

BASES CIENTÍFICAS PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EJERCICIOS EN ARTROSIS DE CADERA

Mariano Tomás Flórez García (Jefe de la Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid)

Maria Ángeles Pérez Manzanero (Fisioterapeuta de la Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón de Madrid.

Maria Jesús López Navas (Facultativo Especialista de Área de la Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid)

Fecha última actualización: Abril de 2011

- **INTRODUCCIÓN**
- **TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS**
- **EDUCACIÓN DEL PACIENTE**
- **PROGRAMAS DE EJERCICIOS**
 - **Efectos del ejercicio sobre el cartílago articular**
 - **Repercusiones clínicas de la inactividad**
 - **Ensayos clínicos sobre ejercicios**
- **¿QUÉ PROGRAMAS DE EJERCICIOS SELECCIONAR?**
- **PROGRAMAS DE EJERCICIOS PROPUESTOS**
 - **Programa Básico**
 - **Programa Avanzado**
 - **Programa de Estiramiento**
- **BIBLIOGRAFÍA**
- **TABLA 1. Educación del paciente con coxartrosis**
- **TABLA 2. Principales guías de práctica clínica en artrosis de cadera**

INTRODUCCIÓN

La cadera es, después de la rodilla, la segunda gran articulación que más se afecta por la artrosis. Los estudios sobre prevalencia ofrecen cifras muy variables. Una revisión sistemática, que analizó 23 estudios, calculó en un 5-10% la prevalencia de hallazgos radiológicos de coxartrosis en la población general adulta ¹. La relación entre signos radiológicos y síntomas es muy variable. Se ha estimado que la prevalencia de artrosis sintomática de cadera supera el 3% en la población adulta de los países occidentales ². La incidencia aumenta con la edad. En un estudio poblacional realizado en España sobre 11.002 personas de 60 a 90 años el 23,8% refería dolor en la cadera y en la mayor parte de los casos se relacionaba con la artrosis ³.

TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

Los pacientes con artrosis sintomática de la cadera pueden asociar limitación funcional significativa. Se han propuesto numerosos tratamientos. Las principales guías de práctica clínica (tabla 1) consideran que las medidas conservadoras no farmacológicas deben formar parte de la intervención inicial y constituyen el pilar básico en el abordaje de estos pacientes. Existe un consenso casi general en 4 aspectos: 1) el tratamiento ideal debe combinar medidas farmacológicas y no farmacológicas; 2) la selección de las medidas deber ser personalizada y tener en cuenta factores como la repercusión clínica y funcional, la edad del paciente y la comorbilidad; 3) la educación del paciente y el ejercicio son las medidas más importantes; y 4) la disminución de peso, en caso de sobrepeso, y la utilización de ayudas de marcha pueden ser útiles en algunos pacientes. Se revisan, a continuación, las dos principales medidas no farmacológicas: la educación y los programas de ejercicios.

EDUCACIÓN DEL PACIENTE

La educación es especialmente relevante en enfermedades crónicas y debe fomentar la implicación activa del paciente en el tratamiento. La guía de 2008 de la Asociación Internacional de Investigación sobre Artrosis (OARSI) señala: “todos los pacientes con artrosis de cadera deben tener acceso a información sobre los objetivos del tratamiento y la importancia de introducir cambios en el estilo de vida: ejercicio, alternancia reposo-actividad, reducción de peso y cómo disminuir la sobrecarga en las articulaciones

dolorosas. El énfasis inicial debe ser sobre tratamientos que el paciente pueda realizar de forma autónoma más que sobre terapias pasivas proporcionadas por un profesional sanitario. Hay que estimular al paciente en la utilización de medidas no farmacológicas”.

