II. Lista completa de recomendaciones y otros enunciados

N°	Enunciado	Tipo
	Diagnóstico	
Pregunta 1: En pacientes con sospecha clínica de osteoartritis (OA), ¿está indicada la solicitud de imágenes radiológicas para confirmar OA?		
1.1	En pacientes con sospecha clínica de osteoartritis (OA), no se deberían solicitar imágenes radiológicas de forma rutinaria para la confirmación diagnóstica.	BPC
1.2	En pacientes con sospecha clínica de OA, considerar el uso de imágenes radiológicas si presentan alguna de las siguientes características que sugieren otro diagnóstico: - Pacientes jóvenes con síntomas/signos de OA. - Pacientes con historia de fractura confirmada. - Pacientes con alteración del eje femorotibial. - Pacientes con características atípicas como signos de inflamación articular, dolor marcado al reposo o en la noche, dolor rápidamente progresivo. - Pacientes con pérdida de peso o síntomas constitucionales.	BPC
1.3	En pacientes con sospecha de OA, realizar el diagnóstico clínico de OA en los que cumplan los siguientes tres criterios: - Tener 45 años o más. - Tener dolor articular persistente relacionado al uso de la articulación. - No tener rigidez articular matutina, o tener rigidez articular matutina que no dure más de 30 minutos.	BPC
	Medidas Generales	
Pregunta 2: En pacientes con OA, ¿se debería brindar intervenciones de educación y/o autocuidado sobre su enfermedad?		
2.1	En pacientes con OA, **recomendamos** brindar un plan individualizado de medidas de educación y autocuidado.	**Fuerza de la recomendación:** Fuerte **Certeza de la evidencia:** Moderada ⊕⊕⊕◯
2.2	Este plan debería ser brindado tanto a los pacientes como a sus cuidadores y familiares, y debería incluir: - Información general sobre la enfermedad: qué es la OA, cuál es su pronóstico, y cuáles son sus opciones de tratamiento. - Recomendaciones de autocuidado: disminución de peso, uso de calzado adecuado y realización de actividad física (como ejercicios aeróbicos de bajo impacto y estiramientos).	BPC
2.3	En adultos con OA, aplicar los tres principios de la toma de decisiones compartida (1: evidencia, 2: valores y preferencias del paciente, 3: circunstancias clínicas) para acordar un plan con el paciente y sus familiares. Explicar y discutir los beneficios y daños de las opciones de tratamiento, asegurando que la información proporcionada sea entendida.	BPC

N°	Enunciado	Tipo
2.4	Sobre los seguimientos de rutina a pacientes con OA: - Los pacientes con diagnóstico de OA deben ser evaluados de manera temprana por los servicios de medicina física y rehabilitación y, según el índice de masa corporal, por el servicio de nutrición. - Realizar seguimientos, al menos con periodicidad anual, en todo adulto con OA sintomática para monitorizar sus síntomas y el impacto de éstos en su vida, la evolución de su condición, la efectividad del tratamiento, y la tolerancia de los síntomas. Además, para brindar información de autocuidado y discutir los conocimientos, preocupaciones, preferencias y posibilidades para acceder a los servicios de salud. Este seguimiento deberá ser realizado por el médico general, internista o de familia, según nivel de atención. Si se detectara evolución desfavorable deberá ser referido al médico de medicina física y rehabilitación según las recomendaciones de esta guía. - Según criterio clínico y disponibilidad, en algunos pacientes con OA sintomática se puede realizar un seguimiento trimestral. Especialmente a aquellos que presenten alguna de las siguientes características: o Dolor articular persistente a pesar de recibir tratamiento. o Más de una articulación con síntomas (dolor, aumento de volumen, etcétera). o Más de una comorbilidad. o Uso de varios medicamentos o de medicamentos a altas dosis.	BPC
Pregunta 3: En pacientes con OA, ¿se debería indicar la realización de ejercicio físico?		
3.1	En pacientes con OA, **recomendamos** indicar la realización de ejercicio físico.	**Fuerza de la recomendación:** Fuerte **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯
3.2	El ejercicio físico debe incluir fortalecimiento muscular local, estiramiento y actividad aeróbica general (especialmente de bajo impacto).	BPC
3.3	El plan de ejercicio físico terapéutico supervisado o no, debe ser individualizado según la edad del paciente, sus comorbilidades, gravedad del dolor o discapacidad para su aplicación institucional y domiciliaria.	BPC
3.4	Enseñar una rutina de ejercicio físico al paciente para que pueda continuarlo en su domicilio al término del plan ofrecido institucionalmente.	BPC
Pregunta 4: En pacientes con OA y sobrepeso/obesidad, ¿se debería indicar intervenciones para bajar de peso?		
4.1	En pacientes con OA que tienen obesidad o sobrepeso, **sugerimos** ofrecer intervenciones para lograr la pérdida de peso.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional

N°	Enunciado	Tipo
		Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯
Pregunta 5: En pacientes con OA, ¿se debería indicar el uso de ortesis?		
5.1	De ser necesario el uso de algún tipo de ortesis para disminuir el dolor y/o aumentar la adherencia al plan de ejercicio físico, buscar asesoramiento con la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación.	BPC
5.2	Como parte del manejo de OA de miembros inferiores, considerar el uso de calzado adecuado.	BPC
5.3	Los dispositivos de asistencia (como bastones) se deben indicar en personas que tienen problemas específicos con actividades de la vida diaria.	BPC
Manejo farmacológico		
Pregunta 6: En pacientes con OA, ¿se debería indicar AINE para el manejo de dolor?		
6.1	En pacientes con OA que requieran usar algún fármaco para el manejo del dolor, **sugerimos** usar antinflamatorios no esteroideos (AINE) orales.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Muy baja ⊕◯◯◯
6.2	Utilizar fármacos solo cuando sea necesario para aliviar el dolor y/o para facilitar la instauración de las medidas no farmacológicas como el ejercicio.	BPC
6.3	Al indicar un fármaco, prescribir la dosis* mínima efectiva por el menor tiempo posible y de manera intermitente. *Dosis recomendadas: - Naproxeno: Dosis inicial recomendada de 550mg, luego 550mg cada 12 horas o 275mg cada 8-12 horas. Dosis máxima 1100mg por día. - Ibuprofeno: Dosis de 200 - 400mg, hasta un máximo de 3 veces al día en caso sea necesario. Mantener un intervalo mínimo de cuatro horas entre dosis de 200mg y de seis horas entre dosis de 400mg y no tomar más de 1200mg en un periodo de 24 horas. - Indometacina: Dosis de 25mg cada 8 horas.	BPC
6.4	Considerar las contraindicaciones* así como las comorbilidades del paciente, al decidir iniciar un AINE. *Contraindicaciones según la ficha técnica de DIGEMID: - Hipersensibilidad al principio activo o alguno de los excipientes. - Antecedentes de broncoespasmo, asma, rinitis o urticaria asociados con ácido acetilsalicílico u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). - Antecedentes de úlcera péptica / hemorragia existente o recurrente (dos o más episodios diferentes de ulceración o hemorragia comprobada).	BPC

