

*PROCESO INTEGRADO DE
ARTROSIS COXOFEMORAL*

Elaborado por:

- **Ángel Carlos Matía Cubillo**. Técnico de Salud GAP Valladolid Este.
- **Francisco Javier Posadas Alonso**. Coordinador de Equipos GAP Valladolid Este.
- **M^a Ángeles Zancajo Pernía**. Traumatóloga HCMC.
- **Francisco del Canto Iglesias**. Traumatólogo HCUV.
- **Margarita Detraux Viguera**. Técnico Médico GAP Valladolid Este.
- **Teresa Pozurama Asenjo**. Médico de Familia Valladolid Este.
- **José Alberto Martín Hernández**. Enfermero Valladolid Este.
- **Miguel Ángel Galán Martín**. Fisioterapeuta Valladolid Este.

Revisores:

- **Gemma Prieto de Lamo**. Grupo Técnico Central. DGAS.
- **Carmen Montero Morales**. Grupo Técnico Central. DGAS.
- **Rosa Miranda Hidalgo**. DTF – DGAS.

Fecha de elaboración. Septiembre 2012

Fecha de validación. Mayo 2013

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.

2. PROCESO:

- a) Objetivo.
- b) Población diana.
- c) Criterios de inclusión.
- d) Actuaciones.
- e) Criterios de interconsulta.

3. BIBLIOGRAFÍA.

4. ORGANIZACIÓN:

- a) Responsable del proceso.
- b) Participantes.
- c) Adecuaciones organizativas.
- d) Procesos de soporte relacionados.

5. EVALUACIÓN:

- a) Indicadores.
- b) Estándares.

6. ANEXOS:

Anexo 1. Flujograma

Anexo 2. Cuestionario WOMAC

Anexo 3. Cuestionario Oxford Hip Score en español.

Anexo 4. Recomendaciones para el paciente con artrosis.

Anexo 5. Plan de cuidados.

7. GLOSARIO.



1. INTRODUCCIÓN:

La artrosis u osteoartritis es una enfermedad degenerativa crónica que altera las articulaciones mediante afectación del cartílago articular, hueso subcondral y la sinovial articular. Se relaciona principalmente con la edad y la sobrecarga articular, afectando más a mujeres y personas obesas. La sintomatología suele ser gradual, con una evolución lenta pero progresiva, afecta a una o varias articulaciones, pudiendo afectar a cualquiera de ellas, las localizaciones más frecuentes son las rodillas, caderas y manos, siendo las dos primeras las que causan mayor limitación funcional.

Su importancia radica en que es la enfermedad articular más frecuente, y la causa más importante de discapacidad en las personas mayores en España y otros países desarrollados, con una gran repercusión sanitaria por el progresivo envejecimiento de la población¹. Pese a ello su prevalencia no se conoce con exactitud, con gran variabilidad según los estudios poblacionales², cuya magnitud varía en función de los criterios utilizados para definir la enfermedad (clínicos³ y/o radiológicos^{4,5}), siendo la localización de rodilla la que tiene los criterios mejor definidos y es más fácil de valorar.

Los estudios poblacionales a nivel internacional estiman la prevalencia de la artrosis⁶ en rodilla en aproximadamente un 10 % y en cadera un 5%. En España la prevalencia de artrosis sintomática en edad adulta^{1,7} es del 10,2% en rodilla y 4,4% en cadera.

En una patología tan frecuente como la artrosis, la mayoría de los casos de coxartrosis son susceptibles de abordaje y seguimiento desde el ámbito de Atención Primaria. En los casos iniciales es de elección la intervención no farmacológica, con educación del paciente, ejercicio físico aeróbico y pérdida de peso, medidas efectivas y eficientes a largo plazo^{8,9}; como segunda línea de tratamiento en casos de coxartrosis con mayor sintomatología¹, estaría el farmacológico con analgésicos, la descarga articular y la fisioterapia¹⁰; los casos sintomáticos que no responden al tratamiento serían candidatos a la tercera línea de tratamiento que sería quirúrgico. Para conseguir una utilización eficiente de los recursos sanitarios en esta patología, se debe priorizar la indicación adecuada de cirugía protésica en la derivación desde el primer al segundo nivel de atención sanitaria.

La intervención quirúrgica para el reemplazo de cadera está indicada en aquellas personas con artrosis severa que no han respondido al tratamiento conservador farmacológico y no farmacológico¹¹. Siendo una intervención coste-efectiva¹². Con una prevalencia estimada en la población con coxartrosis de indicación de prótesis total de cadera del 3,6%, que aumenta con la edad⁶, además se ha visto que en personas mayores de 75 años los resultados y la recuperación no son significativamente peores¹³.

Mediante el cuestionario KHOA-SQ (Knee and Hip OsteoArthritis Screening Questionnaire) validado al español¹⁴ se ha estudiado la prevalencia y la adecuación de la indicación de cirugía protésica, encontrando en las personas de 60 años o más, que la indicación valorada por traumatología para el reemplazo de cadera (47,9%) es significativamente mayor que la de reemplazo de rodilla (16%), y también mayor para las mujeres que para los hombres, aumentando con la edad⁶.

Además se ha observado que los pacientes con una indicación adecuada para el reemplazo de cadera consiguen una mejoría sintomática y funcional superior que aquellos con indicación inadecuada¹⁵.

Aunque existen intentos para definir un grado teórico de severidad para la indicación de la artroplastia de cadera en la coxartrosis¹⁶, no existen unos criterios claramente definidos en la actualidad.

En primer lugar se debe realizar una valoración funcional del paciente mediante una escala validada¹⁷, el más utilizado es el cuestionario WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) validado en español¹⁸, que consta de 24 preguntas con escala tipo Likert y valora dolor, rigidez y funcionalidad. Este cuestionario tiene una limitación y es que al ser global para extremidad inferior no permite discriminar cual es la articulación responsable de los resultados cuando están afectadas tanto la cadera como la rodilla¹⁹.

El cuestionario autoadministrado HOOS²⁰ (Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score) que incluye los ítems de la escala WOMAC, tiene propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de pacientes con coxartrosis sometidos a tratamiento conservador o a una artroplastia total²¹, pero no ha sido traducido ni validado al español (<http://www.koos.nu/>)

El cuestionario específico de cadera más utilizado es el OHS²² (Oxford Hip Score) autoadministrado, validado en inglés²³ y traducido al español, utilizado para indicación de artroplastia de cadera y revisiones postquirúrgicas, consta de 12 preguntas con escala tipo Likert y valora dolor y funcionalidad. Aunque al igual que las escalas MARCOT A y B en rodilla, utilizadas para la valoración de la indicación de artroplastia, tampoco está validado al español.

