

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de referencia rápida

SEDENA

SEMAR

Manejo rehabilitatorio de los pacientes con osteoartrosis generalizada

GPC

Guía de práctica clínica

Número de registro: DIF 399-10

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

CIE 10
M15 Poliartrosis
M150 osteoartritis generalizada
M15.9 Poliartrosis no especificada

Manejo rehabilitatorio de los pacientes con osteoartritis generalizada

Definición.

La osteoartritis generalizada (CIE 10 M15 Poliartrosis, M150 osteoartritis generalizada M15.9 Poliartrosis no especificada) es la artropatía degenerativa que se produce al alterarse las propiedades mecánicas del cartílago y del hueso subcondral, de etiología multifactorial. Se manifiesta por dolor articular, rigidez, crepitación, derrame articular ocasional, inflamación local, y con limitación de la función sin repercusión sistémica. Se considera que los cambios estructurales ocurren sin síntomas acompañantes.

Se ha considerado a la artrosis como un grupo heterogéneo de procesos con aspectos comunes y diferenciales de pronóstico variable y con posibilidades reales de tratamiento. Puede ser primaria o secundaria a diversas enfermedades. Los sitios más afectados son las rodillas, caderas y articulaciones pequeñas de manos.

Valoración integral del paciente con osteoartritis generalizada

Los profesionales de la salud deben valorar los efectos de la OA en la función, calidad de vida, ocupación, actividades recreativas y en el estado emocional. Debe considerarse la comorbilidad que puede complicar los efectos de la OA.

Investigar los siguientes antecedentes:

- Historia familiar, antecedentes laborales, recreativos, patológicos
- Factores de riesgo (obesidad, ocupación, traumatismos, deportes)
- Anamnesis del dolor (de tipo mecánico, puede ser episódico, relacionado a la actividad o constante)
- Efectos del dolor (alteraciones del sueño, depresión, fatiga, entre otros)

El examen físico debe incluir:

- Valoración articular (ensanchamiento óseo, deformidad articular, crepitación ósea, inestabilidad, limitación del arco de movilidad, contracturas, en forma global)
- Fuerza muscular

Las escalas de valoración funcional recomendadas son:

- Escala funcional de Steinbrocker
- Escala de dolor según el Índice WOMAC para determinar la capacidad funcional de los miembros inferiores

- Escala de dolor según el Índice Womac para determinar la rigidez matinal de los miembros inferiores
- Índice funcional de Dreiser para osteoartritis de la mano
- Índice funcional de Lequesne para la OA de la rodilla y cadera
- Índice de AUSCAN

Las proyecciones radiológicas a solicitar deben ser:

- Rodillas: Posición anteroposterior, simple bilateral en bipedestación con carga; proyección lateral con flexión 60° y proyección axial a 30, 60 y 90°
- Caderas: Proyección anteroposterior y Lauenstein
- Manos: Para evaluación de los dedos se debe solicitar una proyección anteroposterior. Para la evaluación de artrosis trapecio-metacarpiana se debe solicitar una proyección oblicua

TRATAMIENTO

El tratamiento de la OA debe ser individualizado y es probable que consista en una combinación de opciones de tratamiento. La combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico se emplea frecuentemente en la práctica clínica y es universalmente recomendado. La jerarquía de la gestión recomendada debería consistir en modalidades no farmacológicas en primer lugar, seguido por las drogas y luego de la cirugía.

Educación para la salud

Todos los pacientes con OA deben recibir información y educación sobre los objetivos del tratamiento y la importancia de los cambios en el estilo de vida, el ejercicio, el ritmo de actividades, la reducción de peso, y otras medidas para descargar la articulación dañada (s). El enfoque inicial debe ser de autoayuda enfatizando en la adherencia al tratamiento no farmacológico.

Tratamiento no farmacológico

Los pacientes con OA sintomática deben referirse a terapia física para recibir una instrucción adecuada sobre el ejercicio y el uso de modalidades terapéuticas apropiadas para reducir el dolor y mejorar la capacidad funcional. Las modalidades para reducir el dolor músculoesquelético, se asocian con el aumento del flujo sanguíneo local, la liberación de agentes antiinflamatorios, a la relajación de los músculos locales que rodean la articulación dolorosa y a la búsqueda de liberación de endorfinas. Aumentan arcos de movilidad, fuerza muscular y mejoran el estado funcional.