La eficacia de la educación de forma aislada es limitada. Un metaanálisis ⁴ sobre su efecto en artrosis analizó 10 ensayos clínicos con grupo control (ECC). Se observó que proporcionaba una disminución adicional del dolor del 20-30% respecto al grupo que recibió tratamiento aislado con antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Otro metaanálisis posterior ⁵, aunque no específico de artrosis de cadera, también demostró una eficacia leve-moderada de los programas educativos. Sólo dos ECC se centran exclusivamente en coxartrosis. Un ensayo clínico controlado aleatorizado (ECCA) ⁶ demostró una mejoría significativa del dolor respecto al grupo control pero se realizó en pacientes en lista de espera para prótesis de cadera. Otro ECC realizado en Suecia ⁷ también demostró una mejoría significativa en el dolor y la limitación funcional que se mantenía a los 6 meses. La intervención se estructuró en cinco sesiones: una sesión individual, tres sesiones en grupo y una sesión de seguimiento a los dos meses. Se hace especial hincapié en que toda la información que se transmita al enfermo debe estar apoyada en evidencias científicas.

Educar bien parece importante pero no es sencillo. Rosemann et al ⁸ analizaron los problemas que planteaba la educación del paciente con artrosis desde el ámbito de Atención Primaria. Los médicos confesaban que con frecuencia se sentían frustrados al percibir que era muy difícil conseguir que el paciente introdujera cambios en su comportamiento. Los pacientes sentían que no recibían mensajes claros y no se les daban pautas y detalles concretos sobre lo que debían o no debían hacer. Actualmente se considera que la información más relevante no es la relacionada con la enfermedad (anatomía articular, explicar lo que es un osteofito...) sino la educación en el autocuidado que insiste en el papel central del paciente en el tratamiento. Hay que enseñarle las habilidades necesarias para afrontar su enfermedad médica y emocionalmente y mantener su papel social. Hay que estimular la autoeficacia y tratar de modificar el comportamiento. Es especialmente importante ser concreto. En la tabla 2 se muestran algunos de los principales mensajes que hay que transmitir a los pacientes con artrosis de cadera. En fases avanzadas y con gran limitación funcional se deben dar normas de protección articular.

PROGRAMAS DE EJERCICIOS

Con frecuencia las personas con artrosis reciben mensajes confusos sobre el ejercicio, sobre todo cuando el dolor aumenta con la actividad física y mejora con el reposo. Hace años se recomendaba reposo y “prudencia” en la realización de ejercicios. Existía el temor de que el movimiento aumentase los síntomas y/o el desgaste articular. Sin embargo, actualmente, todas las guías consideran al ejercicio físico como uno de los tratamientos básicos. Hay argumentos poderosos para recomendar programas de ejercicios a pacientes con artrosis:

1) Efectos del ejercicio sobre el cartílago articular. La capacidad de biosíntesis de los condrocitos responde a estímulos mecánicos y estos pueden alterar la morfología y composición del cartílago. En situaciones de inmovilización prolongada el cartílago articular se atrofia. En estudios longitudinales se observa que la actividad física aumenta el grosor del cartílago medido con resonancia magnética⁹. El ejercicio puede aumentar la síntesis de los proteoglicanos¹⁰. Los ejercicios de bajo impacto (caminar, bicicleta, ejercicios en el agua...) mantienen todos los efectos positivos relacionados con la actividad física y no implican riesgos (11). Sin embargo, es probable que algunos ejercicios sean perjudiciales para una articulación con cambios artrósicos, sobre todo aquellos que implican impactos de alta velocidad: correr, step aeróbico...

2) Repercusiones clínicas de la inactividad. La artrosis es la principal causa de limitación de la movilidad en ancianos¹². La inactividad prolongada produce desacondicionamiento físico y aumenta la morbilidad y la mortalidad. Localmente favorece la debilidad muscular y la limitación articular. El dolor y la limitación funcional tienen mayor relación con estos factores (desacondicionamiento físico, disminución del recorrido articular, debilidad muscular..) que con la artrosis radiológica¹³. Todos los efectos de la inactividad se pueden prevenir y son potencialmente reversibles mediante programas de ejercicios.