El proceso asistencial de artrosis coxofemoral se ha abordado mediante la Gestión por Procesos, que es una herramienta de gestión que pretende impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario²⁴. Con una gestión integrada de las actividades²⁵; es por ello que la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales para definir el circuito de los pacientes.

Una última etapa que se puede plantear, dentro de la implementación de la mejora continua de la calidad del proceso integrado de artrosis coxofemoral y orientada al paciente, es en el caso de los pacientes con artroplastia de cadera valorar la mejoría mediante los cuestionarios WOMAC y OHS^{15,26}, quirúrgico y a los 3, 6 o 12 meses.

La búsqueda bibliográfica de las evidencias científicas disponibles, se basó en la revisión de las principales bases de datos generales y de Medicina basada en la evidencia, buscando revisiones sistemáticas^{21,27-33}, guías de práctica clínica^{1,11,17,34-38} y farmacoterapéutica^{39,40}, complementada con la búsqueda manual para las recomendaciones para los pacientes⁴¹⁻⁴⁴ y en aquellos temas en los que persistían dudas o controversias⁴⁵⁻⁴⁷.

Se consultaron las bases de datos PubMed, Fisterrae, Cochrane Library Plus, PEDro (Physiotherapy Evidence Database), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), WOK (Web of Knowledge), IME (Índice Médico Español), TRIP Data Base, Guíasalud y UpToDate (acceso 7-8-2012), sin restricciones. Las palabras clave (Mesh) fueron "osteoarthritis", "hip", "questionnaires" "validation studies" y "physical therapy modalities". Se utilizaron límites para identificar los diferentes tipos de estudios.

Se utilizó la taxonomía SORT⁴⁸ (Strength of Recommendation Taxonomy), como clasificación del nivel de evidencia de los contenidos y grado de recomendación.

2. FICHA RESUMEN PROCESO

Fecha: 24 de Septiembre de 2011

Objetivo

Establecer la confirmación diagnóstica de aquellas personas que presenten criterios sugerentes de artrosis de cadera para proceder a su atención integral y coordinada desde los distintos niveles asistenciales.

Población diana

Personas mayores de 14 años que presenten criterios sugerentes de artrosis de cadera.

Criterios de inclusión

Criterios de artrosis coxofemoral:

Dolor mecánico 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)

Criterios de exclusión

Artroplastia sustitutiva o intervención quirúrgica que modifique estructuralmente la articulación.

Criterios de artrosis de cadera que presenten además patología reumática inflamatoria:

- Artritis reumatoide.
- Espondiloartropatías.



B	Fisioterapia: Todo paciente con indicación de una prótesis total de cadera debería realizar un programa de ejercicio previo a la cirugía^{38,47}: para mejorar la condición de la musculatura de las extremidades inferiores.	Fisioterapeuta de AP o AE	
C	Un programa de ejercicio previo a la cirugía, incrementa la fuerza muscular, produce aumento en la movilidad articular, mejoría en la calidad de la marcha y reducción del dolor articular, con mejores resultados en la recuperación del postoperatorio ^{32,38} .		Proximidad al domicilio. Fomentar el autocuidado
A	No existe suficiente evidencia para establecer la efectividad de los ejercicios de fisioterapia después de la artroplastia de cadera primaria en la coxartrosis³¹.		
	Valoración AE: <u>1ª consulta:</u> Historia Clínica. Pruebas diagnósticas. <u>2ª consulta:</u> Valorar pruebas diagnósticas. Tratamiento.	Reumatólogo/ Traumatólogo/Reh abilitador	Mantenimiento de la continuidad asistencial dentro de la misma especialidad para todo el proceso. Enviar informes del proceso a Atención Primaria. Informar al paciente
	Seguimiento compartido: entre facultativos de AP y AE	Facultativos de AP y AE	Atención integral
A	Tratamiento médico^{1,28,35,39,40,45}: Paracetamol 500-1000 mg/6-8h vo.	Médico de Familia	
A	<u>Si hay contraindicación o no hay mejoría:</u> Ibuprofeno 400-600 mg/6-8h VO o Diclofenaco 50mg/8-12h VO		
A	No se debería utilizar Condroitin sulfato o Glucosamina^{33,45}		
C	<u>Si contractura muscular:</u> Diacepam 5-10 mg/12-24h vo ó Tetracepam 25-50 mg/24h vo	Traumatólogo	Eficiencia
A	<u>Sin mejoría con AINES:</u> Valorar infiltración.		
B	<u>Si importante derrame articular:</u> Valorar artrocentesis.		
C	<u>Si incapacidad o limitación dolorosa:</u> Valorar cirugía.		



	Cuestionario WOMAC Cuestionario Oxford Hip Scale	Médico de familia Enfermera Traumatólogo	Cuestionarios validados
	Formación	Responsables de formación de Centros de Salud	Sesiones formativas con accesibilidad a los profesionales sanitarios de Atención Primaria
	Cirugía Coxartrosis severa sintomática con repercusión funcional²⁹, que no ha respondido en 6 meses al tratamiento sintomático y fisioterápico. Resultado alterado del cuestionario WOMAC y la escala Oxford Hip Score.	Traumatólogo	Valoración quirúrgica en un plazo no superior a 3 meses



<p>C</p>	<p>Rehabilitación postquirúrgica: Precoz Postoperatoria³⁸: <u>Primer día:</u> Movimientos permitidos: -Flexo-extensión asistida de cadera y rodilla en el plano sagital. Ejercicios: Isométricos de cuádriceps y glúteo mayor. -Activos de vastos con cojín a nivel poplíteo. -Resistidos de tríceps sural. -Flexo-extensión activa de tobillo. -Respiratorios. Mantener posición: -Extremidades inferiores en abducción. -Posición alineada del segmento operado evitando rotaciones. -Vendaje elástico o medias elásticas para prevenir TVP. <u>Segundo y tercer día:</u> Mantener pauta anterior. Incorporar ejercicios de: -Flexo-extensión activa de cadera y rodilla en el plano sagital. -Ejercicios de contracción abdominal. -Isométricos de glúteo mayor en decúbito supino. <u>Cuarto día:</u> Mantener pauta anterior. Ejercicio: contraer activamente el cuádriceps sentado al borde la cama contra la fuerza de gravedad. Posición: -Sentar al borde de la cama con flexión de cadera hasta 70°. -Bipedestación al borde de la cama. Carga de peso: -Carga o descarga de peso en segmento operado según el tipo de prótesis o cirugía. <u>Quinto y sexto día:</u> Mantener pauta de ejercicios. Marcha: -Iniciar la marcha (paralelas, andador, dos bastones) -Educación a paciente y familia respecto a precauciones y ejercicios de cadera.</p>	<p>Rehabilitador Fisioterapeuta</p>	<p>Inicio en el postoperatorio inmediato y tras el alta hospitalaria continuar hasta los tres meses</p>
----------	---	---	---



