
	GUIA CLINICA ARTROSIS DE RODILLA		Código	
			GS-DC-022	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 1 de 13

TABLA DE CONTENIDO

1.	DEFINICIÓN DE LAS PATOLOGÍAS	
	2	
2.	OBJETIVO	3
3.	ALCANCE	3
4.	RESPONSABILIDAD	
	3	
5.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	
	4	
6.	GUÍA DE MANEJO	4
	6.1 Enfoque General	
	4	
	6.2 Procedimientos	4
	6.2.1 Evaluación.	5
	6.2.2 Identificación de signos de alarma.	7
	6.2.3 Listado de necesidades específicas.	
	7	
	6.2.4 planteamiento del objetivo retador.	8
	6.2.5 Planteamiento de objetivos por disciplina	8
	6.2.6 Abordaje por fases de rehabilitación.	
	8	
	6.3 Criterios de Egreso	
	9	
	6.4 Criterios de educación postural y causas de origen.	
	9	
	6.5 Criterios de falla y exclusión	11

	GUIA CLINICA ARTROSIS DE RODILLA		Código	
			GS-DC-022	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 2 de 13

7 BIBLIOGRAFIA

12

GUÍA DE MANEJO

ARTROSIS DE RODILLA

1. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

La artrosis de rodilla (M17) Es una enfermedad crónica que se caracteriza por el deterioro paulatino del cartílago de las articulaciones de la rodilla. Este deterioro conduce a la aparición de dolor con la actividad física, incapacidad variable para caminar y permanecer de pie, así como a deformidad progresiva de la rodilla.

La artrosis es la enfermedad reumática más frecuente. De hecho, a partir de los 50 años, más del 70 % de la población tiene manifestaciones radiológicas de esta enfermedad¹. Por fortuna, solamente una pequeña porción de las personas que tienen manifestaciones artrósicas en las radiografías, presenta síntomas de artrosis². Es muy importante distinguir entre las manifestaciones radiológicas artrósicas –prácticamente universales a partir de determinada edad–, de la artrosis como enfermedad que cursa con dolor, rigidez e incapacidad.


La artrosis de rodilla de causa desconocida, se le conoce como artrosis de rodilla primaria; La artrosis secundaria, es aquella que se genera por un factor determinado tal como un trauma.

El manejo médico de la artrosis se soporta en la terapéutica farmacológica analgésica /antiinflamatoria, y la derivación al tratamiento fisioterapéutico.

Siendo fallido el manejo conservador, la intervención a seguir es quirúrgica.

¹ Paulino J, Pinedo A, Wong C, Crespo D. Estudio general de la frecuencia de las enfermedades reumáticas en una población determinada con fines epidemiológicos. Rev Esp Reumatol 1982; 9: 1-8

² GUTFRAIND, ERNESTO. LA ARTROSIS. Título Epidemiología. Tomado de <http://www.bgb-biogen.com/reumatologia/capitulo1.pdf>. Revisión 140416.

	GUIA CLINICA ARTROSIS DE RODILLA		Código	
			GS-DC-022	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 3 de 13

En Aficenter la artrosis de rodilla como diagnóstico pre quirúrgico y postquirúrgico, representa el 2% de las causas de consulta, siendo evidente en 20 casos incidentes durante el 2019³

2. OBJETIVO

Facilitar la rehabilitación integral del usuario con diagnóstico de Artrosis de Rodilla generando un incremento en la funcionalidad dentro de las actividades de la vida diaria en las que se desempeña y su participación en los diversos contextos.


3. ALCANCE

- Brindar al personal clínico terapéutico y demás integrante del grupo rehabilitador, una orientación para el manejo y seguimiento de los pacientes con patología de Artrosis de Rodilla.
- Conocer los signos de alarma en el paciente con patología de Artrosis de Rodilla.
- Dar a conocer los criterios de falla y exclusión del tratamiento desde rehabilitación para el paciente con patología de Artrosis de Rodilla.
- Plantear criterios de egreso y pautas de educación postural – prevención de causas de origen.