3) Ensayos clínicos sobre ejercicios. Se han publicado numerosos ECCA sobre ejercicios en artrosis de miembros inferiores pero pocos son específicos de artrosis de cadera. La primera revisión sistemática sobre eficacia de los ejercicios en coxartrosis la publicaron Ricci y Coimbra en 2006¹⁴. Localizaron 10 ECCA pero tres incluían ejercicios pre y postcirugía y sólo tres se centraban exclusivamente en pacientes con coxartrosis. Los autores concluyeron que, aunque todos los datos sugerían la eficacia de los ejercicios, la evidencia era insuficiente. Un metaanálisis posterior¹⁵ llega a

conclusiones similares. En 2008 se publica un metaanálisis de alta calidad metodológica¹⁶ en el que se incluyeron sólo ECCA que comparaban la eficacia de los ejercicios con un grupo control. Excluyeron los estudios sobre programas pre y postquirúrgicos. Localizaron 9 ECCA pero 7 combinaban pacientes con artrosis de cadera y rodilla. El gran mérito de este metaanálisis es que contactaron directamente con los autores de los estudios originales y pudieron separar los datos de los pacientes con artrosis de cadera y rodilla. La síntesis de resultados mostró mejoría significativa de los pacientes con artrosis de cadera que realizan programas de ejercicios respecto al grupo control. El tamaño del efecto (“effect size”) sobre el dolor fue moderado (0,38). El único estudio que no mostró resultados positivos fue el de Ravaud et al¹⁷. Este estudio se diferencia del resto en que fue el único donde los ejercicios no fueron enseñados por un profesional. A los pacientes se les recomendó realizar ejercicio y se les facilitó información impresa y un vídeo con el programa de ejercicios. El cumplimiento de los ejercicios fue muy bajo (sólo 1 de cada 3 pacientes refería hacerlos). Los autores del metaanálisis, al excluir este estudio, obtienen un tamaño del efecto algo mayor (0,46). Este efecto es discretamente inferior al de los AINE (0,69) y claramente superior al del paracetamol (0,2) según los datos publicados en la Guía de la Liga Europea de Reumatología (EULAR) (2). Los resultados de este metaanálisis son muy similares a los obtenidos en la revisión Cochrane sobre eficacia de los ejercicios en artrosis de rodilla¹⁸ a nivel del dolor y con un tamaño del efecto similar. Sin embargo no se observó una mejoría estadísticamente significativa en la limitación funcional. Varios metaanálisis más recientes¹⁹⁻²² llegan a conclusiones similares.

¿QUÉ PROGRAMAS DE EJERCICIOS RECOMENDAR?

Actualmente carecemos de datos que nos permitan establecer cuáles son los programas de ejercicios más eficaces. Los EC se han realizado en contextos muy diferentes (entrenamiento individual, instrucción en grupo, programas domiciliarios, ejercicios en suelo, acuáticos..) y con ejercicios muy variados (en modalidad, intensidad, duración...) lo que sugiere que hay varias opciones que pueden ser válidas. Se resumen las premisas que parecen más importantes para diseñar un programa de ejercicios que sea eficaz y fácil de aplicar en cualquier contexto asistencial:

1. No es suficiente recomendar al paciente que haga ejercicio y dar un folleto o un video informativo porque muy pocos seguirán las indicaciones. Es necesario una instrucción

directa sobre cómo realizar los ejercicios. Los ECC demuestran que algunas sesiones de adiestramiento por un fisioterapeuta y la continuación con ejercicios domiciliarios es una opción válida y costo-efectiva ²³.

2. Las tres alternativas principales de ejercicios (aeróbicos, de fortalecimiento y de flexibilidad) tienen como objetivo prevenir y revertir los efectos de la inactividad física pero lo consiguen a diferentes niveles. El ejercicio aeróbico actúa a nivel general, mejorando el desacondicionamiento físico. Las otras dos modalidades actúan a nivel local, mejorando la debilidad muscular regional (ejercicios de fortalecimiento) o la limitación de la movilidad (ejercicios de flexibilidad). Probablemente lo ideal es combinar las tres modalidades pero los ECCA más eficaces hacen énfasis en los ejercicios de fortalecimiento muscular ¹⁶.