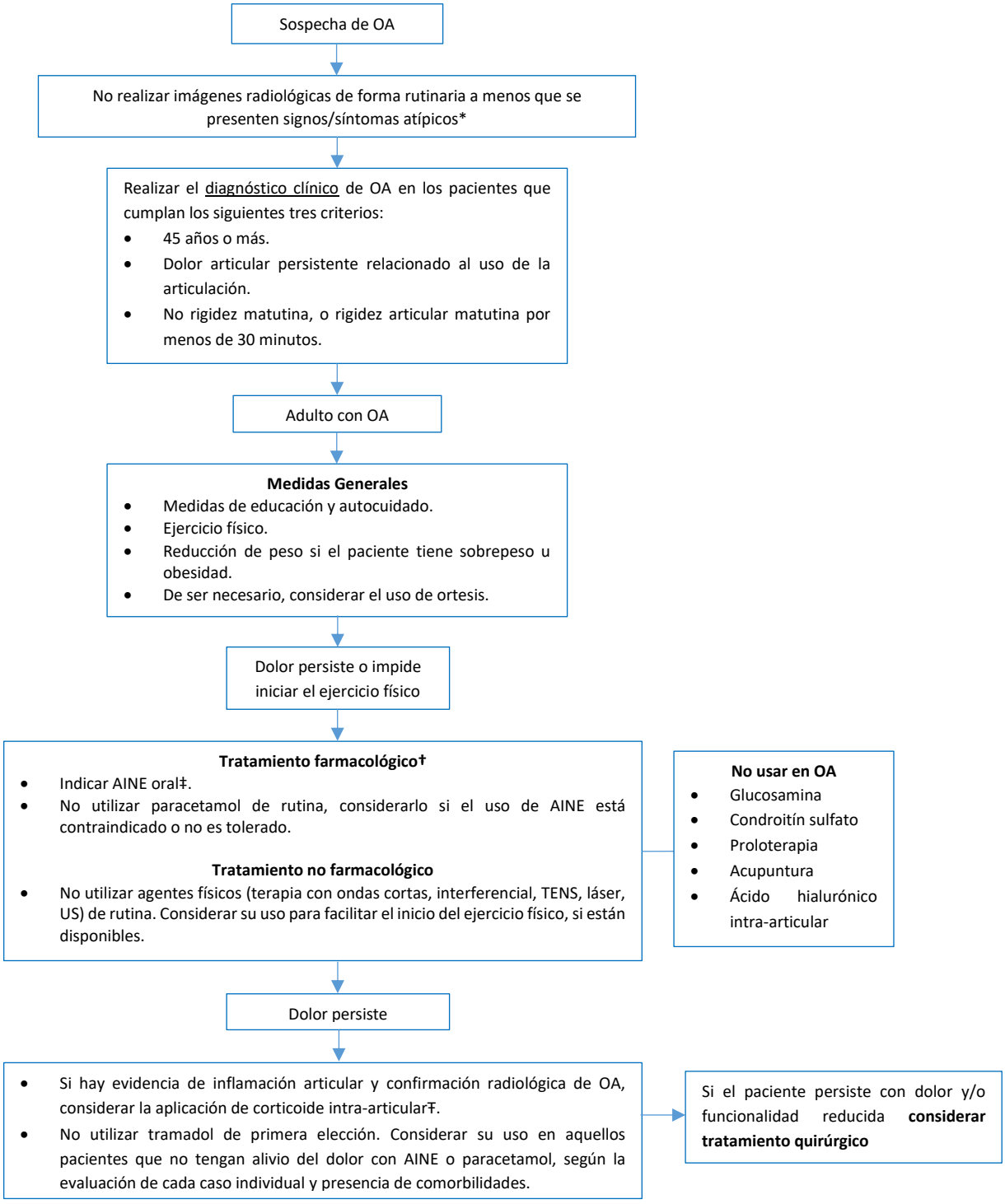
N°	Enunciado	Tipo
	- Antecedentes de hemorragia o perforación gastrointestinal causada por un tratamiento previo con AINE. - Disfunción hepática grave. - Insuficiencia renal grave. - Insuficiencia cardíaca severa (NYHA IV). Pacientes con deshidratación severa. - Trastorno de la coagulación sanguínea. - Hemorragia cerebrovascular o de otro tipo. - Embarazo en el tercer trimestre.	
6.5	Al indicar un AINE oral, considerar el uso concomitante de un inhibidor de bomba de protones (IBP) en los siguientes casos: - Paciente mayor de 65 años. - Requiere terapia con un AINE a dosis altas - Utiliza de manera concomitante glucocorticoides, anticoagulantes, ácido acetilsalicílico a dosis bajas u otros antiagregantes, o - Tiene antecedente de úlcera péptica no complicada.	BPC
Pregunta 7: En pacientes con OA, ¿se debería indicar paracetamol para el manejo de dolor?		
7.1	En pacientes con OA que requieran usar algún fármaco para el manejo del dolor, **sugerimos no** usar paracetamol de manera rutinaria.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯
7.2	Se podría considerar el uso de paracetamol para el manejo de dolor en pacientes que no toleren un AINE o en los que tengan contraindicaciones para su uso.	BPC
Pregunta 8: En pacientes con OA, ¿se debería indicar tramadol para el manejo de dolor?		
8.1	En pacientes con OA que requieran usar algún fármaco para el manejo del dolor, **sugerimos no** usar tramadol como primer fármaco para este fin.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Baja ⊕⊕◯◯
8.2	En pacientes con OA que no tengan alivio del dolor al utilizar un AINE o paracetamol, se podría considerar el uso de tramadol, según la evaluación de cada caso individual y presencia de comorbilidades.	BPC
Pregunta 9: En pacientes con OA, ¿se debería indicar el uso de glucosamina y/o condroitín sulfato?		
9.1	En pacientes con OA, **sugerimos no** usar glucosamina ni condroitín sulfato para el manejo de la OA.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Muy baja ⊕◯◯◯
Pregunta 10: En pacientes con OA, ¿se debería indicar el uso de corticoides intra-articulares?		

