GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Atención del paciente con OSTEOARTROSIS DE CADERA Y RODILLA en el primer nivel de atención

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-053-08

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Vivir Mejor

CIE 10 M16 Coxartritis y M17 Gonartrosis

GPC

Atención del paciente con osteoartrosis de cadera y rodilla en el primer nivel de atención.

ISBN en trámite

Definición

La osteoartrosis (OA) de cadera y rodilla (M16 Coxartrosis y M17 Gonartrosis) es la enfermedad articular más común de artritis que afecta a personas de mediana o mayor edad y una de las causas mundiales de dolor y discapacidad en adultos. La osteoartrosis u osteoartrosis (OA) de cadera y rodilla, es un síndrome crónico y degenerativo, que se caracteriza por pérdida progresiva del cartílago articular en su inicio, seguida de cambios reactivos en los márgenes articulares y afección del hueso subcondral, lentamente progresiva, presentándose principalmente en articulaciones de carga. Estos cambios pueden incluir acumulación de líquidos, crecimiento óseo excesivo así como debilitamiento de los músculos.

Historia clínica

La evaluación inicial para la osteoartrosis, debe contener una historia detallada:

- Tolerancia a la actividad
- Limitación de actividad
- Evaluación de riesgo gastrointestinal (úlcera, gastritis, sangrado)
- Uso crónico o frecuente de medicamentos (AINE's, aspirina, medicamentos para control del dolor)

La evaluación de riesgo gastrointestinal, debe contener:

- Historia de sangrado gastrointestinal,
- Historia de ulcera péptida o síntomas gastrointestinales inducidos por esteroides
- Uso concomitante de corticoesteroides.
- Uso crónico o dosis altas de aspirina

Los síntomas que se deben buscar en cadera y rodilla son:

- Dolor
- Problemas de movilidad
- Restricciones en la actividad.

El manejo óptimo de la osteoartrosis de cadera y rodilla requiere de la combinación farmacológica y no farmacológica.

Manejo no farmacológico

El plan de tratamiento en la OA de cadera y rodilla, debe incluir:

- Educación y consejo con énfasis en la reducción de peso y protección de la articulación.
- Medios físicos: crioterapia (frío) y calor superficial (calor) en el área afectada.
- Ejercicio terapéutico: movilización pasiva y ejercicios de estiramiento muscular para pacientes con limitaciones funcionales, considerando la terapia física y ocupacional (los ejercicios dentro del agua son efectivos para los pacientes, ya que evitan soporte sobre las articulaciones afectadas). La movilización y el estiramiento pueden ser considerados en conjunto, como base del tratamiento particularmente para la osteoartrosis de cadera. Mejorar la fuerza y la resistencia muscular, protegiendo las articulaciones, mejora la marcha y disminuye el dolor. Estos ejercicios los debe indicar el médico especialista en medicina física y rehabilitación (ver referencia a segundo nivel).
- Reducción de peso cuando se tiene sobrepeso u obesidad y mantenerse en los niveles más bajos.
- Los profesionales de la salud deben considerar el uso de la ***estimulación eléctrica transcutánea TENS*** en conjunto con el tratamiento de base (educación, ejercicio, baja de peso) ya que puede ayudar al control del dolor de corto tiempo en algunos pacientes con OA de cadera o rodilla; así como de la reducción de la rigidez en la OA de rodilla.
- Automanejo
- Hidroterapia: Se utiliza para disminuir el dolor, mejorar los arcos de movilidad articular y evitar soporte de articulaciones lesionadas.
- Suplementos alimenticios como la glucosamina y la condroitina, pueden proveer beneficios sintomáticos en el paciente con OA de rodilla. Si no hay respuesta aparente en seis meses de tratamiento, se debe descontinuar.

Todos los pacientes con osteoartrosis de cadera y rodilla deberán tener acceso a la información y educación acerca de los objetivos del tratamiento y de la importancia de los cambios en su estilo de vida, ejercicio, reducción de peso y otras medidas para disminuir el daño de la articulación. El foco principal debe ser en la autoayuda en terapias pasivas por profesionales de la salud. Subsecuentemente se debe hacer énfasis en la adherencia al régimen no farmacológico

En la OA de rodilla, el ejercicio es benéfico, pero la prescripción debe hacerse de manera individual. Depende de las necesidades de cada paciente, circunstancias, auto motivación y de la disponibilidad de las facilidades locales.

Se debe iniciar el tratamiento de rehabilitación tan pronto se diagnostica la osteoartrosis de cadera y rodilla, al mismo tiempo que se inicia el tratamiento farmacológico (considerar referencia a segundo nivel).