3. Los ejercicios deben dirigirse a los déficits motores específicos. Los músculos glúteos (mayor y mediano) son estabilizadores de la cadera y son los más debilitados en pacientes con coxartrosis ²⁴. Estos músculos estabilizadores protegen las estructuras articulares minimizando el desplazamiento articular y facilitando la absorción de impactos. Su debilidad facilita la tendencia al flexo y el aducto de la cadera ²⁵. Se recomienda, por tanto, fortalecer los extensores (glúteo mayor) y abductores (glúteo mediano).

4. La limitación de la movilidad articular puede interferir con algunas actividades cotidianas. El movimiento que primero se afecta es la rotación interna y posteriormente la flexión. Los ejercicios de flexibilidad o estiramiento deben dirigirse a mantener estos rangos articulares. El estiramiento activo de un músculo mejora la flexibilidad de la cadera igual que el pasivo ²⁶ con la ventaja de que a la vez lo fortalece.

5. Los ejercicios que producen poca presión acetabular se toleran mejor y protegen el cartílago. Los estudios biomecánicos ²⁷ han demostrado que los ejercicios en decúbito producen mucha menor sobrecarga articular que los realizados en bipedestación. El ejercicio del puente es ideal para fortalecer los extensores ya que produce una mínima presión acetabular. Caminar también genera poca presión acetabular y ésta llega a ser mínima con la bicicleta estática. Los ejercicios realizados a velocidad lenta producen menos estrés acetabular, por el contrario la marcha lenta genera más presión acetabular que la marcha rápida.

6. En el seguimiento a 6 meses el efecto beneficioso del ejercicio disminuye y en algunos estudios casi se pierde ²⁸⁻³⁰. Sin embargo en otros estudios los resultados se mantienen e incluso mejoran después de varios meses ³¹⁻³³. Parece clave introducir

estrategias para facilitar el cumplimiento a medio-largo plazo. Ello implica simplificar al máximo las pautas de tratamiento: pocos ejercicios, sencillos y que no requieran instalaciones ni equipamiento. Los programas excesivamente amplios no han demostrado eficacia. Un programa que incluía 19 ejercicios³⁴ se mostró ineficaz en un ensayo clínico (EC)³⁵. Otro programa muy completo que incluía un gran número de ejercicios de fortalecimiento y estiramiento específicos de cadera tampoco se mostró eficaz³⁶.

PROGRAMAS DE EJERCICIOS PROPUESTOS

Se proponen 3 programas de ejercicios. Dos que se adaptan a las premisas indicadas en el apartado anterior y un tercero que incluye sólo ejercicios de movilidad de cadera y que forma parte de la escuela de cadera sueca⁷. Lo ideal es combinar cualquiera de estos programas con la recomendación de ejercicio aeróbico de bajo impacto (caminar o bicicleta) y hacer los ejercicios una vez al día todos los días o, al menos, tres días en semana.

El primer programa es muy sencillo, incluye sólo 6 ejercicios de fortalecimiento y estiramiento, y lo denominaremos básico. El segundo es más completo incluye un total de 9 ejercicios y lo denominaremos avanzado. El último programa está basado sólo en 6 ejercicios de estiramiento.

Programa Básico

Se basa en 6 ejercicios que se realizan en decúbito (supino, lateral y prono) para mejorar la fuerza muscular (principalmente de abductores y extensores) y la movilidad (flexión y rotaciones):

- Flexión de cadera en supino.
- Elevación de la pelvis.
- Rotación externa de cadera.
- Rotación interna de cadera.
- Glúteo medio decúbito lateral.
- Elevación de la pierna en extensión en prono.

Programa Avanzado

Es algo más completo que el anterior. Incluye los 6 ejercicios del programa anterior y añade otros 3 ejercicios.

- Flexión de cadera en supino.
- Elevación de la pelvis.
- Rotación externa de cadera.
- Rotación interna de cadera.
- Glúteo medio decúbito lateral.
- Elevación de la pierna en extensión en prono.
- Extensión de rodilla tumbado (cadera 90°)
- Estiramiento de cuádriceps y flexores de cadera.
- Elevación de la pierna en extensión.