4. RESPONSABILIDAD

- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional
- Auxiliar de rehabilitación

³ Estadística descriptiva, del 2019 AFICENTER, principales causas de consulta.

	GUIA CLINICA ARTROSIS DE RODILLA		Código	
			GS-DC-022	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 4 de 13

- Demás integrantes del grupo rehabilitador (psicólogo, trabajador social, etc.)

5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

5.1 Criterios de Contra referencia: son los indicadores clínicos valorados que debe presentar un paciente una vez finalice el tratamiento fisioterapéutico, también pueden ser llamados criterios de egreso.

5.2 Criterios de Falla: Son los signos o síntomas presentados por el paciente en el proceso de rehabilitación, que obligarían a detener o abortar el tratamiento.

5.3 Escala Análoga del Dolor (EAD): Herramienta empleada para medir la intensidad del dolor, con calificación de 0 a 10, donde: 0 no presencia de dolor, 10 dolor máximo.


5.4 Escala FIM: Escala de medición porcentual de la funcionalidad del nivel de independencia y participación en las actividades de la vida diaria

6. GUÍA DE MANEJO

6.1 Enfoque General

El enfoque de abordaje será el enfoque sistémico ecológico, donde se buscará la potenciación de cadenas musculares, la reeducación de cadenas cinéticas funcionales y la recuperación de la función articular de la rodilla, así como su involucración en las actividades que requieran la participación de la rodilla y las extremidades inferiores; favoreciendo el aumento de la participación en el contexto laboral, social y familiar.

El abordaje de la rehabilitación de la rodilla bajo el METODO AFICENTER, considera como pilar de la intervención el fortalecimiento del CORE como pivote para el movimiento de las extremidades inferiores. Dentro de los principios generales tenemos que: Los movimientos de flexión y extensión de rodilla como actividad de cinesiterapia no se ejecutaran en la fase I de rehabilitación, pero si se deberá alcanzar la movilidad esperada de acuerdo al protocolo, es decir, se trabaja movilidad, pero no movimientos repetitivos de modo que se minimicen las posibilidades de alterar los procesos de cicatrización tisular propios de cada estructura. El fortalecimiento del CORE y del CUADRICEPS se progresará inicialmente con ampliación del rango de movimiento y posteriormente el aumento de cargas externas desde proximal hacia distal según los principios de las palancas biomecánicas, que deberán ajustar los brazos de palanca de acuerdo al estadio clínico y respuesta al tratamiento por parte del usuario. Se deberá tener en cuenta que ante alteraciones ligamentarias el propio peso de la extremidad (fémur- tibia), con relación

	GUIA CLINICA ARTROSIS DE RODILLA		Código	
			GS-DC-022	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 5 de 13

al plano de movimiento en que se ejecute la acción, puede convertirse en un factor de riesgo para la rehabilitación.

6.2 Procedimientos

Evaluación, identificación de signos de alarma, listado de necesidades específicas, planteamiento de objetivo retador, planteamiento de objetivos por disciplina, abordaje por fases de rehabilitación, egreso con recomendaciones, seguimiento al egreso (de ser necesario).

6.2.1 Evaluación.


Observación: Asimetrías musculares intermusculares (Hamstring – Cuádriceps-Gastrosoleos), presencia de edema, postura estática y dinámica, presencia de tibia desalineada (vara o valga) posicionamiento de la patela, determinación de postura de los pies, determinación de postura del fémur, cambios tróficos o crónicos en la piel, presencia de cicatrices, simetría intramuscular en cuádriceps (entre los vientres de los cuádriceps), determinación de ángulo Q.

Palpación: Espasmos peri articulares, edema en fascia lata, agresión del compartimiento femoro-tibial interno, tumefacción tisular, puntos de dolor, zonas con alteración de la sensibilidad, tensión de los retinaculos del cuádriceps, inserción de los tendones anserinos. Inflamación en la hofa infrapatelar, inflamación o rigidez en la bursa prepatelar.

Examen de la movilidad articular: Identificación de movimiento limitado y cuantificación del ángulo de limitación empleando goniometría en la rodilla; determinación de la movilidad en función de cadera y tobillo. Determinación de la movilidad patelar en los siguientes movimientos: elevación- descenso, lateralización – medialización, rotación lateral – rotación medial, inclinación medial- inclinación lateral.