	<p><u>Recomendaciones generales para cargas de peso, apoyo y marcha según tipo de prótesis³⁸:</u></p> <p>No son aplicables a los recambios protésicos de cadera.</p> <p>Total cementada: 4º - 5º día de operado.</p> <p>Marcha con dos bastones, apoyo progresivo desde el 50% en los primeros 20 días del postoperatorio; continuar aumentando carga en forma progresiva hasta el apoyo total.</p> <p>Retirar un bastón al acercarse a la sexta semana, y marcha sin bastones cuando no exista claudicación.</p> <p>Híbridas: 5º - 15º día de operado.</p> <p>Marcha con dos bastones y apoyo progresivo del 10% hasta alcanzar el 50% de carga a la 4ª – 6ª semana, momento en que se retira un bastón.</p> <p>Mantener un bastón hasta los tres meses de operado.</p> <p>Total no cementada: 4º -5º día de operado.</p> <p>Deambulación asistida con dos bastones desde el 10% de carga, aumentando progresivamente desde la 4ª semana para alcanzar carga del 50% hacia la 6ª semana en que se retira un bastón.</p> <p>Mantener un bastón hasta los tres meses de operado.</p>		
--	--	--	--

Criterios de interconsulta

Coxartrosis severa sintomática con repercusión funcional que no responde a tratamiento fisioterápico ni sintomático durante 6 meses.

Valoración de derivación a segundo nivel, en función del resultado del cuestionario WOMAC y la escala Oxford Hip Score.

Referencias

3. BIBLIOGRAFÍA:

1. Tejedor Varillas A, Gómez de la Cámara A, Hermosa Hernán JC, León Vazquez F, López Villalvilla A, Pérez Martín A et al. Tengo artrosis ¿qué puedo hacer? SemFYC; Barcelona 2009.
2. Comas M, Sala M, Román R, Hoffmeister L, Castells X. Variaciones en la estimación de la prevalencia de artrosis de rodilla según los criterios diagnósticos utilizados en los estudios poblacionales. Gac Sanit. 2010; 24(1): 28-32.
3. Altman RD. Criteria for classification of clinical osteoarthritis. J Rheumatology Suppl. 1991; 18(27): 10-2.
4. Altman RD. Criteria for the classification of osteoarthritis of the knee and hip. Scand J Rheumatol Suppl. 1987; 65:31-9.
5. Menkes CJ. Radiographic criteria for classification of osteoarthritis. J Rheumatol Suppl. 1991; 18(27): 13-5.
6. Quintana JM, Arostegui I, Escobar A, Azcarate J, Goenaga JI, Lafuente I. Prevalence of Knee and Hip Osteoarthritis and the Appropriateness of Joint Replacement in an Older Population. Arch Intern Med. 2008; 168(14): 1576-84.
7. Fernández-Lopez JC, Laffon A, Blanco FJ, Carmona L and Episer Study Group. Prevalence, risk factors, and impact of knee pain suggesting osteoarthritis in Spain. Clin Exp Rheumatol. 2008; 26(2): 324-32.
8. Roos EM, Juhl CB. Osteoarthritis 2012 year in review: rehabilitation and outcomes, Osteoarthritis and Cartilage(2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.joca.2012.08.028>
9. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. Arthritis Rheum 2000; 43(9): 1905-15.
10. Florez García MT, Pérez Manzanero MA, López Navas MJ. Bases científicas para el diseño de un programa de ejercicios en artrosis de cadera. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. SERMEF. Abril 2011. Disponible en: www.sermef-ejercicios.org/ Acceso 18-9-2012.
11. Guideline for the non-surgical management of hip and knee osteoarthritis. The Royal Australian College of General Practitioners. RACGP Osteoarthritis Working Group. Australia July 2009.
12. Higashi H, Barendregt JJ. Cost-effectiveness of total hip and knee replacements for the Australian population with osteoarthritis: discrete-event simulation model. PLoS ONE 2011; 6(9):e25403.

13. Hamel MB, Toth M, Legedza A, Rosen MP. Joint Replacement Surgery in Elderly Patients With Severe Osteoarthritis of the Hip or Knee Decision Making, Postoperative Recovery, and Clinical Outcomes. *Arch Intern Med.* 2008; 168 (13): 1430-40.
14. Quintana JM, Arostegui I, Escobar A, Lafuente I, Arenaza JC, García I et al. Validation of a screening questionnaire for hip and knee osteoarthritis in old people. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007; 8 (1): 84.
15. Quintana JM, Escobar A, Arostegui I, Bilbao A, Azkarate J, Goenaga JI et al. Health-Related Quality of Life and Appropriateness of Knee or Hip Joint Replacement. *Arch Intern Med.* 2006; 166 (2): 220-6.
16. Gossec L, Hawker G, Davis AM, Maillefert JF, Lohmander S, Altman R et al. OMERACT/OARSI Initiative to Define States of Severity and Indication for Joint Replacement in Hip and Knee Osteoarthritis. *J Rheumatol.* 2007; 34 (6): 1432-5.
17. Cibulka MT, White DM, Woehrle J, Harris-Hayes M, Enseki K, Fagerson TL et al. Hip Pain and Mobility Deficits – Hip Osteoarthritis: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2009;39 (4): A1-25.
18. Escobar A, Quintana JM, Bilbao A, Azkárate J, Güenaga JI. Validation of the Spanish Version of the WOMAC Questionnaire for Patients with Hip or Knee Osteoarthritis. *Clin Rheumatol.* 2002; 21: 466–71.
19. Castellet Feliu E, Vidal N, Conesa X. Escalas de valoración en cirugía ortopédica y traumatología. *Trauma Fund MAPFRE.* 2010; 21 Supl 1:34-43.
20. Nilsson AK, Lohmander LS, Klassbo M, Roos EM. Hip disability and osteoarthritis outcome score (HOOS) – validity and responsiveness in total hip replacement. *BMC Musculoskelet Disord.* 2003; 30:10.
21. Thorborg K, Roos EM, Bartels EM, Petersen J, Hölmich P. Validity, reliability and responsiveness of patient-reported outcome questionnaires when assessing hip and groin disability: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2010; 44: 1186–96.
22. Dawson J, Fitzpatrick R, Carr A, Murray D. Questionnaire on the perceptions of patients about total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br.* 1996; 78 (2):185-90.
23. Dawson J, Fitzpatrick R, Frost S, Gundie R, McLardy-Smith P, Murray D. Evidence for the validity of a patient based instrument for assesment of outcome after revision hip replacement. *J Bone Joint Surg Br.* 2001; 83: 1125-9.
24. Chozas Candanedo N, Barón Pérez Y, Lara Van der Veen T, López Alonso S, Ruiz Ávila F, Sarmiento González-Nieto V, Zarco Periñán MJ, Fernández de la Mota E. ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud; Sevilla 2004.
25. Lleras Muñoz S. Gestión por procesos: su utilidad en atención primaria. *SEMERGEN* 2002; 28(6): 307-14.
26. Field RE, Cronin MD, Singh PJ. The Oxford hip scores for primary and revision hip replacement. *J Bone Joint Surg Br.* 2005; 87: 618-22.
27. Michigan Quality Improvement Consortium. Medical management of adults with osteoarthritis. Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium; Aug. 2009.