Manejo farmacológico

Analgésicos orales

Todos los AINE's y COX-2 tienen efectos analgésicos en la OA, de similar magnitud pero varían en su potencial de complicación gastrointestinal, hepático o toxicidad cardiorenal. Es por eso que cuando se elija el agente y la dosis, el profesional para la atención de la salud debe tomar en cuenta los factores de riesgo individuales del paciente, incluyendo edad y comorbilidad, así como la evaluación gastrointestinal y monitorear los factores de riesgo.

Acetaminofén/paracetamol

Recomendación de primera elección, Acetaminofén dosis máximas de 4 g diarios es efectivo en la analgesia inicial oral para el tratamiento del dolor moderado en pacientes con OA de cadera y rodilla, con principal eficacia en rodilla.

La dosis inicial de elección en la OA, se debe modificar de acuerdo a los factores de riesgo del paciente (toxicidad hepática, especialmente con el uso de aspirina).

En ausencia de respuesta adecuada o en presencia de dolor severo o inflamación, la terapia alternativa debe ser considerada basada en la eficacia y seguridad así como los medicamentos que el paciente esté tomando y su co-morbilidad, esto es, si el paracetamol es insuficiente para disminuir el dolor de las personas con osteoartrosis, entonces se debe considerar el uso de analgésicos opioides o se debe considerar sustituir un AINE por un inhibidor de COX-2. Aunque se debe considerar los riesgos y los beneficios particularmente en los adultos mayores.

El profesional para la atención de la salud, debe considerar la prescripción de paracetamol para disminuir el dolor de la OA de rodilla a dosis regulares, además del tratamiento de base (reducción de peso, información, estiramiento y fortalecimiento).

Antinflamatorios no esteroideos (AINE's)

En los pacientes que no presentan mejoría en la disminución del dolor y capacidad funcional, se debe considerar el uso de AINE's posterior a la evaluación de factores de riesgo para toxicidad gástrica y renal (edad mayor de 65 años, comorbilidad, hipertensión, edema), historia de enfermedad úlcero-péptica, historia de sangrado de tubo digestivo, uso de anticoagulantes); así como evaluación apropiada y monitorear los factores de riesgo.

Los esquemas recomendados en los siguientes casos son:

- Reducción de dolor en OA= AINE's, en seis semanas a seis meses

Consideraciones de tratamiento farmacológico pacientes con riesgo:

- **En OA con riesgo cardiovascular**

  a) Riesgo cardiovascular mayor al riesgo gastrointestinal (bajo riesgo a los AINE's) = naproxeno + misoprostol* 200 Mc cuatro veces/día

  b) Riesgo gastrointestinal mayor al riesgo cardiovascular (alto riesgo a los AINE's) = Cox-2 + misoprostol* 200 Mc cuatro veces/día

Consideraciones con aspirina (Acido acetil salicílico):

- Si se necesita tomar una dosis baja de aspirina en la OA, el profesional de la salud debe considerar otros analgésicos antes de sustituir o adicionar algún AINE o COX-2 (con un Inhibidor de la bomba de protones).
- Todos los AINE's pueden antagonizar el uso de la aspirina.
- Si hay riesgo gastrointestinal por tratamiento previo de aspirina combinada con AINE, entonces se debe ofrecer un protector gastrointestinal.

Se debe considerar cambiar de AINE a COX-2:

- Si el AINE no es tolerado, entonces se da un COX-2.
- Cuando el paracetamol o un AINE tópico provee ineficiencia en el alivio del dolor para la OA, entonces se debe considerar adicionar un AINE oral o un inhibidor COX-2.
- En pacientes con OA que tengan sangrado gastrointestinal o con riesgos para los AINE's, se eliminan los AINE's, debiendo usarse el COX-2 más el inhibidor de la bomba de protones.
- Cuando se tiene dispepsia: Es un de las razones más comunes de descontinuar el uso de AINE's con respecto a COX-2.

Consideraciones comunes entre AINE'S y COX-2:

- Cuando se da tratamiento en la OA, con AINE's orales o inhibidores de COX-2, se debe prescribir junto con un inhibidor de la bomba de protones, escogiendo siempre el de menor costo de adquisición.
- Todos los AINE's y COX-2 tienen efectos analgésicos en la OA, de similar magnitud pero varían en su potencial de complicación gastrointestinal, hepática o toxicidad cardiorenal. Es por eso que cuando se elija el agente y la dosis, el profesional para la atención de la salud debe tomar en cuenta los factores de riesgo individuales del paciente.
- Los AINE's orales y los inhibidores de COX-2 deben usarse en la menor dosis efectiva por periodos de corto tiempo.
- La elección entre AINE's y COX-2 es influenciada por los efectos secundarios, tendiendo a favor de COX-2. En cuestión de costos, se tiende a favor de AINE's.

Inhibidores de COX-2

Grupo de AINE's con actividad específica para inhibir cicloxigenasa 2 ha demostrado importante reducción de dolor en la OA.

