOMAC.
- Uso y efectos de medicación u otras medidas terapéuticas previas

2) Exploración (Rodilla)

- Dolor difuso a la palpación. Es característico que el dolor aparezca en los últimos grados de movimiento.
- Pérdida progresiva de los últimos grados del arco articular. Se constata al explorar la movilidad pasiva. Es excepcional que la artrosis produzca una anquilosis total. Comprobar que la rodilla alcanza la extensión completa y, al menos, 90 grados de flexión.
- Crepitación o crujidos. Ruidos de tono bajo producidos por dos superficies cartilaginosas ásperas o rugosas. Se perciben por el tacto, aunque en ocasiones pueden ser audibles a distancia.
- Deformidad y mala alineación.
- Inestabilidad articular (secundaria a atrofia muscular, alteraciones propioceptivas e incompetencia del aparato ligamentario).
- Cierta grado de tumefacción articular y periarticular debida a la presencia de sinovitis y derrame articular. Se manifiesta con aumento de calor local y derrame. El líquido articular suele ser ambarino, viscoso y transparente y el recuento celular no sobrepasa los 2.000 leucocitos por mm³.
- Hipotrofia muscular periarticular.
- Bloqueo articular, secundario a la presencia de cuerpos libres intra-articulares o ratones articulares (cartilaginosos, óseos o mixtos).
- Siempre se deben explorar las articulaciones adyacentes (cadera sobre todo).
- Descartar otras causas de dolor articular por afectación de tejidos blandos periarticulares: bursitis, tendinitis.

Si en la primera visita se detecta un hidrartros, debe valorarse la presencia de "signos de alarma": aumento de calor local, aumento de volumen, enrojecimiento de la zona y signos constitucionales asociados (fiebre, malestar general...). La presencia de éstos indicarían la realización de artrocentesis y análisis de líquido sinovial.

Exploración (Cadera)

- Con el paciente en decúbito supino, se observa la posición de los miembros inferiores. En caso de coxartrosis avanzada, el miembro adopta una posición de flexión, abducción y rotación externa.
- Dolor en los últimos grados de movimiento.
- Pérdida progresiva de los últimos grados del arco articular. Se constata al explorar la movilidad pasiva. En presencia de artrosis los primeros movimientos que se limitan son la abducción y la rotación interna.
- Cierta grado de acortamiento del miembro afectado.
- En casos avanzados puede existir atrofia del músculo glúteo medio, que puede



[artrosis de rodilla y cadera]

evidenciarse mediante la prueba de Trendelenburg-Duchene (con el paciente sosteniendo su peso sobre una pierna, se produce un descenso de la pelvis en el lado que no sostiene el cuerpo). Durante la deambulación puede observarse marcha basculante o “de pato”.

- Bloqueo articular, secundario a la presencia de cuerpos libres intra-articulares o ratones articulares (cartilaginosos, óseos o mixtos).
- Explorar articulaciones adyacentes (rodilla, sobre todo).
- Descartar otras causas de dolor articular por afectación de tejidos blandos periarticulares: bursas, tendones peritrocantéreos...

3. Solicitud de pruebas complementarias

- Para estudio de imagen en la artrosis de rodilla se indica radiografía anteroposterior y lateral de ambas rodillas en bipedestación.
- Para estudio de imagen en la artrosis de cadera se recomienda la radiografía anteroposterior y axial de la articulación coxofemoral .
- En cadera se recomienda determinar la VSG.

4. Información al paciente y a la familia

- Clara y comprensible.
- Centrada en la historia natural de la enfermedad y en los aspectos pronósticos.
- Que favorezca la decisión compartida sobre los objetivos del tratamiento.
- Normas básicas de autocuidado (consejos posturales, ejercicios y otras medidas terapéuticas, así como empleo de ayudas técnicas).

5. Tratamiento: (Tabla 1. Recomendaciones terapéuticas, pág. 5)

6. Intervención de otros profesionales:

Enfermera

Su participación es fundamental en caso de:

- Pacientes pluripatológicos.
- Pacientes que precisen apoyo para comprender la información facilitada en la consulta y para la realización de los ejercicios.
- Personas con necesidad de un seguimiento individual.
- Pacientes con puntuación del cuestionario WOMAC ≥ 20 .
- Pacientes con escaso apoyo familiar.
- Personas con dificultad de afrontamiento a las características de la enfermedad, evolución previsible y a los tratamientos disponibles.
- Personas con dificultad para seguir el régimen terapéutico.

Fisioterapeuta

Puede ser necesario que el aprendizaje de los ejercicios tenga lugar en las salas de Rehabilitación y Fisioterapia en el caso de pacientes que presenten dificultades especiales para la ejecución de los mismos o cuando no puedan aprenderlos con el asesoramiento del EBAP. El objetivo debe ser conseguir que el paciente realice de forma autónoma y correcta los ejercicios.