28. Kalunian KC, Tugwell P, Romain PL. Pharmacologic therapy of osteoarthritis. UpToDate. Last updated: oct 6, 2011. (Acceso 7-8-2012) Disponible en: <http://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es>
29. Kalunian KC, Tugwell P, Romain PL. Surgical therapy of osteoarthritis. UpToDate. Last updated: jul 6, 2011. Disponible en: <http://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es> Acceso 7-8-2012.
30. Pinto D, Robertson MC, Hansen P, Abbott JH. Cost-Effectiveness of Nonpharmacologic, Nonsurgical Interventions for Hip and/or Knee Osteoarthritis: Systematic Review. Value in Health. 2012; 15 (1):1-12.
31. Minns Lowe CJ, Barker KL, Dewey ME, Sackley CM. Effectiveness of physiotherapy exercise following hip arthroplasty for osteoarthritis: a systematic review of clinical trials. BMC Musculoskelet Disord. 2009; 10: 98.
32. Wallis JA, Taylor NF. Pre-operative interventions (non-surgical and non-pharmacological) for patients with hip or knee osteoarthritis awaiting joint replacement surgery - a systematic review and meta-analysis. Osteoarthr. Cartil. 2011; 19: 1381-95.
33. Wandel S, Jüni P, Tendal B, Nuesch E, Villiger PM, Welton NJ et al. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis. BMJ. 2010; 341: c4675.
34. Castaño Carou A. Guías Clínicas: Artrosis. Fisterrae. Última revisión 28-2-2012. Disponible en: <http://fisterrae.publicaciones.saludcastillayleon.es> Acceso 7-8-2012.
35. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Osteoarthritis: National clinical guideline for care and management in adults. London: Royal College of Physicians, 2008.
36. Toquero de la Torre F, Möller Parera I, Monfort faure J, Gurt Daví A, Moragues Pastor C, Palau González J, Rubio Terrés C. Evidencia científica en artrosis: manual de actuación. Organización Médica Colegial. Ministerio de Sanidad y Consumo; Madrid 2006.
37. Giménez Basallote S, Gimeno Marqués A, Panero Hidalgo P, Casals Sánchez JL. Recomendaciones de buena práctica clínica en artrosis. Semergen. 2008; 34 (3): 143-8.
38. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa. Santiago: Minsal, 2010.
39. Servicio Navarro de Salud. La artrosis. ¿Qué podemos hacer por nuestros pacientes en el siglo XXI? Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. Diciembre 2004; Vol.12, nº5. Disponible en: www.cfnavarra.es/webgn/sou/publicac/bj/inicio.htm Acceso 5-9-11.
40. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Guía terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en Medicina Familiar. 2008. Disponible en: <http://intranet.sacyl.es/web/urm/guiaterapeuticomedicinafamiliar> Acceso 5-9-11.
41. Diez consejos para los pacientes con artrosis. Disponible en: http://www.ser.es/pacientes/consultas_recursos/decalogos/decalogo_002.php Acceso 9-9-2011.

42. Diez consejos básicos para el paciente con artrosis. Disponible en: <http://www.semfyces.es> Acceso 9-9-2011.
43. Guía Práctica de la Salud: Artrosis de cadera. SemFYC. Noviembre 2005. Disponible en: <http://guiapRACTICA.semFYC.info/buscador/14-10.pdf> Acceso 9-9-2011.
44. Guía de recomendaciones al paciente. Prótesis de cadera. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Comunidad de Madrid. Diciembre 2006. Disponible en: <http://www.madrid.org> Acceso 9-9-2011.
45. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and the pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res.* 2012; 64 (4): 465-74.
46. Ferrara PE, Rabini A, Maggi L, Piazzini DB, Logroscino G, Magliocchetti G et al. Effect of pre-operative physiotherapy in patients with end-stage osteoarthritis undergoing hip arthroplasty. *Clinical Rehabilitation.* 2008; 22: 977–86.
47. Rooks DS, Huang J, Bierbaum BE, Bolus SA, Rubano J, Connolly CE et al. Effect of preoperative exercise on measures of functional status in men and women undergoing total hip and knee arthroplasty. *Arthritis & Rheumatism.* 2006; 55: 700–8.
48. Ebell MH, Siwek BD, Weiss BD, Wolff SH, Susman J, Ewigman B, et al. Strength of Recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *Am Fam Physician.* 2004; 69 (3): 548-56.

4. ORGANIZACIÓN:

Organización: Responsables/Coordinadores del proceso

Coordinadores de equipos.
Técnicos de salud.

Participantes en el proceso

Médico de Familia, Reumatólogo, Traumatólogo, Rehabilitador, Fisioterapeuta, Enfermera, Auxiliar Administrativo.

Adecuaciones organizativas

Gestión de agendas garantizando unos estándares de listas de espera.

Procesos de soporte relacionados

Diagnóstico por la imagen.
Laboratorio.
Aplicaciones informáticas de gestión de citas.



5. EVALUACIÓN:

Evaluación
<p>Indicador: Prevalencia de artrosis de cadera en la población atendida.</p>
<p>Fórmula <u>Pacientes que cumplen criterios de artrosis coxofemoral</u> Total de pacientes adscritos según TSI</p>
<p>Fuente de información Aplicaciones informáticas</p>
<p>Estándar de calidad de referencia Prevalencia de artrosis de cadera en mayores de 20 años: 4.4%</p>
<p>Indicador Pacientes diagnosticados de artrosis coxofemoral_a los cuales se ha evaluado la intensidad del dolor y grado de afectación funcional</p>
<p>Fórmula <u>Pacientes diagnosticados de artrosis coxofemoral con cuestionario WOMAC aplicado</u> Total de pacientes diagnosticados de artrosis coxofemoral</p>
<p>Fuente de información Aplicación informática</p>
<p>Estándar de calidad de referencia 50%</p>
<p>Indicador Pacientes diagnosticados de artrosis coxofemoral a los cuales se ha evaluado la indicación de artroplastia</p>
<p>Fórmula <u>Pacientes diagnosticados de artrosis coxofemoral con escala OHS aplicada</u> Total de pacientes diagnosticados de artrosis coxofemoral</p>
<p>Fuente de información Aplicación informática</p>
<p>Estándar de calidad de referencia 50%</p>
<p>Indicador Actividades formativas relacionadas con el proceso artrosis de rodilla y cadera realizadas en el último año</p>
<p>Fórmula <u>Profesionales que han asistido a sesiones formativas relacionadas con el proceso artrosis coxofemoral</u> Total de profesionales del Área de Atención Primaria</p>