Los esquemas recomendados en los siguientes casos son:

- Reducción de dolor en OA de cadera y rodilla= eterocoxib 30-60 mg o celecoxib 200 mg o meloxicam 7.5 o 15 mg de 6-12 semanas
- Reducción de rigidez en OA de cadera y rodilla= meloxicam 3.75 a 15 mg o eterocoxib 30-60 por 12 semanas.
- Reducción de dolor en OA de cadera= etodolac 100-400 mg por 12 semanas.
- Dolor y rigidez en OA de rodilla= celecoxib 200 mg desde 15 días hasta seis meses
- Reducción de dolor en OA de rodilla= celecoxib 100-400 mg o eterocoxib 20-360 mg o meloxicam 7.5 o 15 mg, de 3-13 semanas.

Consideraciones entre AINE'S y COX-2:

- Para el dolor y la rigidez de OA de rodilla, se prefiere al celecoxib (200 mg por 15 días-6 meses) sobre el naproxeno (individualizar riesgos del paciente).
- En la mejora en la eficacia y función de la cadera y rodilla, se prefiere al meloxicam (7.5 o 15 mg 6 semanas-6 meses) sobre el diclofenaco.
- En calidad de vida, se prefiere al meloxicam (7.5 mg por seis meses) sobre el diclofenaco sódico.
- En mejora de la función física, se prefiere al eterocoxib (30 mg 12 semanas) sobre el ibuprofeno.

Se debe considerar en el tratamiento de COX-2:

- Los COX-2 presentan mayor porcentaje de complicaciones cardiovasculares comparado con tratamiento de AINE's.
- Incrementan significativamente los valores de urea (tenoxicam).
- Presentan altos porcentajes de enfermedades gastrointestinales, (pero menor que los AINE's), como dispepsia, úlceras y sangrado.

En los sujetos con un perfil de riesgo alto para sangrado de tubo digestivo, otra alternativa es el uso de misoprostol o inhibidores de la bomba de protones, ya que la evidencia de diversos clínicos controlados ha demostrado que reduce hasta en un 40% el riesgo de sangrado en tubo digestivo.

Opioides

El uso de opioides fuertes está indicado para manejar el dolor severo de la OA, y sólo en circunstancias excepcionales.

El uso de opioides débiles y analgésicos narcóticos se puede recomendar en el tratamiento del dolor refractario en pacientes con OA de cadera y rodilla, cuando otros agentes farmacológicos no han sido efectivos o están contraindicados.

Otros

Entre otros agentes farmacológicos para el tratamiento de la osteoartrosis se recomiendan:

- Tramadol
- Glucocorticoides o hialuronato
- Capsaicina o metilsalicilato
- Salicilato no acetilado

Analgésicos tópicos

El uso de analgésicos tópicos resulta más económico que los analgésicos orales ya que estos últimos presentan varios efectos adversos.

En la OA de rodilla los analgésicos tópicos, resultan ser costo efectivos, demostrando beneficios en el corto tiempo (<4 semanas), teniendo como efecto adverso la irritación local de la piel. Se recomienda la capsaicina junto con el tratamiento de base (educación, reducción de peso, estiramiento y fortalecimiento muscular). La capsaicina y los analgésicos tópicos como los AINE's pueden ser efectivos en adición de analgésicos y anti-inflamatorios orales.

Los rubefacientes tópicos (salicilato de trolamina y salicilato de cobre) no se recomiendan para el tratamiento de OA.

Ayudas técnicas

Los auxiliares para caminar, pueden reducir dolor en pacientes con OA de cadera y rodilla. Los pacientes deben ser provistos de instrucciones para el uso óptimo del bastón en la mano contra lateral de la articulación afectada o muletas. Las andaderas con ruedas, se recomiendan en el caso de que la afección sea bilateral.

Cada paciente con OA de cadera y rodilla debe ser orientado acerca del uso de calzado apropiado.

En pacientes con OA de rodilla con varus o valgus medio/moderado, se recomienda el uso de férula de rodilla puede reducir el dolor, mejorar la estabilidad y disminuir el riesgo de caída.

En pacientes con OA de rodilla, el uso de plantillas puede reducir el dolor y mejorar la deambulación. Las plantillas correctivas (con cuña lateral), son benéficas para disminuir la sintomatología de los pacientes con osteoartrosis de rodilla y alteraciones tibio-femorales.

Referencia a segundo nivel

Los pacientes sintomáticos clase funcional II, III y IV (ARA) con osteoartrosis de cadera y rodilla, deben ser referidos al servicio de rehabilitación para la evaluación y prescripción de un programa individualizado por el médico especialista en medicina física y rehabilitación a base de modalidades terapéuticas como electroterapia y ejercicio terapéutico, con la finalidad de reducir el dolor y mejorar la capacidad funcional. El resultado exitoso del programa de rehabilitación puede evitar el uso de auxiliares como bastones y andaderas.