Modalidad	Técnicas
Térmico: frío y calor	Compresas o inmersión en agua o parafina, rayos infrarrojos, fluidoterapia y masaje.
Electroterapia	TENS Corrientes interferenciales Ultrasonido Rayos laser Diatermia

EJERCICIO

El ejercicio puede ser el centro del tratamiento, para pacientes con OA, independientemente de la edad, comorbilidad, severidad del dolor o incapacidad. El ejercicio puede incluir estiramientos musculares, fortalecimiento y condicionamiento aeróbico general. Debe ser individualizado, dependiendo de las necesidades, circunstancias, automotivación y facilidades locales.

Es necesario encontrar estrategias efectivas para ayudar a estos pacientes adoptar y mantener hábitos de actividad física regular para que puedan beneficiarse de los efectos positivos y evitar las consecuencias negativas y el ciclo vicioso de la inactividad.

Modalidades de ejercicio

Modalidad	Especificaciones
Isoquinético	<ul style="list-style-type: none"> • 3 set de 6 repeticiones • Velocidad 60,90,120,180° • Reposo 20 seg /set 6 semanas
Isocinético	<ul style="list-style-type: none"> • 3 set • En sedestación (cadera y rodilla 90°) con extensión sostenida 5 seg • 1er set: 50% (10 repeticiones) • 2° SET 75% • 3er SET 100% • Aumentar peso cada 5 días (2 días de descanso)
Ejercicios en agua	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de músculos extensores, flexores, aductores y abductores de caderas, flexoextensores de rodilla con peso en tobillos • 3 set: 10 repeticiones cada uno • Aumentar capacidad aeróbica: 30 min cada sesión con movimientos constantes de todas las articulaciones
Gimnasio	<ul style="list-style-type: none"> • 4 min bicicleta fija • Fortalecimiento mismos músculos. 10 repeticiones (sin producir dolor)
Ejercicio supervisado en la clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia manual: movimientos pasivos fisiológicos y accesorios, estiramiento muscular y movilización de tejidos blandos en articulación afectada y estructuras circundantes. • Fortalecimiento muscular • Uso de bicicleta fija, con aumento en relación a la respuesta del sujeto (evaluando presencia de signos y síntomas tales como aumento del dolor, aumento temperatura local, etc., en cada visita).
Rutina en casa	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de tableros • Ejercicios de fortalecimiento • Ejercicios de resistencia • Equilibrio y propiocepción

	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la intensidad cada 4 semanas (según presencia de dolor) • Instrucción verbal y escrita (con fotografías)
--	--

Fuente: Grupo elaborador de la GPC, DIF Nacional.

ORTESIS

Las órtesis desempeñan un papel importante en la reducción del dolor y la preservación de las articulaciones, proporcionando adecuada mecánica de la articulación y la alineación.

1. **Órtesis para extremidades superiores:** Su función principal es proteger y restringir los movimientos dolorosos de la muñeca y los dedos. Normalmente se usan durante el día, cuando la persona es más activa
2. **Órtesis para extremidades inferiores:** Se utilizan para mejorar la marcha, reducir el dolor, teniendo disminución de peso, control de movimiento, y minimizar la progresión de una deformidad. Las órtesis más comúnmente recetado para las extremidades inferiores son para las rodillas, los tobillos y los pies: rodilleras, plantillas, cintas patelofemorales, zapato adecuado y con correcciones.
3. **Ayudas para la deambulación** (andadores, bastones y muletas): se puede utilizar en combinación con órtesis del miembro inferior para ayudar a garantizar una movilidad segura.