Examen muscular: Valoración de la fuerza muscular comparando los siguientes pares musculares:

- Abdominales vs paravertebrales.
- Flexores, aductores y rotadores laterales de cadera vs extensores, aductores y rotadores mediales.
- Cuádriceps vs Armstrong

	GUIA CLINICA ARTROSIS DE RODILLA		Código	
			GS-DC-022	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 6 de 13

- Plantiflexores vs Dorsiflexores
- Invertores vs Evertores de tobillo

Para la evaluación de la fuerza, se empleará el examen muscular manual de Daniels⁴ calificando x/5.

Examen de la flexibilidad. Valoración de la flexibilidad en los siguientes músculos:

- Tensor de la fascia lata incluyendo fascia lata.
- Recto femoral e iliopsoas
- Aductores de cadera.
- Rotadores de cadera
- Cuádriceps.
- Hamstring.
- Gastrosoleos incluyendo tendón de Aquiles.
- Tibial posterior
- Intrínsecos del pie

La valoración se registrará en índice de flexibilidad porcentual (rango obtenido/rango de movilidad esperado x 100).


Examen de la función: Evaluar el desempeño de la rodilla y las extremidades inferiores en las siguientes actividades: caminar (describir patrón de marcha y cadencia), subir escaleras, trotar, agacharse, patear el balón y gesto laboral/deportivo.

Además, se evaluará

Los calificativos son: Funcional – Semifuncional – Disfuncional.

Examen del Desempeño Ocupacional: Evaluar en nivel de independencia en las actividades de autocuidado, productivas o del trabajo y de ocio/tiempo libre, teniendo en

⁴ Daniels L, Catherine Worthingham. 2014. Pruebas Funcionales Musculares. Tomado de:
<http://es.slideshare.net/iPhysioEdu/pruebas-funcionales-musculares-lucille-daniels-catherine-worthingham>

	GUIA CLINICA ARTROSIS DE RODILLA		Código	
			GS-DC-022	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 7 de 13

cuenta la limitación en la actividad y la restricción en la participación. (Lo anterior está relacionado con lo descrito en la CIF)

Pruebas especiales⁵: Compresión Patelar, prueba de derrame de líquido sinovial en patela, determinación del ángulo Q, cajón anterior.

6.2.2 Identificación de signos de alarma.

Posterior a la valoración se identificará la presencia de signos de alarma y condiciones que no son de manejo para rehabilitación integral desde el diagnóstico de Artrosis de Rodilla; tales como:


- Lesión ligamentaria inestable en la rodilla.
- Luxación Patelar
- Fracturas osteocondrales.
- Artritis séptica

6.2.3 Listado de necesidades específicas.

Partiendo de la evaluación exhaustiva se hará un listado de necesidades específicas, las cuales se solucionarán con la intervención; como ejemplo se anota:

1. *Edema GII en rodilla que genera una disimetría de 2.2 cms.*
2. *Rotación y elevación Patelar unilateral der.*
2. *Espasmo GII en cuádriceps a nivel del vasto lateral*
3. *Retracción recto femoral y tensor de la fascia lata, generando una asimetría en su índice flexibilidad correspondiente al 40 %*
4. *Asimetría muscular en par de fuerzas intramusculares de cuádriceps vasto lateral (4/5) – vasto medial (-3/5)*

⁵ Gerstner J. 2011 Semiología del aparato locomotor. Cali. Colombia. 13 edición. Editorial Celsus.

	GUIA CLINICA ARTROSIS DE RODILLA		Código	
			GS-DC-022	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 8 de 13

6. Limitación para subir más de 20 escalones por dolor, así misma limitación para permanecer más de 15 minutos continuos de pies.

7. Patrón de marcha antalgico, con salto ante el apoyo de la extremidad afectada y disminución del tiempo de apoyo de la misma, cadencia 70 pasos por minuto.