Programa de estiramiento

Incluye 6 ejercicios de estiramiento activo que se realizan una vez al día.

- Flexión de cadera en sedestación o flexión de cadera en supino.
- Estiramiento de aductores en sedestación o estiramiento de aductores supino.
- Estiramiento de rotadores internos en sedestación.
- Estiramiento de rotadores externos en sedestación.
- Estiramiento de rotadores internos y externos de pie
- Estiramiento de flexores de cadera de pie.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dagenais S, Garbedian S, Wai EK. Systematic review of the prevalence of radiographic primary hip osteoarthritis. *Clin Orthop Relat Res.* 2009; 467(3):623-37.
2. Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther KP et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). *Ann Rheum Dis.* 2005;64(5):669-81.
3. Quintana JM, Arostegui I, Escobar A, Azkarate 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.
4. Superio-Cabuslay E, Ward MM, Lorig KR. Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment. *Arthritis Care Res.* 1996;9(4):292-301.
5. Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttorp MJ, Hilton L et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med.* 2005;143(6):427-38.
6. Giraudet-Le Quintrec JS, Coste J, Vastel L, Pacault V, Jeanne L, Lamas JP et al. Positive effect of patient education for hip surgery: a randomized trial. *Clin Orthop Relat Res.* 2003;(414):112-20.
7. Klässbo M, Larsson G, Harms-Ringdahl K. Promising outcome of a hip school for patients with hip dysfunction. *Arthritis Rheum.* 2003;49(3):321-7.
8. Rosemann T, Wensing M, Joest K, Backenstrass M, Mahler C, Szecsenyi J. Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis patients: the views of patients, general practitioners and practice nurses. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006 2;7:48.
9. Jones G, Ding C, Glisson M, Hynes K, Ma D, Cicuttini F. Knee articular cartilage development in children: a longitudinal study of the effect of sex, growth, body composition, and physical activity. *Pediatr Res.* 2003; 54(2):230-6.
10. Roos EM, Dahlberg L. Positive effects of moderate exercise on glycosaminoglycan content in knee cartilage: a four-month, randomized, controlled trial in patients at risk of osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2005 ;52(11):3507-14.
11. Hunter DJ, Eckstein F. Exercise and osteoarthritis. *J Anat.* 2009 ;214(2):197-207
12. O'Neill K, Reid G. Perceived barriers to physical activity by older adults. *Can J Public Health.* 1991;82(6):392-6.

13. Dekker J, van Dijk GM, Veenhof C. Risk factors for functional decline in osteoarthritis of the hip or knee. *Curr Opin Rheumatol*. 2009 Jun 22. [Epub ahead of print]
14. Ricci NA, Coimbra IB. Exercício físico como tratamento na osteoartrite de quadril: uma revisão de ensaios clínicos aleatórios controlados. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46(4):273-80.
15. McNair PJ, Simmonds MA, Boockock MG, Larmer PJ. Exercise therapy for the management of osteoarthritis of the hip joint: a systematic review. *Arthritis Res Ther*. 2009;11(3):R98.
16. Hernández-Molina G, Reichenbach S, Zhang B, Lavalley M, Felson DT. Effect of therapeutic exercise for hip osteoarthritis pain: results of a meta-analysis. *Arthritis Rheum*. 2008;59(9):1221-8.
17. Ravaud P, Giraudeau B, Logeart I, Laruier JS, Rolland D, Treves R et al. Management of osteoarthritis (OA) with an unsupervised home based exercise programme and/or patient administered assessment tools. A cluster randomised controlled trial with a 2x2 factorial design. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(6):703-8.
18. Fransen M, McConnell S. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (4):CD004376.
19. McNair PJ, Simmonds MA, Boockock MG, Larmer PJ. Exercise therapy for the management of osteoarthritis of the hip joint: a systematic review. *Arthritis Res Ther*. 2009;11(3):R98
20. Fransen M, McConnell S, Hernandez-Molina G, Reichenbach S. Exercise for osteoarthritis of the hip. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 8;(3):CD007912.
21. Fransen M, McConnell S, Hernandez-Molina G, Reichenbach S. Does land-based exercise reduce pain and disability associated with hip osteoarthritis? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage*. 2010 ;18(5):613-20.
22. Bennell KL, Hinman RS. A review of the clinical evidence for exercise in osteoarthritis of the hip and knee. *J Sci Med Sport*. 2010 Sep 16. [Epub ahead of print]
23. Tiffreau V, Mulleman D, Coudeyre E, Lefevre-Colau MM, Revel M, Rannou F. The value of individual or collective group exercise programs for knee or hip osteoarthritis. Clinical practice recommendations. *Ann Readapt Med Phys*. 2007 ;50(9):741-6, 734-40.
24. French HP, Gilsenan C, Cusack T. Gluteal muscle dysfunction and the role of specific strengthening in hip osteoarthritis: a review. *Phys Ther Rev* 2008; 13(5):333-44.