Fuente de información Unidad de formación de la GAP
Estándar de calidad de referencia Médicos de Familia: 60% Enfermeras: 60%
Indicador Adecuación de la derivación con indicación apropiada de prótesis en individuos con artrosis coxofemoral y valoración quirúrgica
Fórmula <u>Pacientes con intervención de prótesis coxofemoral tras su derivación a Traumatología con escala OHS ≤ 19</u> Pacientes diagnosticados de artrosis coxofemoral con escala OHS ≤ 19
Fuente de información Aplicación informática
Estándar de calidad de referencia >50%

6. ANEXOS:

6.1. Diagrama de flujo

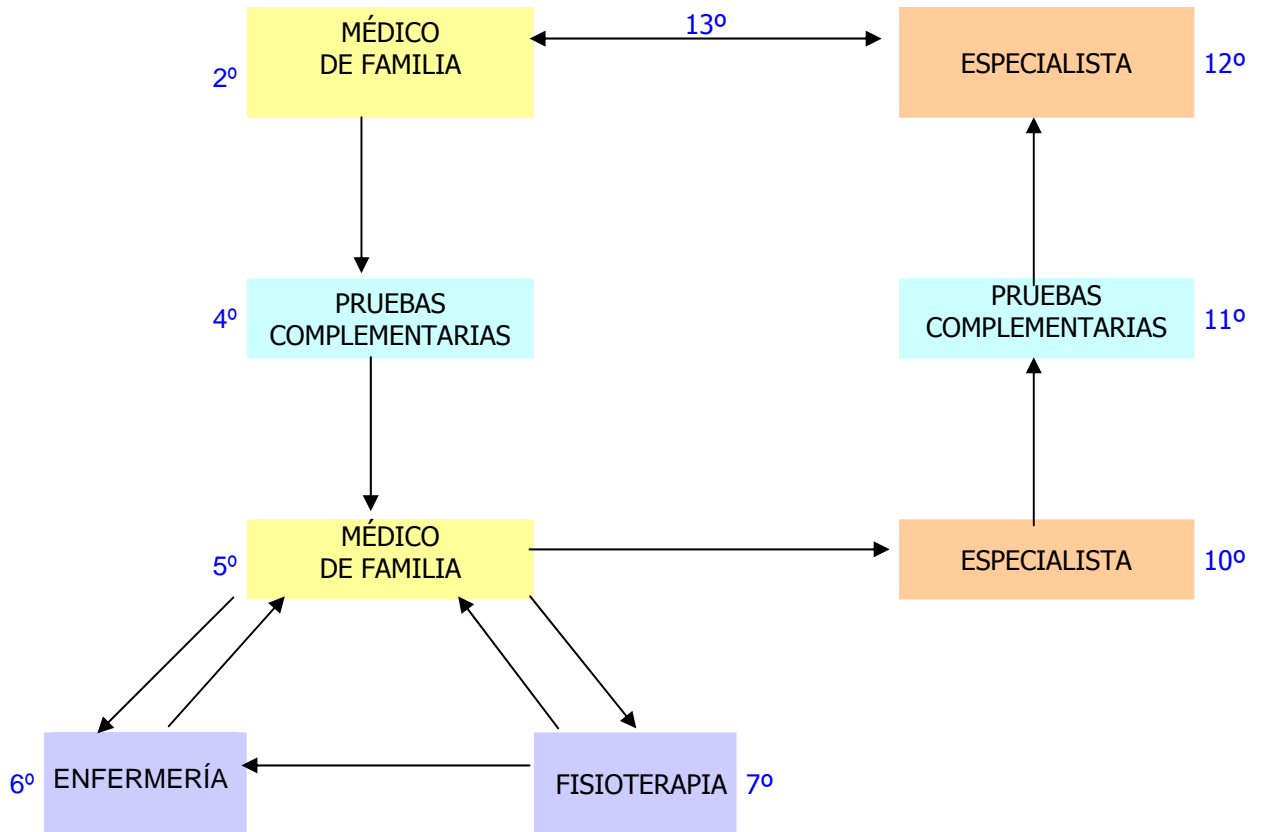
PACIENTE CON SÍNTOMAS O SIGNOS DE ARTROSIS COXOFEMORAL

RESPONSABLE			
UAU-AP	1º	GESTIÓN DE CITA PARA MF	
MÉDICO DE FAMILIA	2º	1ª CONSULTA: VALORACIÓN INICIAL	HISTORIA CLÍNICA ANAMNESIS EXPLORACIÓN FÍSICA PRUEBAS COMPLEMENTARIAS INICIO TRATAMIENTO SINTOMÁTICO NORMAS BÁSICAS DE AUTOCAUIDADO
UAU-AP	3º	GESTIÓN CITA	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS M.F. (2ª CONSULTA)
ENFERMERÍA TER RADIÓLOGO	4º	REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	ESCALA WOMAC RX
MÉDICO DE FAMILIA	5º	2ª CONSULTA: VALORACIÓN INICIAL	CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD EDUCACIÓN PARA LA SALUD DERIVACIÓN SI PROCEDE REVISIÓN DE TRATAMIENTO
ENFERMERÍA	6º	ESTABLECER PLAN DE CUIDADOS	ESCALA WOMAC CUIDADOS DE ENFERMERÍA NANDA, NOC, NIC
FISIOTERAPEUTA	7º	TRATAMIENTO EN SALA DE FISIOTERAPIA	EDUCACIÓN PARA LA SALUD PRESCRIPCIÓN EJERCICIO FÍSICO AERÓBICO FLEXIBILIZACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE ESTABILIZADORES DE CADERA OTRAS TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA: TERAPIA MANUAL, TERMOTERAPIA...
MÉDICO DE FAMILIA	8º	3ª CONSULTA: VALORACIÓN EVOLUCIÓN	DESPUÉS DE 6 MESES DE TRATAMIENTO CUESTIONARIO OHS



VALORAR TRATAMIENTO
VALORAR DERIVACIÓN

UAU-AP Y AE	9º	GESTIÓN CITA:	REUMATOLOGÍA REHABILITACIÓN TRAUMATOLOGÍA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	10º	1ª CONSULTA: VALORACIÓN	HISTORIA CLÍNICA ANAMNESIS EXPLORACIÓN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS INFORMACIÓN AL PACIENTE PLAN TERAPÉUTICO
RADIÓLOGO ANALISTA	11º	REALIZACIÓN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	12º	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS CINESITERAPIA TERAPIA OCUPACIONAL ORTESIS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
PROFESIONALES AP Y AE	13º	SEGUIMIENTO COMPARTIDO	



6.2. Cuestionario WOMAC.

CUESTIONARIO WOMAC PARA ARTROSIS

Las preguntas de los apartados A, B y C se plantearán de la forma que se muestra a continuación. Usted debe contestarlas poniendo una "X" en una de las casillas.