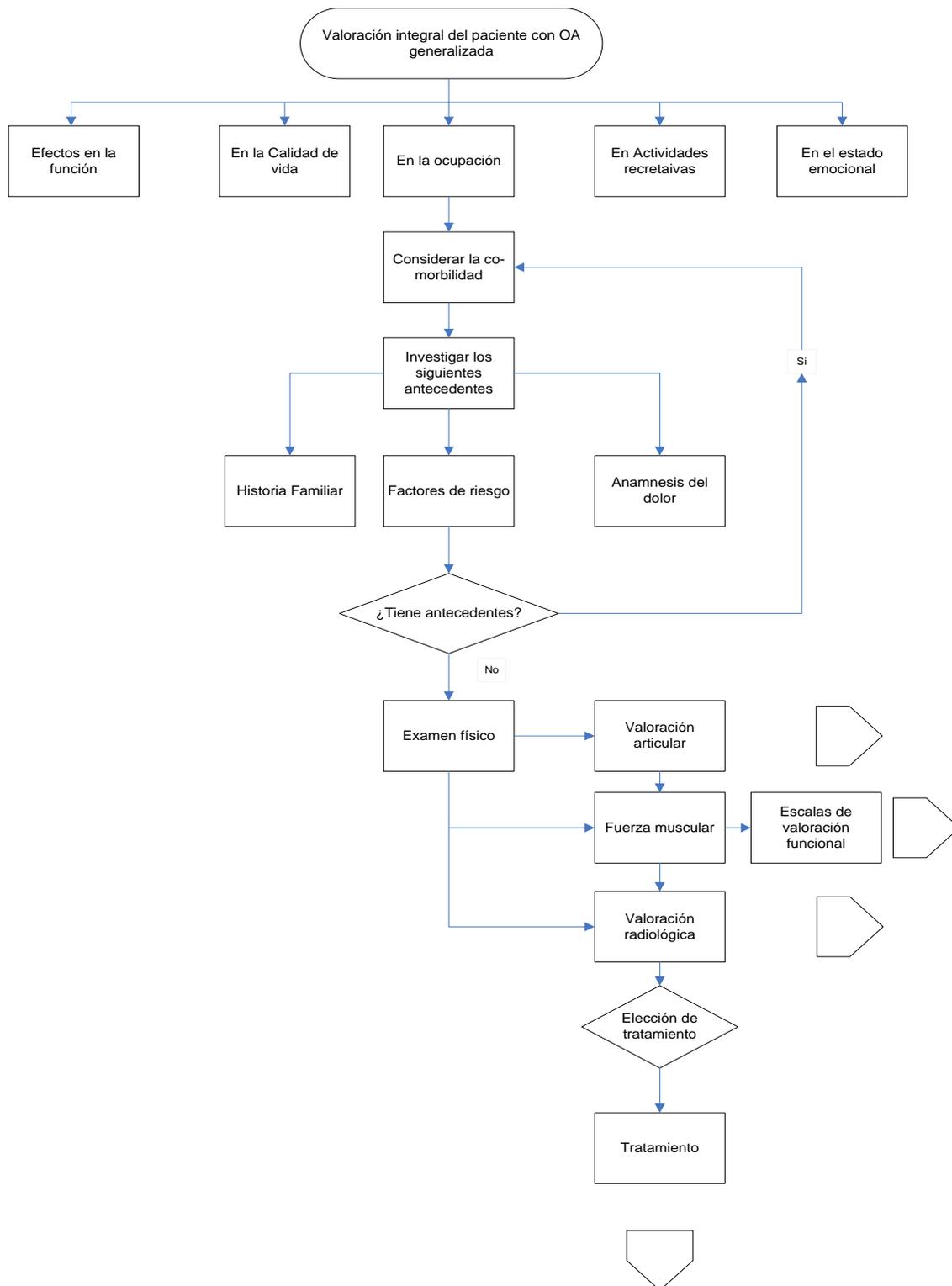
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1. El uso de paracetamol puede aliviar el dolor en pacientes con osteoartritis. En ausencia de una respuesta adecuada o en presencia de dolor severo y/o inflamación, se debe considerarse terapia farmacológica concomitante.
2. AINES: Esta clase de drogas deben ser utilizadas en la dosis más baja para lograr los efectos deseados analgésico y disminuir el riesgo gastrointestinal, cardiovascular y renal. Debe utilizarse con precaución en pacientes de edad avanzada, siempre se asocia con el uso del control de protección gástrica y estricta vigilancia de la presión arterial y la función renal.
3. Los opioides fuertes sólo deben utilizarse para el tratamiento del dolor severo en circunstancias excepcionales.
4. Las inyecciones de hialuronato intra -articular puede ser útil en pacientes con OA rodilla o cadera. En general, este tratamiento debe reservarse para aquellos que no han respondido al tratamiento con analgésicos simples, y los que tiene radiológicamente demostrables de leve a moderada OA, y puede haber tenido una respuesta positiva, pero limitado a la inyección de glucocorticoides.
5. El tratamiento con glucosamina y/o sulfato de condroitina pueden proporcionar un beneficio sintomático en pacientes con OA de rodilla. Si no hay respuesta se desprende un plazo de 6 meses, debe interrumpirse el tratamiento.