6.2.4 Planteamiento del objetivo retador.

Partiendo de la evaluación, de la identificación de las necesidades, y de las expectativas del paciente y su familia, se diseñará un objetivo general e interdisciplinar que oriente el proceso de rehabilitación.

6.2.5 Planteamiento de objetivos por disciplina


Se diseñarán buscando que lleven al alcance del objetivo retador, deberá ser coherente con la solución de las necesidades específicas y deberá tener en cuenta la participación del paciente. Cada objetivo deberá ser medible con indicadores de mejoría.

6.2.6 Abordaje por fases de rehabilitación.


La intervención se realizará buscando llevar el proceso de recuperación según las fases planteadas y reconociendo los indicadores respectivos para progresar en la fase de rehabilitación.

Total, de sesiones estimadas para realizar 3 fases de la rehabilitación: 15 sesiones

FASE DE REHABILITACION	SEMANAS	N° DE SESIONES	INDICADORES DE EVALUACION
FASE I	1-2 semana	6	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad Patelofemoral completa • Movilidad femorotibial flexión 130° o al mayor ángulo que tolere el paciente, extensión 0° • Dolor menor o igual a 5/10 en escala análoga subjetiva de percepción del dolor al movilizar en rangos extremos de flexión y extensión. • Marcha sin muletas u otra ayuda

	GUIA CLINICA ARTROSIS DE RODILLA		Código	
			GS-DC-022	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 9 de 13

			<p>externa, escasa cojera. Cadencia mínima 70 pasos por minuto</p> <ul style="list-style-type: none"> Fuerza coxofemoral > +3/5 Fuerza estabilizadores CUADRICEPS > +3/5 ISQUIOTIBIALES >3/5
FASE II	3-4 semanas	2	<ul style="list-style-type: none"> Movilidad Patelofemoral y femorotibial completa. Se restablece la hiperextensión de rodilla si la hay preexistente. Dolor menor o igual a 4/10 en escala análoga subjetiva de percepción del dolor al movilizar en rangos extremos de flexión y extensión. Marcha sin cojera. cadencia funcional 3 km/h, durante el patrón de marcha en la fase de despegue no debe realizar movimientos angulares de rodilla (valgo) Fuerza coxofemoral > 4/5 Fuerza estabilizadores CUADRICEPS > 4/5 ISQUIOTIBIALES >+3/5
FASE III	5 semanas	2	<ul style="list-style-type: none"> Movilidad Patelofemoral y femorotibial completa con hiperextensión de rodilla. Dolor menor o igual a 2/10 en escala análoga subjetiva de percepción del dolor al movilizar en rangos extremos de flexión y extensión. Marcha con cadencia funcional > 3 km/h Tolera ascenso de escaleras en alternancia pie por escalón. Tolera cuclillas funcionales medias. Fuerza coxofemoral > +4/5 Fuerza estabilizadores

	GUIA CLINICA ARTROSIS DE RODILLA		Código	
			GS-DC-022	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 10 de 13

			CUADRICEPS > +4/5 ISQUITIBIALES > 4/5 • CONOCE PLAN CASERO, criterios de educación postural y prevención de causas de origen.
--	--	--	---

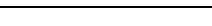
6.3 Criterios de Egreso


- Identificar en la evaluación alguno de los **criterios de falla o exclusión** antes mencionados.
- El cumplimiento de 7/8 indicadores de fase III de rehabilitación
- **Conocimiento del plan casero y prevención de causas de origen:** El paciente conoce y practica plan casero de ejercitación propuesto por grupo rehabilitador tratante. Así mismo el paciente conoce los criterios de educación postural y causas de origen.