1. Si usted pone la "X" en la casilla que está más a la izquierda indica que **NO TIENE DOLOR**.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2. Si usted pone la "X" en la casilla que está más a la derecha indica que **TIENE MUCHÍSIMO DOLOR**.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

3. Por favor, tenga en cuenta:

- a) que cuanto más a la **derecha** ponga su "X" **más** dolor siente usted.
- b) que cuanto más a la **izquierda** ponga su "X" **menos** dolor siente usted.
- c) **No marque** su "X" fuera de las casillas.

Se le pedirá que indique en una escala de este tipo cuánto dolor, rigidez o incapacidad siente usted. Recuerde que cuanto más a la derecha ponga la "X" indicará que siente más dolor, rigidez o incapacidad.

Apartado A

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas tratan sobre cuánto **DOLOR** siente usted en las **caderas y/o rodillas** como consecuencia de su **artrosis**. Para cada situación indique cuánto **DOLOR** ha notado en los **últimos 2 días**.

(Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Cuánto dolor tiene?

1. Al andar por un terreno llano.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2. Al subir o bajar escaleras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

3. Por la noche en la cama.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

4. Al estar sentado o tumbado.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

5. Al estar de pie.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo



Apartado B

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer cuánta **RIGIDEZ** (no dolor) ha notado en sus **caderas y/o rodillas** en los **últimos 2 días**. **RIGIDEZ** es una sensación de dificultad inicial para mover con facilidad las articulaciones.

(Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

1. ¿Cuánta **rigidez** nota **después de despertarse** por la mañana?

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2. ¿Cuánta **rigidez** nota durante **el resto del día** después de estar sentado, tumbado o descansando?

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

Apartado C

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer su **CAPACIDAD FUNCIONAL**.

Es decir, su capacidad para moverse, desplazarse o cuidar de sí mismo.

Indique cuánta dificultad ha notado en los **últimos 2 días** al realizar cada una de las siguientes actividades, como consecuencia de su **artrosis de caderas y/o rodillas**.

(Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?

1. Bajar las escaleras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2. Subir las escaleras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

3. Levantarse después de estar sentado.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

4. Estar de pie.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

5. Agacharse para coger algo del suelo.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

6. Andar por un terreno llano.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

7. Entrar y salir de un coche.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo
8. Ir de compras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo
9. Ponerse las medias o los calcetines.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo
10. Levantarse de la cama.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo
11. Quitarse las medias o los calcetines.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo
12. Estar tumbado en la cama.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo
13. Entrar y salir de la ducha/bañera.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo
14. Estar sentado.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo
15. Sentarse y levantarse del retrete.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo
16. Hacer tareas domésticas pesadas.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo
17. Hacer tareas domésticas ligeras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO WOMAC

El **WOMAC Osteoarthritis Index** contiene 24 ítems agrupados en 3 escalas:

- A) Dolor 5 ítems
B) Rigidez2 ítems
C) Capacidad funcional17 ítems

Primer paso: codificar los ítems.

Cada **ítem** se contesta con una escala tipo Likert de 5 niveles que se codifican de la siguiente forma: Ninguno = 0; Poco = 1; Bastante = 2; Mucho = 3; Muchísimo = 4.

Segundo paso: sumar los ítems de cada escala.

Para cada escala se obtiene la suma de los ítems que la componen. De esta forma las posibles puntuaciones para cada escala serán:

A) Dolor 0 - 20

B) Rigidez 0 - 8

C) Capacidad funcional..... 0 - 68

Se recomienda usar las tres escalas por separado, no sumándolas o agregándolas.

Respuestas dudosas: fuera de las casillas.

Si un enfermo coloca su respuesta fuera de las casillas, por ejemplo entre dos casillas, se elegirá como respuesta válida la casilla más cercana. Si la respuesta está justo equidistante entre dos casillas, se elegirá por convención la puntuación más alta (la peor). Si marcara a la izquierda de Ninguno, se puntuará cero (0); si marcara a la derecha de Muchísimo, se puntuará cuatro (4).

No respuesta: valores *missing*.

Algunos enfermos pueden dejar en blanco una o varias respuestas. Se recomienda la siguiente conducta.

Cuando NO se conteste 2 ítems de Dolor, 2 ítems de Rigidez, ó 4 ítems de Capacidad funcional, la correspondiente escala se considerará no válida, por lo que no debiera utilizarse.

En el caso de que se dejen en blanco 1 ítem de Dolor, 1 ítem de Rigidez y 1-3 ítems de Capacidad Funcional se recomienda **sustituir** el dato *missing* del ítem **no contestado** por el valor medio de los ítems contestados y luego sumar todas las respuestas.

En el siguiente **ejemplo** se ilustra el procedimiento descrito. En este caso un enfermo respondió sólo 4 ítems de la escala de Dolor.

	Respuesta del enfermo	Respuesta corregida*
A) DOLOR:		
Al andar por un terreno llano	Bastante 2	2
Al subir o bajar escaleras	Mucho 3	3
Por la noche en la cama	Ninguno 0	0
Al estar sentado o tumbado		1,75
Al estar de pie	Bastante 2	2
Total	7	8,75

*Media de los ítems contestados = $7/4 = 1.75$

El valor medio se utiliza como valor de la respuesta del ítem No contestado.

Valor definitivo de la escala de Dolor: $7 + 1.75 = 8.75$

6.3. Escala Oxford Hip Score

OXFORD HIP SCORE EN ESPAÑOL

Rellene sólo una casilla para cada pregunta.

1. Describa el dolor que normalmente ha tenido en su cadera durante las últimas 4 semanas:

- Ninguno.
- Muy leve.
- Leve.
- Moderado.
- Fuerte.

2. ¿Durante las últimas 4 semanas, ha tenido algún problema para lavarse y secarse por sí mismo (todo el cuerpo) a causa de su cadera?

- Ningún problema.
- Muy pocos problemas.
- Algunos problemas.
- Muchos problemas.
- Ha sido imposible hacerlo.

3. ¿Durante las últimas 4 semanas, ha tenido algún problema para entrar o salir de un coche o para usar el transporte público a causa de su cadera? (según el medio de transporte que suele usar)

- Ningún problema.
- Muy pocos problemas.
- Algunos problemas.
- Muchas dificultades.
- Ha sido imposible hacerlo.

4. ¿Durante las últimas 4 semanas, ha sido capaz de ponerse los zapatos, los calcetines o las medias?

- Sí, fácilmente.
- Con poca dificultad.
- Con alguna dificultad.
- Con muchas dificultades.
- No, ha sido imposible.