Referencia a cirugía

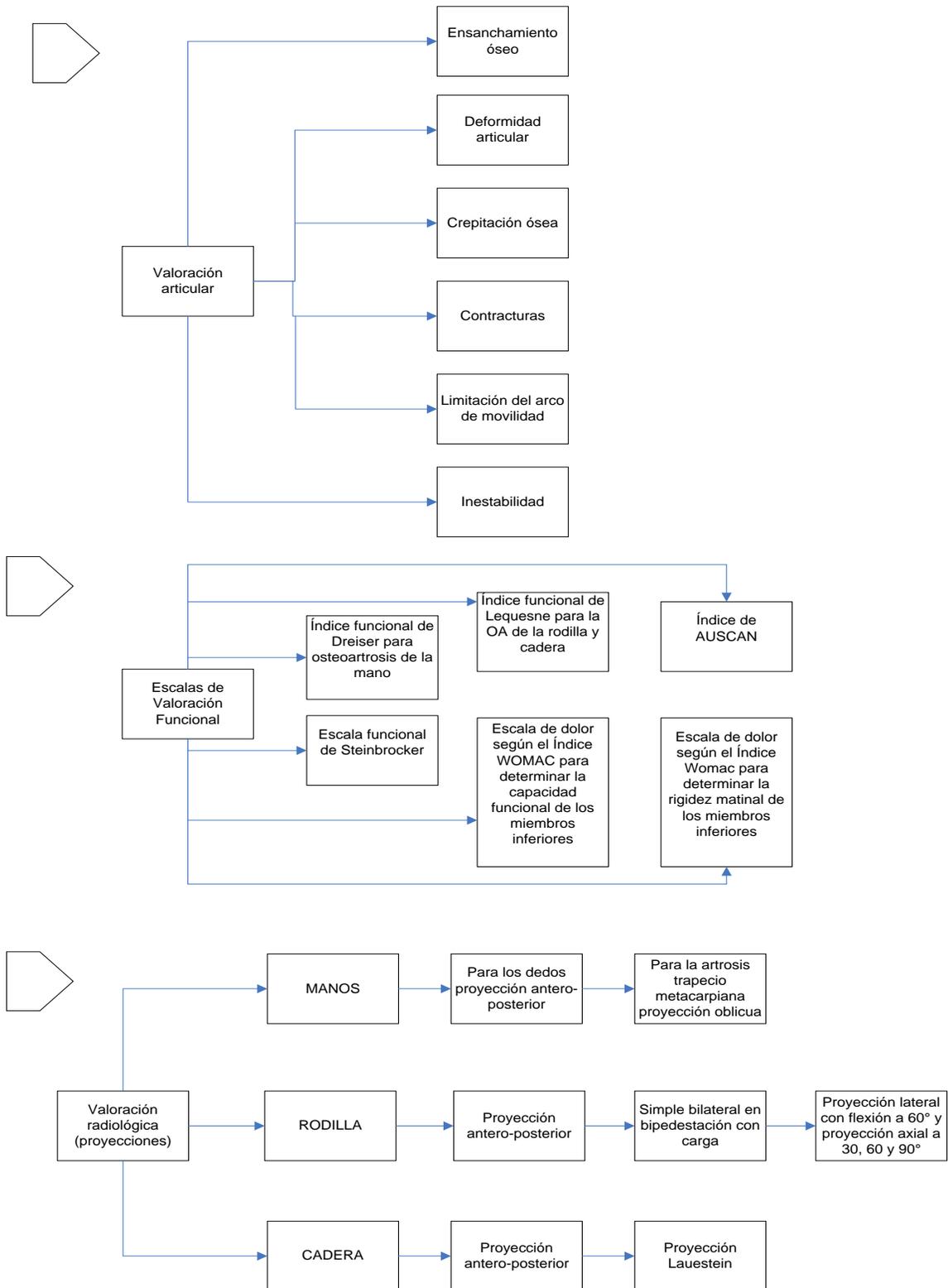
Debe considerarse el tratamiento quirúrgico en los pacientes con OA que no obtienen adecuado alivio del dolor y mejoría en la función asociada a una calidad de vida reducida, después del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Flujograma N° 1. Valoración integral del paciente con osteoartritis generalizada.