25. Arokoski JPA. Physical therapy and rehabilitation programs in the management of hip osteoarthritis. *Eura Medicophys.* 2005; 41:155-61,.
26. Winters MV, Blake CG, Trost JS, Marcello-Brinker TB, Lowe L, Garber MB et al. Passive versus active stretching of hip flexors muscles in subjects with limited hip extension: a randomized clinical trial. *Phys Ther* 2004; 84:800-7.
27. Tackson SJ, Krebs DE, Harris BA. Acetabular pressures during hip arthritis exercises. *Arthritis Care Res.* 1997;10(5):308-19.
28. Cochrane T, Davey RC, Matthes Edwards SM. Randomised controlled trial of the cost-effectiveness of water-based therapy for lower limb osteoarthritis. *Health Technol Assess.* 2005;9(31):iii-iv, ix-xi, 1-114.
29. Tak E, Staats P, Van Hespren A, Hopman-Rock M. The effects of an exercise program for older adults with osteoarthritis of the hip. *J Rheumatol.* 2005; 32(6):1106-13.
30. van Baar ME, Dekker J, Oostendorp RA, Bijl D, Voorn TB, Bijlsma JW. Effectiveness of exercise in patients with osteoarthritis of hip or knee: nine months' follow up. *Ann Rheum Dis.* 2001;60(12):1123-30.
31. Veenhof C, Köke AJ, Dekker J, Oostendorp RA, Bijlsma JW, van Tulder MW et al. Effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of the hip and/or knee: A randomized clinical trial. *Arthritis Rheum.* 2006;55(6):925-34.
32. Pisters MF, Veenhof C, Schellevis FG, De Bakker DH, Dekker J. Long-term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a randomized controlled trial comparing two different physical therapy interventions. *Osteoarthritis Cartilage.* 2010;18(8):1019-26.
33. Pisters MF, Veenhof C, Schellevis FG, Twisk JW, Dekker J, De Bakker DH. Exercise adherence improving long-term patient outcome in patients with osteoarthritis of the hip and/or knee. *Arthritis Care Res.* 2010 ;62(8):1087-94.
34. Fernandes L, Storheim K, Nordsletten L, Risberg MA. Development of a therapeutic exercise program for patients with osteoarthritis of the hip. *Phys Ther.* 2010;90(4):592-601.
35. Fernandes L, Storheim K, Sandvik L, Nordsletten L, Risberg MA. Efficacy of patient education and supervised exercise vs patient education alone in patients with hip osteoarthritis: a single blind randomized clinical trial. *Osteoarthritis Cartilage.* 2010;18(10):1237-43.

36. Juhakoski R, Tenhonen S, Malmivaara A, Kiviniemi V, Anttonen T, Arokoski JP. A pragmatic randomized controlled study of the effectiveness and cost consequences of exercise therapy in hip osteoarthritis. *Clin Rehabil.* 2011; 25(4):370-83.