5. ¿Durante las últimas 4 semanas, ha podido realizar las compras domésticas por sí mismo?

- Sí, fácilmente.
- Con poca dificultad.
- Con alguna dificultad.
- Con muchas dificultades.
- No, ha sido imposible.

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿durante cuánto tiempo ha sido capaz de caminar antes de que le empezara a doler fuertemente la cadera?

- Sin dolor/no más de 30 minutos.
- De 16 a 30 minutos.
- De 5 a 15 minutos.
- Sólo por la casa.
- Nada.

7. ¿Durante las últimas 4 semanas, ha sido capaz de subir un tramo de escalera?

- Sí, fácilmente.
- Con poca dificultad.
- Con alguna dificultad.
- Con muchas dificultades.
- No, ha sido imposible.

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto dolor ha sentido al levantarse de la silla después de una comida (sentado a la mesa) a causa de su cadera?

- Ningún dolor.
- Dolor leve.
- Dolor moderado.
- Mucho dolor.
- Insoportable.

9. ¿Durante las últimas 4 semanas, ha cojeado al caminar a causa de su cadera?

- Rara vez/nunca.
- Algunas veces o sólo al principio.
- A menudo, no sólo al principio.
- La mayoría de las veces.
- Todo el tiempo.

10. ¿Durante las últimas 4 semanas, ha tenido algún dolor repentino fuerte- agudo, punzante o espasmódico- a causa de la cadera afectada?

- Ningún día.
- Sólo 1 ó 2 días.
- Algunos días.
- La mayoría de los días.
- Todos los días.

11. Durante las últimas 4 semanas, el dolor en la cadera ¿en qué medida ha interferido con su trabajo habitual? (incluyendo las tareas domésticas)

- Nunca.
- Un poco.
- Moderadamente.
- Bastante.
- Totalmente.

12. ¿Durante las últimas 4 semanas, ha tenido problemas para dormir por la noche a causa del dolor en su cadera?

- Ninguna noche.
- Sólo 1 ó 2 noches.
- Algunas noches.
- La mayoría de las noches.
- Todas las noches.

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO OXFORD HIP SCORE

El **OXFORD HIP SCORE** contiene 12 ítems, que valoran dolor y capacidad funcional.

Primer paso: codificar los ítems.

Cada ítem se contesta con una escala tipo Likert de 5 niveles que se codifica desde **4** cuando la repercusión es mínima o inexistente, disminuyendo hasta **0** en el caso más desfavorable con mayor repercusión.

Segundo paso: sumar las puntuaciones de todos los ítems.

De esta forma las posibles puntuaciones oscilan desde **0** a **48**.

Tercer paso: gradación de la puntuación total obtenida y abordaje.

-0-19: Puede indicar artrosis severa de cadera. Es muy probable que pueda requerir algún tipo de intervención quirúrgica.

-20-29: Puede indicar artrosis de cadera moderada a severa. Se debe realizar una evaluación médica y radiológica.

-30-39: Puede indicar artrosis de cadera leve a moderada. Se debe considerar la posibilidad de evaluación médica. Se podría beneficiar de un tratamiento no quirúrgico, como el ejercicio, pérdida de peso y / o analgésico.

-40-48: Puede indicar una función articular satisfactoria. Es posible que no requiera ningún tratamiento.

6.4. Recomendaciones para el paciente con artrosis.

No hay tratamiento curativo para la artrosis de rodilla, pero existen tratamientos que permiten que la mayoría de los pacientes puedan llevar una vida prácticamente normal.

Mantenga un peso corporal correcto: la obesidad es una de las causas de la enfermedad, y además hace que esta progrese más rápidamente. Si está obeso o con sobrepeso, inicie algún programa dietético que le haga adelgazar. No son necesarias dietas especiales, ni existen alimentos completamente prohibidos en esta enfermedad. Una dieta baja en calorías es suficiente.

Ejercicio: protege la articulación y aumenta la fuerza de nuestros músculos. Es bueno caminar, ir en bicicleta y practicar la natación, pero los deportes de contacto o de gran sobrecarga física son menos recomendables. Debe ser suave y constante. Pasee, pero descanse cuando aparezca el dolor. Es mejor dar varios paseos cortos que uno largo. Se debe emplear un calzado de suela gruesa que absorba la fuerza del impacto del pie contra el suelo al caminar, también son válidas las plantillas o taloneras de silicona que se colocan en el zapato, es preferible emplear zapato plano o con un ligero tacón. En la artrosis de rodilla, en reposo haga ejercicios de contracción del muslo (durante unos 4 segundos y descanse otros 4 segundos) a lo largo del día. Si disminuye el dolor al cabo de un tiempo, inicie ejercicios de flexión y extensión de la rodilla. Cuando ya no exista dolor, haga los mismos ejercicios pero con un peso en el pie. En la artrosis de cadera, apoyado en el respaldo de una silla, mueva la pierna atrás y adelante y a los lados.

Reposo: la artrosis es una enfermedad que cursa con periodos intermitentes de dolor, y durante las fases con mayor dolor el reposo relativo es beneficioso. También es bueno intercalar pequeños periodos de reposo durante las actividades de la vida diaria.

Evite sobrecargar las articulaciones: no coja pesos excesivos, procure no caminar por terrenos irregulares, no estar de pie excesivamente sin descansar y subir o bajar escaleras. Evite caminar con peso, utilice un carrito para llevar las compras. Si padece artrosis de rodilla o cadera, el empleo de un bastón para caminar disminuye la sobrecarga de esas articulaciones, se debe llevar en el lado sano. Las rodilleras pueden ser útiles en caso de realizar actividades que van a provocar dolor, pero utilizadas habitualmente pueden empeorar los síntomas.

Hábitos posturales: duerma en cama plana. Evite sentarse en sillones o sofás hundidos, y use sillas con respaldo recto, donde sus caderas y rodillas mantengan una posición natural y sus pies estén en contacto con el suelo.

Calor y frío: habitualmente el calor es más beneficioso en la artrosis. Se puede utilizar una bolsa de agua caliente, ducha con agua caliente, o una esterilla o manta eléctrica sobre la articulación dolorosa, 10-20 minutos 2 o 3 veces al día; alivia el dolor, mejora la rigidez y ayuda a realizar los ejercicios. La articulación artrósica puede tener un brote inflamatorio y, en esas ocasiones, es útil aplicar frío local mediante bolsas de hielo o baños fríos.

Medicamentos: son útiles para aliviar el dolor, mejorar la movilidad y la posible inflamación. Si lo precisa, utilice analgésicos como el paracetamol a dosis de 500-1.000 mg cada 6-8 horas. Si no mejora y tolera los antiinflamatorios, puede utilizar el ibuprofeno a dosis de 400-600 mg cada 8 horas. No se automedique y consulte a su médico.