N°	Enunciado	Tipo
10.1	En pacientes con OA de rodilla con dolor y que no respondan a los AINE, **sugerimos** considerar la aplicación de corticoide intra-articular para el manejo agudo del dolor.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Muy baja ⊕◯◯◯
10.2	En pacientes con OA de cadera con dolor y que no respondan a los AINE, **sugerimos** considerar la aplicación de corticoide intra-articular para el manejo agudo del dolor, bajo guía ecográfica.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Muy baja ⊕◯◯◯
10.3	Al aplicar un corticoide intra-articular, utilizar triamcinolona acetónido 40mg para las articulaciones de rodilla y cadera. La dosis máxima por tratamiento es de 80mg (2 articulaciones a la vez).	BPC
10.4	Explicar al paciente que la aplicación de corticoide intra-articular solo le proveerá alivio de dolor a corto plazo (2-10 semanas).	BPC
10.5	No considerar el uso de corticoide intra-articular si no se tiene evidencia de confirmación radiológica de OA e inflamación activa.	BPC
10.6	Valorar cautelosamente la frecuencia y el tiempo total a administrar el corticoide intra-articular debido a los potenciales eventos adversos asociados a su uso frecuente. Procurar un intervalo no menor de 4-6 meses, entre una aplicación y otra.	BPC
10.7	No considerar el uso de un corticoide intra-articular si se planea realizar un reemplazo articular total en un tiempo menor de 3 meses, ya que podría aumentar el riesgo de infección de la prótesis.	BPC
Pregunta 11: En pacientes con OA, ¿se debería indicar el uso de inyecciones intra-articulares de ácido hialurónico?		
11.1	En pacientes con OA, **recomendamos no** utilizar ácido hialurónico intra-articular.	**Fuerza de la recomendación:** Fuerte **Certeza de la evidencia:** Moderada ⊕⊕⊕◯
Pregunta 12: En pacientes con OA, ¿se debería indicar el uso de proloterapia?		
12.1	En pacientes con OA, **sugerimos no** usar proloterapia para el manejo de la OA.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional **Certeza de la evidencia:** Muy baja ⊕◯◯◯
Manejo no farmacológico		
Pregunta 13: En pacientes con OA, ¿se debería indicar el uso de agentes físicos (terapia con ondas cortas, terapia interferencial, estimulación eléctrica transcutánea, láser, ultrasonido)?		

N°	Enunciado	Tipo
13.1	En pacientes con OA sugerimos no indicar agentes físicos (terapia con ondas cortas, interferencial, TENS, láser, ultrasonido) como única medida para el manejo de dolor.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional ⊗ **Certeza de la evidencia:** Muy baja ⊕◯◯◯
13.2	Según la indicación del especialista en Medicina Física y Rehabilitación, se podrían utilizar agentes físicos (terapia con ondas cortas, interferencial, TENS, láser, ultrasonido) para facilitar el inicio del ejercicio físico, en los lugares en donde se encuentren disponibles.	BPC 💡
Pregunta 14: En pacientes con OA, ¿se debería indicar el uso de acupuntura?		
	En pacientes con OA, **sugerimos no** usar acupuntura para el manejo de la OA.	**Fuerza de la recomendación:** Condicional ⊗ **Certeza de la evidencia:** Muy baja ⊕◯◯◯
Manejo quirúrgico		
Pregunta 15: En pacientes con OA, ¿cuándo se debe indicar el tratamiento quirúrgico?		
15.1	En pacientes con OA, considerar el tratamiento quirúrgico cuando las terapias farmacológicas y no farmacológicas no logren controlar el dolor y la limitación de la funcionalidad.	BPC 💡
15.2	Para la indicación de tratamiento quirúrgico es necesaria una opinión previa del médico reumatólogo y/o del médico de medicina física y rehabilitación.	BPC 💡
15.3	Los pacientes que serán referidos para manejo quirúrgico deben recibir terapia física de fortalecimiento muscular guiado por el especialista de medicina física y rehabilitación.	BPC 💡
15.4	En pacientes con indicación quirúrgica, evaluar y controlar en lo posible, los factores asociados a peores resultados postquirúrgicos como: ausencia de soporte social, ansiedad, depresión, dolor lumbar, sobrepeso/obesidad, hipotrofia muscular y comorbilidades como osteoporosis.	BPC 💡
15.5	En pacientes candidatos a cirugía, brindar la siguiente información: - Beneficios y riesgos de la cirugía - Las posibles consecuencias de no realizar la cirugía - Las posibles consecuencias de la cirugía - El proceso de recuperación y rehabilitación después de la cirugía	BPC 💡

III. Flujogramas

Flujograma 1. Diagnóstico y manejo de pacientes con osteoartritis (OA)



OA: Osteoartritis. US: Ultrasonido. TENS: Estimulación eléctrica transcutánea.

*Signos/síntomas atípicos: Pacientes con historia de fractura confirmada, alteración del eje femorotibial, signos de inflamación articular, dolor marcado al reposo o en la noche, dolor rápidamente progresivo, pérdida de peso, síntomas constitucionales o pacientes jóvenes con síntomas de OA.
†Prescribir la dosis mínima efectiva por el menor tiempo posible y de manera intermitente.
‡Considerar el uso concomitante de un inhibidor de bomba de protones (IBP) si el paciente es mayor de 65 años, requiere terapia con un AINE a altas dosis, utiliza de manera concomitante glucocorticoides, anticoagulantes, ácido acetilsalicílico a dosis bajas u otros antiagregantes, o si tiene antecedente de úlcera péptica no complicada.
₸Valorar cautelosamente la frecuencia a administrar un corticoide intra-articular. Procurar un intervalo de 4 a 6 meses entre una aplicación y otra.