6.4 Criterios de educación postural y causas de origen.


La educación básica que debe recibir un paciente que padece de una **artrosis de rodilla** es la siguiente:

Recomendaciones	¿Para qué? / ¿Por qué?
Debe evitarse permanecer mucho tiempo caminando o de pie. Es más conveniente dar varios paseos cortos que uno largo	Para evitar la impactación articular resultante de la fatiga muscular
Si una pierna es más larga que la otra, suele ser útil la corrección mediante el uso de alzas adecuadas en el calzado.	Para evitar que la pierna más larga reciba una mayor carga articular y un mayor daño en el cartílago de la rodilla.
Alcanzar el peso ideal (IMC 25Kg/M2), el sobrepeso y La obesidad es perjudicial para la salud y especialmente peligrosa para la evolución de la artrosis de rodillas, ya que éstas deben aguantar el peso del cuerpo.	Para prevenir sobrecarga en las rodillas por peso corporal agregado.
Se debe evitar subir y bajar escaleras en exceso. Procure el uso solo en los casos	Pues las escaleras aumentan la carga en la parte anterior de la rodilla, predisponiendo a

	GUIA CLINICA ARTROSIS DE RODILLA		Código	
			GS-DC-022	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 11 de 13

<p>necesarios.</p> <p>Al subir escaleras, apoye un brazo del apoya brazo, no lleve cargas adicionales y suba las escaleras con el cuerpo rotado ligeramente hacia un lado, alterne la rotación cada 20 escalones.</p>	<p>la aparición de dolor.</p>
<p>En el caso de que una rodilla duela más que la otra, se recomienda el uso de un bastón en el brazo contrario a la rodilla más dolorosa</p>	<p>Pues el uso del bastón libera parcialmente de peso dicha rodilla durante la marcha y disminuye el dolor y la limitación. Su uso puede ser transitorio mientras dura el dolor.</p>
<p>mantener un buen tono muscular y un adecuado acondicionamiento físico</p>	<p>La estabilidad muscular de la rodilla previene el avance prematuro de la artrosis.</p>
<p>Deben evitarse los deportes con carrera y salto</p>	<p>El impacto agrava el resquebrajamiento y la erosión del cartílago articular</p>
<p>Se recomienda el uso de calzado cerrado, preferiblemente tipo tenis teniendo en cuenta las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deben poseer arco medial reforzado 2. Poseer cordones para ajustar el zapato al pie. 3. El apoyo talar, debe estar al menos entre 1 y 2 cms más alto que el apoyo metatarsal 4. Talón en material blando. 5. Capellada amplia. 	
<p>Evite dejar quieta la rodilla por mucho tiempo</p>	<p>La movilidad mantiene el tono muscular y previene la inestabilidad de rodilla, además la producción de líquido sinovial (lubricante articular) se realiza solo ante el movimiento articular.</p>


6.5 Criterios de falla y exclusión

	GUIA CLINICA ARTROSIS DE RODILLA		Código	
			GS-DC-022	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 12 de 13

- La identificación de cualquiera de los **signos de alarma** anteriormente descritos.
- El incremento del dolor con la intervención, cuantificado en 5 o más puntos en la Escala Análoga del Dolor (EAD).
- Disminución de la capacidad funcional con la intervención mayor o igual al 15% de la calificación en la escala FIM (Escala medida de Independencia Funcional).
- Apatía y mala actitud del paciente frente al proceso de rehabilitación.

7. Bibliografía

- Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, Colombia 2010.
- Resolución número 1043 de 2006 ministerio de la protección social.
- Sociedad Española de reumatología. ¿Guía que es la artrosis de rodilla? Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/guia_artrosis_rodilla.pdf
- Tornero Tratado I beroam ericano de Reumatología.Global Solution System .S.L.Madrid España 1999.
- Daniels L, Catherine Worthingham. 2014. Pruebas Funcionales Musculares. Tomado de: <http://es.slideshare.net/iPhysioEdu/pruebas-funcionales-musculares-lucille-daniels-catherine-worthingham>
- Gerstner J. 2011 Semiologia del aparato locomotor. Cali. Colombia.13 edicion. Editorial Celsus
- CarrieM. Lori B. 2006. Therapeutic Exercise Moving Toward Function. Badalona (España). Editorial Paidotribo.

	GUIA CLINICA ARTROSIS DE RODILLA		Código	
			GS-DC-022	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 13 de 13

- Evidencia clínica concisa La mejor evidencia disponible a nivel internacional para una práctica clínica efectiva, segunda edición, mayo de 2003. Grupo Editorial Legis. Bogotá, Colombia, 2003. BMJ Publishing Group.