Otros tratamientos: los balnearios utilizan aguas mineromedicinales, generalmente termales, para el tratamiento de la artrosis; pueden mejorar el dolor y relajar la musculatura contracturada, aunque los estudios disponibles no son concluyentes. Las terapias llamadas alternativas, como la acupuntura y fitoterapia no han demostrado su eficacia científicamente, pero pueden ser complementarias para el alivio del dolor, si desea emplearlas consulte antes a su médico.

Cirugía: en los casos más avanzados y de peor evolución, con dolor intenso, puede estar indicado el tratamiento quirúrgico. Consiste en sustituir las articulaciones dañadas por prótesis.

6.5. Plan de cuidados de enfermería.

Plan de Cuidados de Enfermería estandarizado en Atención Primaria de la persona con Artrosis de Cadera y/o rodilla.

El inicio y desarrollo del plan de cuidados, se realiza tras la realización de la correspondiente valoración de las necesidades de cada paciente mediante la aplicación de las escalas validadas que se están utilizando en AP:

1. Escala de Barthel.
2. Índice de Katz.
3. Cuestionario WOMAC.

Lo que a continuación proponemos es un Plan de Cuidados Estandarizado, donde una vez identificadas las necesidades de cuidados, hemos seleccionado los diagnósticos de enfermería que mas habitualmente sufren estos pacientes:

- Diagnóstico de Enfermería: **DOLOR CRONICO** (validado por medio del cuestionario WOMAC, a través del Apartado A "Dolor").

r/c : Informes Verbales de Dolor

- Resultado esperado: Nivel de Dolor.
- *Indicador*:
 - Dolor referido.
- Intervención: Manejo del Dolor.
 - *Actividades*:
 - Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.
 - Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos
 - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- Diagnóstico de Enfermería: **DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA** (validado por medio del cuestionario WOMAC, a través del Apartado C "Capacidad Funcional").

r/c : limitación de la amplitud de movimientos.

- Resultado esperado: Movilidad.
 - *Indicador*:
 - Movimiento Articular.
 - Ambulación.
 - Intervención: Terapia de ejercicios: Ambulación.
 - *Actividades*:
 - Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulacion y evite lesiones.
 - Aplicar / proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc...) para la deambulacion si el paciente no camina bien.
- Diagnóstico de Enfermería: **CONOCIMIENTOS DEFICIENTES** (validado por medio de la aplicación del PAT).

r/c: Mala interpretación de la información.

- Resultado esperado: Conocimiento cuidados de la enfermedad.
Conocimiento: Régimen Terapéutico.
- *Indicador*:
 - Descripción del régimen terapéutico.
 - Descripción de la medicación prescrita.

- Intervención: Enseñanza: Proceso de Enfermedad.
 - *Actividades*:
 - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
 - Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, si procede.
 - Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Intervención: Manejo de la medicación.
 - *Actividades*:
 - Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.
 - Revisar periódicamente con el paciente y / o la familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.
- Diagnóstico de Enfermería: **DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO.**
 - r/c Aporte excesivo de nutrientes en relación con el gasto
 - Resultado esperado: Conducta de Mantenimiento del Peso.
 - *Indicador*:
 - Control del Peso Corporal.
 - Intervención: Manejo del Peso
 - *Actividades*:
 - Determinar el peso ideal del individuo.
 - Determinar el peso aceptable a conseguir.
 - Establecer la relación entre la ingesta de alimentos, el ejercicio y la ganancia de peso.
 - Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.

Otros diagnósticos que se pueden asociar, en función del resultado obtenido de aplicar el índice de Barthel, serían:

- Diagnóstico de Enfermería: DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE.
- Diagnóstico de Enfermería: DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: VESTIDO/ACICALAMIENTO.
- Diagnóstico de Enfermería: DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: USO DEL WC.

7. GLOSARIO:

AE: Atención Especializada.

AP: Atención Primaria.

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado

GAP: Gerencia de Atención Primaria.

GPC: Guía de Práctica Clínica.

GR: Grado de Recomendación.

MARCOT: Manejo de la Artrosis de Rodilla desde el punto de vista de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

MBE: Medicina Basada en la Evidencia.

MF: Médico de Familia.

NANDA: Diagnósticos de Enfermería.

NIC: Intervenciones de Enfermería.

NOC: Clasificación de resultados de Enfermería.

OHS: Oxford Hip Score

SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

SER: Sociedad Española de Reumatología.

SORT: (Strength of Recommendation Taxonomy) Fuerza de la recomendación de la taxonomía.

TER: Técnico especialista en Radiología.

TSI: Tarjeta sanitaria individual.

UAU: Unidad de atención al usuario.

WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index.

Fichas de procesos clínicos

El objetivo de la ficha es presentar los datos más relevantes de cada proceso, evitando las redundancias y resaltando la parte clínica de forma que puedan servir de base a las actuaciones más adecuadas en el trabajo de los centros de salud. Es conveniente incluir el grado de recomendación de cada actuación.

Proceso:

Nombre del proceso y Fecha de última revisión

Objetivo

Objetivos clínicos principales de las actuaciones sobre el proceso

Población diana

Población a la que van dirigidas las actuaciones

Criterio de inclusión

Criterios diagnósticos u otros que determinan la entrada en el proceso

Se especificarán los criterios de salida del proceso si procede

Actuaciones

Formuladas como recomendaciones de actuaciones sobre el proceso. Se ordenarán con lógica clínica de consulta (SOAP)

Se especificará el grado de recomendación y los profesionales que pueden/deben llevarlas a cabo si procede

Criterios de interconsulta

Especialidades a interconsultar y motivos de consulta concretos

Referencias

Bibliografía y Guías de referencia.

Parte organizativa

Responsable del proceso

Puesto de la persona responsable del proceso. Si es oportuno se nombrará un responsable en cada nivel de atención.

Se responsabiliza de la gestión del proceso, obteniendo información de este, detectar áreas de mejora y plantear medidas de mejora y actualizaciones de los contenidos de la ficha de proceso.

Adecuaciones organizativas

Se detallarán cuando sea preciso realizar un tratamiento organizativo especial, o sean precisos cambios en la organización habitual para llevar a cabo las actuaciones.

Procesos de soporte relacionados

Enumeración de procesos organizativos que afecten al proceso, subprocesos, procedimientos administrativos, diagnósticos y terapéuticos

Evaluación

Indicador/es

Nombre del indicador, Es necesario que el nombre del indicador aclare el contenido de éste.

Formula/s

Estándar/es de calidad de referencia

Se especificará si existe un estándar en la literatura. Si no existe, se puede establecer de forma empírica (media más una desviación...). Constituye el objetivo final a alcanzar.

Fuente de información / medio recogida

Los indicadores deben tener establecido tanto la fuente de información como el medio de recogida.

Anexo

Se añadirán si aclaran el flujo del proceso.