[artrosis de rodilla y cadera]

Reumatólogo

- Dudas diagnósticas con enfermedades potencialmente más graves
- Persistencia de dolor intenso después de un tratamiento adecuado en tiempo y tipo.
- Aumento de la incapacidad funcional (WOMAC).
- Para valoración de otros tratamientos no aplicados habitualmente en Atención Primaria.
- En presencia de signos inflamatorios atípicos de la artrosis y/o persistencia de la inflamación local.

Rehabilitador

- Pacientes con limitación funcional mantenida sin indicación quirúrgica, o con indicación quirúrgica que sea desestimada por la presencia de enfermedades asociadas (comorbilidad), u otros factores.
- Paciente con contraindicación absoluta al tratamiento farmacológico.
- Paciente que presente comorbilidad que pueda contraindicar la realización de ejercicios.

Cirujano Ortopédico Traumatólogo

Pacientes con artrosis sintomática y radiológica severa (grado 3 y 4 de la clasificación de Kellgren), con dolor que no responde al tratamiento médico y con progresiva limitación para las actividades de la vida diaria. El tratamiento quirúrgico debe ser considerado por el paciente como una posible alternativa.

7. Seguimiento

- El seguimiento del paciente se realizará en AP.
- Para ello, se le indicarán las fechas de las consultas sucesivas estableciendo la periodicidad de las mismas en función de criterios clínicos y funcionales.
- En cada consulta se valorará la intensidad de los síntomas; funcionalidad; adherencia al tratamiento y respuesta al mismo; se facilitará apoyo cognitivo y refuerzo del ejercicio físico indicado, y la pertinencia de posibles interconsultas con otros profesionales.

Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería/SAS.

- Para establecer el plan terapéutico de un paciente que cumple los criterios de artrosis de rodilla /cadera, se deberá evaluar la intensidad del dolor y el grado de afectación funcional mediante cuestionario autoadministrado (WOMAC).
- El manejo inicial adecuado en AP de un paciente que presente signos de alarma: hiedartros, aumento de calor local, aumento de volumen, enrojecimiento de la zona y signos constitucionales asociados (fiebre, malestar general...), implicará la realización de artrocentesis y estudio del líquido sinovial.
- Todos los pacientes diagnosticados de artrosis de rodilla/cadera que no presentan contraindicaciones para el ejercicio, deben disponer de un programa de ejercicios básicos para realizar en el domicilio.
- El reemplazamiento de la articulación afectada se valorará en los pacientes con artrosis sintomática y radiológica severa (grado 3 y 4 de la clasificación de Kellgren), con dolor que no responda al tratamiento médico, progresiva limitación para las actividades de la vida diaria y que no presenten contraindicaciones a la cirugía.



[artrosis de rodilla y cadera]

RESUMEN DE RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS (Anexo 3)

PROCEDIMIENTO	RECOMENDACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO ESPECIFICACIONES	SENTIDO Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN EN LAS PRUEBAS
Grupo 1	Medidas de protección articular, de fácil accesibilidad y muy baja probabilidad de efectos adversos	
Frío	Favorable	Favorable - Grado IIb
Calor	Favorable Tener en cuenta las contraindicaciones del calor: varices; alteraciones tróficas cutáneas	Favorable - Grado IIIb
Ortesis - Calzado	Favorable Tener presente que hay alternativas que no son costosas	Favorable - Grado IIIb
Ayudas a la marcha: bastones, andadores	Favorable	Favorable - Grado IIIb
Ayudas técnicas: elevadores de la taza del W.C., pasamanos, asideros, banquetas elevadas, etc	Favorable	Favorable - Grado IIIb
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 Un ensayo clínico posterior no confirma la superioridad del TENS sobre el placebo
Ejercicio	Favorable	Favorable - Grado IIa
Onda corta	Desfavorable	Grado IIa
Ultrasonidos	Desfavorable	Grado I
Estimulación eléctrica	Desfavorable	Grado IIIa
Campos electromagnéticos	Desfavorable	Desfavorable- Grado IIa
		Favorable - Grado IIb
Láser	Desfavorable	Grado IIIb
Grupo 3	Tratamientos farmacológicos	
Paracetamol	Favorable	Favorable. Grado I

[artrosis de rodilla y cadera]