Guías específicas de artrosis de cadera

- Hip Pain and Mobility Deficits—Hip Osteoarthritis (APTA 2009)
(http://jospt.org/issues/articleID.2324,type.34/article_detail.asp)
- Management of hip osteoarthritis (EULAR 2005)
(<http://ard.bmj.com/cgi/reprint/64/5/669>)*
- Guía de práctica clínica en artrosis de cadera (SERMEF, SECOT, SER, SEMERGEN, SEMG 2004)
(<https://www.todoparacetamol.info/>)*

Guías de artrosis de cadera y rodilla

- Osteoarthritis (NICE 2008)
(<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG059FullGuideline.pdf>)
- Osteoarthritis in peripheral joints- diagnosis and treatment (GAPC 2008)
(http://www.bcguidelines.ca/gpac/submenu_ra.html)
- Recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis (OARSI 2008)
(http://www.oarsi.org/pdfs/oarsi_recommendations_for_management_of_hip_and_knee_oa.pdf)
- Guideline for the nonsurgical management of hip and knee osteoarthritis (RACGP 2008)
(<http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/Arthritis/200812OsteoarthritisGuideline.pdf>).
- Tratamiento médico en personas de 55 años y mas con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada (MINSAL 2007)
(<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/artrosiscadera.pdf>)
- Evidence-bases recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip o Knee – the MOVE consensus (MOVE 2005)
(<http://rheumatology.oxfordjournals.org/cgi/reprint/44/1/67?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=1&andorexacttitle=and&andorexacttitleabs=and&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=44&firstpage=67&resourcetype=HWCIT>)
- Clínica practice guidelines for physical therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee (KNGF 2003)
(https://www.fysionet.nl/dossier_files/uploadFiles/EngOsteoarthrHKGI.n.pdf)
- Recommendations for the Medical Management of Osteoarthritis of the Hip and Knee (ACR 2000)
(<http://www.rheumatology.org/publications/guidelines/oa-mgmt/oa-mgmt.asp?aud=mem>)

Tabla 1. **Principales guías de práctica clínica en artrosis de cadera.** Ente paréntesis se incluyen las siglas de la organización responsable de la guía y el año de edición. Todas son de acceso libre a través de la web pero algunas (marcadas con un *) obligan a registrarse.

- **Enfoque positivo**. La limitación funcional y el dolor pueden mejorar o, al menos, permanecer estables. Muchos pacientes que afrontan correctamente el problema, mejoran con el paso del tiempo (evitar falsas ideas: enfermedad siempre progresiva, “nada se puede hacer”..).
- **Estudio diagnóstico**. Conocer los síntomas asociados con el movimiento y las posturas, explorar la cadera y una radiografía simple suelen ser suficientes para poder hacer un diagnóstico e iniciar el tratamiento. En algunos casos concretos puede ser necesario ampliar el estudio con otras pruebas complementarias.
- **Autoeficacia**. Con medidas simples suele ser posible controlar y mejorar el dolor y la limitación funcional.
- **Soporte de peso**. Para la articulación de la cadera, soportar el peso corporal es positivo y necesario. Hay que intentar conseguir el nivel óptimo de carga: ni mucha ni poca. Hay que evitar que el dolor aumente tras la actividad, ya que indica que nos hemos excedido.
- **Evitar el desacondicionamiento físico progresivo y la inactividad**. Para la cadera, y para la salud general, es muy importante mantener la forma física. Lo ideal es llegar a conseguir realizar una actividad física moderada de unos 30 minutos al día (se pueden distribuir en 2 ó 3 periodos).
- **Fuerza y movilidad**. Es importante mantener la flexibilidad de la cadera y la fuerza de los músculos que rodean la articulación.
- **Prótesis de cadera**. Si, a pesar de todo, el dolor y la limitación funcional progresan, sustituir la articulación con una prótesis es una buena opción.

Tabla 2. **Educación del paciente con coxartrosis**. Algunos de los principales mensajes que se pueden transmitir a los pacientes con artrosis sintomática de la cadera. Adaptado de referencia 7.