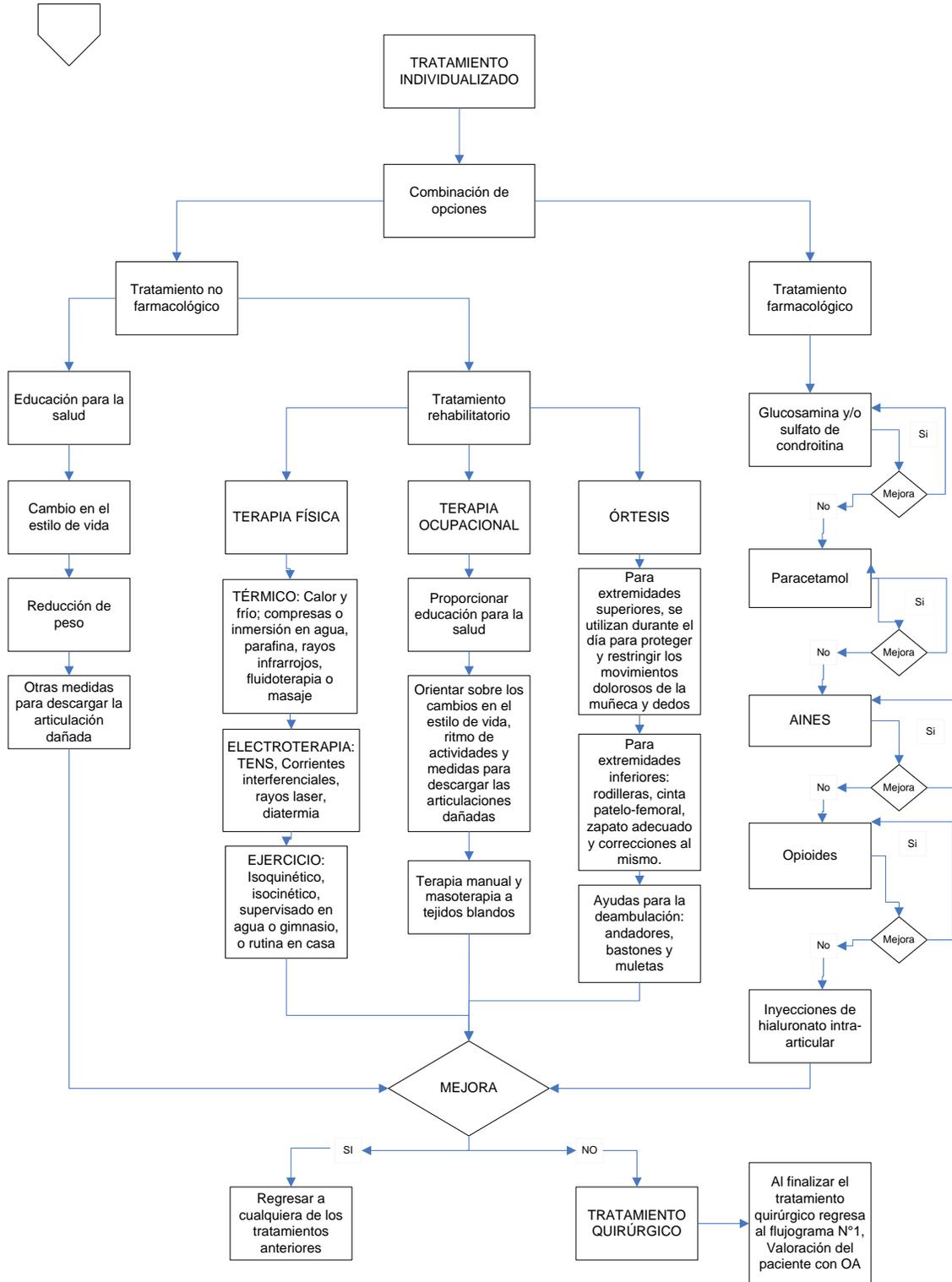
Realizado por la Unidad de desarrollo de esta GPC, DIF Nacional.

Flujograma N° 1. Valoración integral del paciente con osteoartrosis generalizada.



Realizado por la Unidad de desarrollo de esta GPC, DIF Nacional.

Flujograma N° 2. Tratamiento del paciente con osteoartritis generalizada.



Realizado por la Unidad de desarrollo de esta GPC, DIF Nacional.