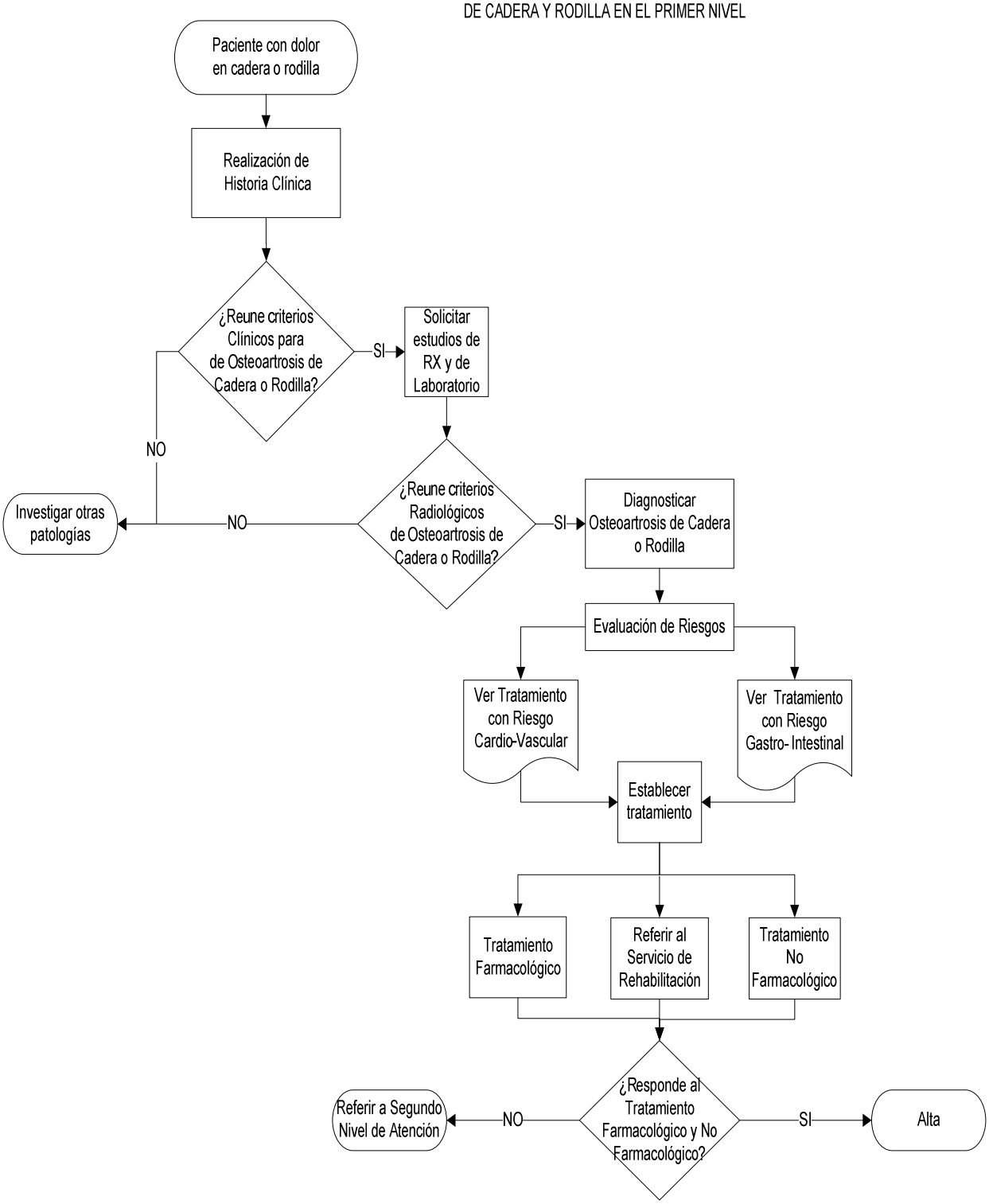
Los pacientes con osteoartrosis de cadera y rodilla que no hayan obtenido un adecuado alivio del dolor y de mejora del funcionamiento con la combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico, deben considerar un remplazo articular quirúrgico.

El remplazo con artroplastías en osteoartrosis de cadera y rodilla, es efectivo y costo-efectivo para pacientes con síntomas significativos o limitaciones funcionales asociadas con una reducción de la calidad de vida.

Criterios de capacidad funcional en la osteoartritis (ARA)

Clase funcional	Características clínicas
I	Capacidad funcional normal
II	Dolor, limitación en una articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria
III	Dolor limitante
IV	Dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado
V	Limitación para el autocuidado y la alimentación

ALGORITMO DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON OSTEOARTROSIS DE CADERA Y RODILLA EN EL PRIMER NIVEL



Algoritmo. Diagnóstico, Tratamiento y Envió a 2° Nivel en OA.