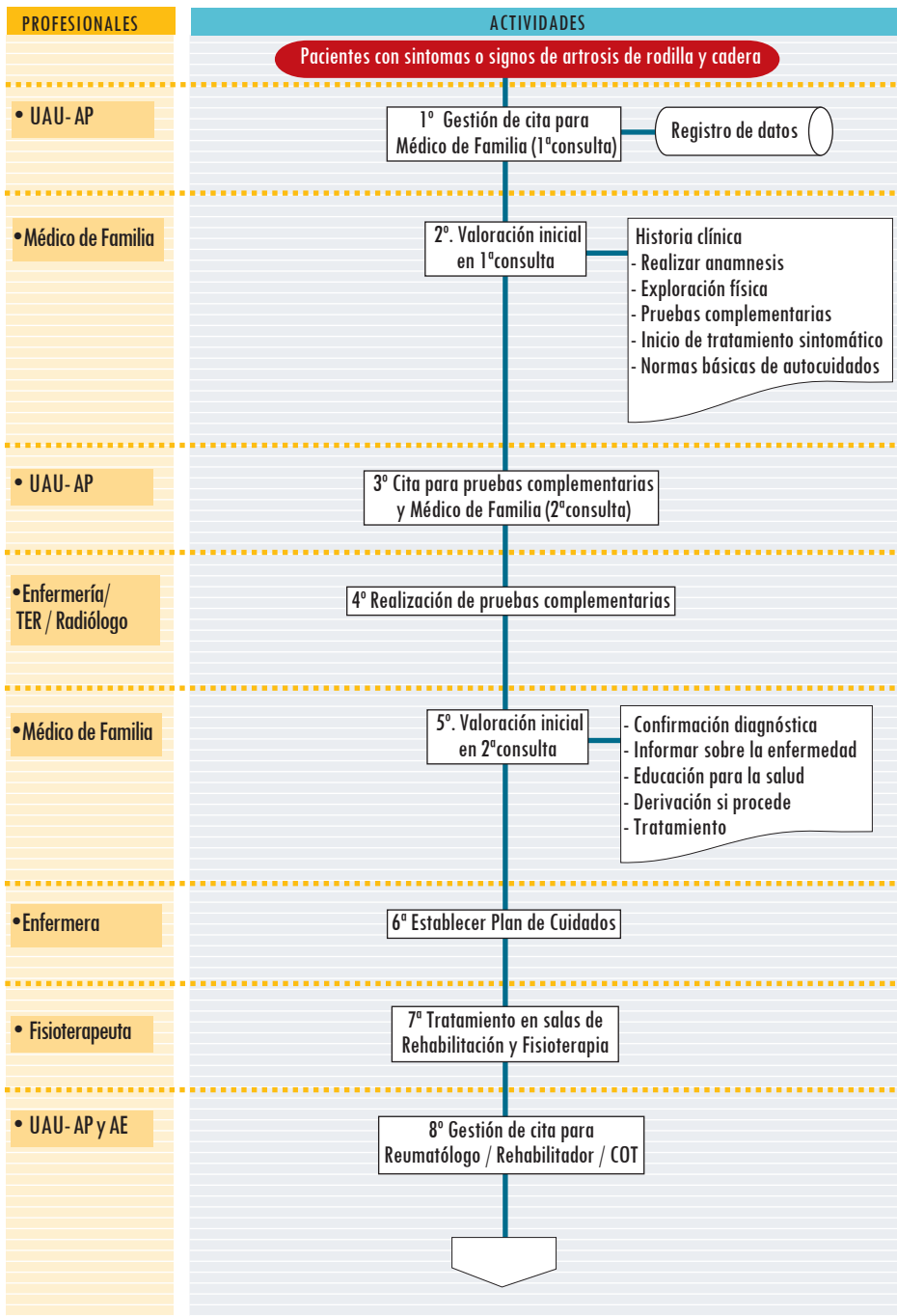
RESUMEN DE RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS (Anexo 3) continuación

PROCEDIMIENTO	RECOMENDACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO ESPECIFICACIONES	SENTIDO Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN EN LAS PRUEBAS
AINes tópicos	Favorable. Afectación de articulaciones superficiales (rodilla p.e.). Pacientes con componente inflamatorio y/o que no respondan a paracetamol	Favorable grado IIa
AINes orales clásicos	Favorable. En pacientes con componente inflamatorio y/o que no respondan a paracetamol	Favorable grado I
AINes inhibidores de la COX-2	Favorable. En pacientes que requieran terapia antiinflamatoria de larga duración y/o con alto riesgo de eventos gastrointestinales serios.	Favorable grado I
Capsaicina	Indeterminada (rodilla)	Grado IV
	Desfavorable (cadera)	Grado IV
Codeína e hidroxicodeína	Favorable	Favorable grado IIIb
Tramadol	Favorable	Favorable grado IIIb
Inyección intra-articular de corticoides	Favorable	Favorable grado IIa
Ácido hialurónico	Favorable	Favorable grado IIa
Sulfato de glucosamina	Favorable	Favorable grado I
Condroitín sulfato	Favorable	Favorable grado I
Diacereína	Indeterminada	Grado IV
Grupo 4	Otros procedimientos terapéuticos	
Acupuntura	Desfavorable	Desfavorable Grado IIa
Herboterapia	Favorable (insaponificado de avocado y soja, clavo del diablo y fitodolor)	Favorable - Grado IIa
	Indeterminada (Reumalex, corteza de sauce y ortiga común)	Favorable - Grado IIb
Homeopatía	Indeterminada	Grado IV
Desbridamiento artroscópico	Desfavorable como indicación generalizada.	Desfavorable -Grado IIa
Lavado articular	Desfavorable	Desfavorable - Grado I



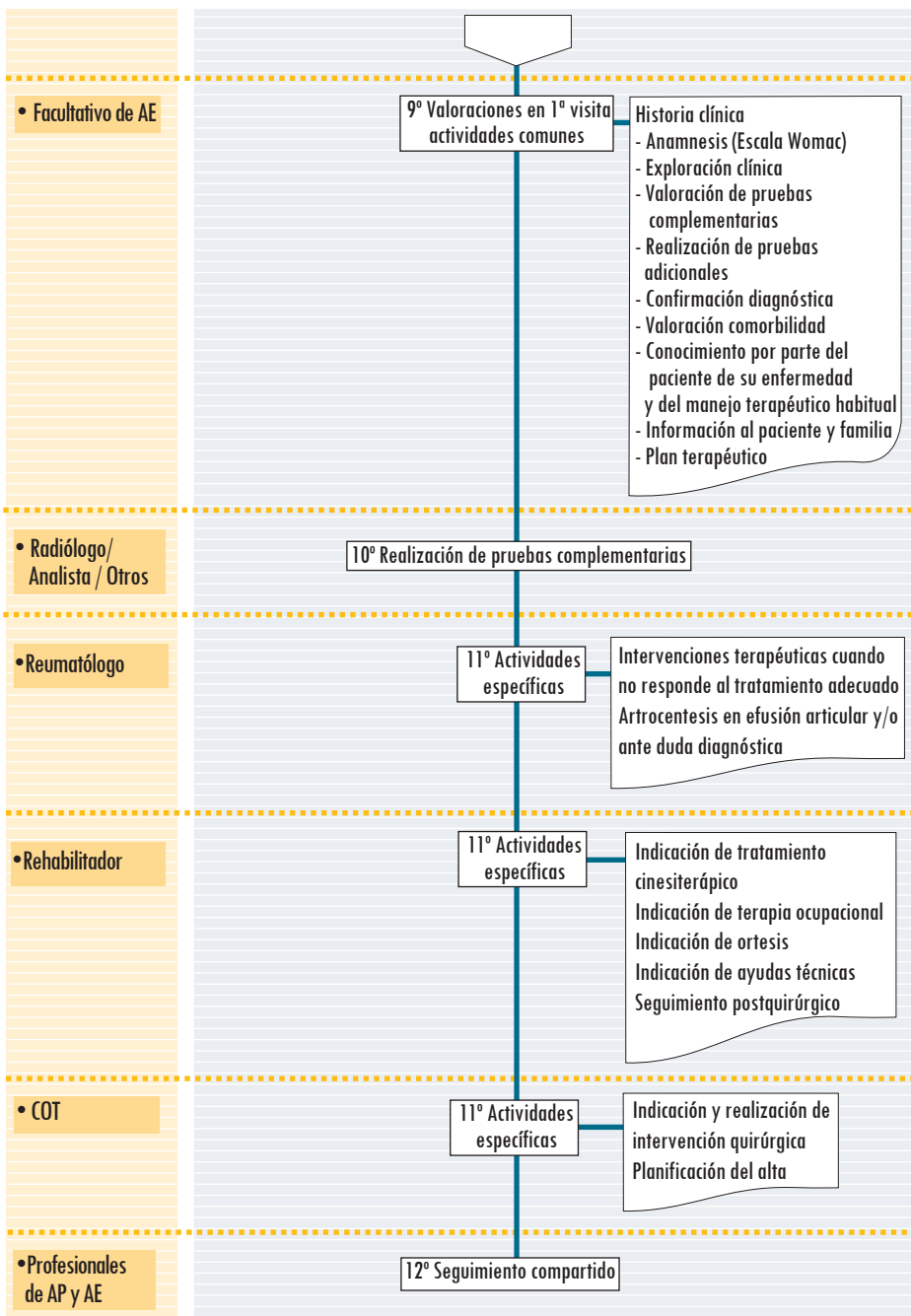
[artrosis de rodilla y cadera]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA



[artrosis de rodilla y cadera]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA



[artrosis de rodilla y cadera]

ALGORITMO DE TRATAMIENTO Y DERIVACIÓN

