



	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 1 de 19	

GUÍA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES



FUNDACIÓN NIÑO JESÚS
PROGRAMA FUNDADORES DE VIDA
U.D.C.A - Enfermería

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Enfermería – UDCA	Nombre: Diana Marcela Barbosa	Nombre: Teresa Vásquez Palacios
Firma:	Firma: 	Firma: 
Cargo: Enfermería – UDCA	Cargo: Coordinador de Programa	Cargo: Directora
Fecha: 17/11/2016	Fecha: 27/01/2017	Fecha: 03/02/2017

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 2 de 19	

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
ARTROSIS	4
EPIDEMIOLOGIA	4
FACTORES DE RIESGO.....	4
CLASIFICACION.....	5
CUADRO CLÍNICO	5
DIAGNÓSTICO.....	6
TRATAMIENTO	7
COMPLICACIONES.....	8
ACCIONES PREVENTIVAS.....	8
ARTRITIS REUMATOIDE	10
EPIDEMIOLOGIA	10
FACTORES DE RIESGO.....	10
CLASIFICACION.....	11
SIGNOS Y SINTOMAS.....	11
DIAGNÓSTICO.....	11
TRATAMIENTO	13
COMPLICACIONES DE ARTRITIS REUMATOIDE	15
ACCIONES PREVENTIVAS.....	15
OSTEOPOROSIS.....	16
CAUSAS	16
CLASIFICACIÓN.....	17
EPIDEMIOLOGÍA DE LAS FRACTURAS	17
SINTOMAS.....	18
PRUEBAS DIAGNOSTICAS.....	18
TRATAMIENTO	18
MEDIDAS PREVENTIVAS.....	18
BIBLIOGRAFIA	19

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 3 de 19	

INTRODUCCIÓN

En la presente guía se describen las enfermedades osteoarticulares también conocidas como reumatológicas agrupadas dentro de las patologías que involucran el deterioro y disfunción del sistema óseo y articular del cuerpo humano con la afección de sus estructuras internas y adyacentes como cartílago o tejidos blandos periarticulares.

Estos trastornos se caracterizan por tres síntomas típicos que son el dolor, la inflamación y la impotencia funcional de alguna parte del aparato locomotor, en especial de las articulaciones.

Los trastornos osteoarticulares como la artritis, la artrosis y la osteoporosis son unas de las enfermedades más frecuentes en la actualidad, día a día se ven y llegan nuevos casos a clínicas y hospitales principalmente en personas mayores a los 50 años de sexo femenino, este grupo de enfermedades tiene una creciente frecuencia de casos y se estima que en poco tiempo será la mayor fuente de gastos en salud por encima de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

A pesar de que este grupo de patologías no sean causas directas de muerte es muy importante y necesario que se les dé un buen espacio en las campañas de prevención y promoción de la salud, ya que son estas enfermedades las que más acarrearán disfuncionalidad en la vida del paciente.

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 4 de 19	

ARTROSIS

Es una enfermedad crónica de las articulaciones con mayor prevalencia en la población mayor de 65 años, en la cual aparece por desgaste y destrucción de las superficies articulares. El proceso de la enfermedad no afecta solo al cartílago articular, sino la articulación completa, incluyendo un hueso subcondral, ligamentos, capsula, membrana sinovial y músculos periarticulares. Finalmente degenera el cartílago articular con fibrilación, fisuras y ulceraciones en todo el espesor de la superficie articular.

EPIDEMIOLOGIA

Es la enfermedad articular más frecuente del ser humano. En las mujeres entre los 45-64 años la prevalencia es de 30% y en los mayores de 65 años asciende a 86%. En los varones se encuentran cifras similares aunque algo más bajas en los grupos de edades más avanzadas.

FACTORES DE RIESGO

- **Modificables**
 - Sobrecarga articular
 - Obesidad
- **Potencialmente modificables**
 - Trauma mayor
 - Defectos propioceptivos
 - Atrofia de cuádriceps
 - Enfermedades articulares previas (artritis reumatoide, gota)
- **No modificables**
 - La edad mayor de 45 años
 - El sexo femenino
 - Raza
 - Predisposición genética
 - Trastornos endocrinos y/o metabólicos
 - Trastornos congénitos o del desarrollo.

Factores de riesgo para la progresión de la artrosis

- Edad
- Sexo femenino
- Sobrepeso y obesidad
- Baja ingesta de vitamina C
- Sedentarismo

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 5 de 19	

CLASIFICACION

Artrosis primaria (Sitios múltiples)

- Nódulos de Heberden
- Artrosis generalizada
- Artrosis erosiva
- Hiperostosis esquelética idiopática difusa.

Artrosis primaria (local)

- Columna cervical
- Cadera
- Primera articulación carpo metacarpiana
- Articulaciones interfalángicas distales
- Columna lumbar
- Rodillas
- Primera articulación metatarso falángica
- Articulaciones interfalángicas proximales

Artrosis secundaria

- Congénita (displasia de cadera)
- Enfermedad por deposito
- Ocronosis
- Enfermedad de Wilson
- Hemocromatosis
- Gota
- Enfermedad por depósito de pirofosfato de calcio
- Articulación neuropática (Diabetes mellitus, sífilis)
- Endocrinológica/metabólica (acromegalia)
- Osteonecrosis
- Infección
- Inflamación (Artritis reumatoide)

CUADRO CLÍNICO

Los síntomas varían dependiendo de la articulación afectada y de la severidad de la enfermedad.

SÍNTOMAS

Dolor: gradual que empeora con la actividad y alivia con el reposo

Rigidez matutina breve (menor de 30 minutos)

Fenómeno de congelamiento (rigidez renovada en articulaciones afectadas luego de inactividad prolongada)

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 6 de 19	

SIGNOS

- ✓ Dolor a la presión leve o moderada
- ✓ Movilidad dolorosa en articulaciones grandes
- ✓ Crepitación (puede sentirse o escucharse, causada por irregularidades en la superficie articular)
- ✓ Aumento de la temperatura local
- ✓ Aumento de volumen articular si hay derrame
- ✓ Deformidad (angulación en varo o en valgo)

Síntomas	Signos
Dolor	Sensibilidad aumentada
Rigidez	Crépitos
Inflamación	Limitación del movimiento
Debilidad Articular	Deformidad
Inestabilidad articular	Inestabilidad Articular

Cuadro1: Tomado de
http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GUIA%20OSTEOARTROSIS%202014.pdf

DIAGNÓSTICO

Bases para el diagnóstico

La historia clínica y el examen físico constituyen las bases del diagnóstico de la artrosis. La radiografía es un complemento y no reemplaza el examen físico, por lo que se requiere de médicos entrenado en anamnesis y examen físico reumatológico en atención primaria.

Rayos X

Las técnicas de imagen como radiografías pueden mostrar los efectos físicos de la artrosis para confirmar el diagnóstico. Los rayos x utilizan radiación para penetrar en los tejidos blandos del cuerpo y mostrar las estructuras internas, en este caso, huesos y cartílago. Las imágenes pueden mostrar daños y otros cambios en el cartílago y huesos que pueden ocurrir con la artrosis.

Resonancia magnética

Utiliza campos magnéticos para producir una imagen de un área específica del cuerpo, proporciona una imagen de dos dimensiones lo que facilita una mejor representación gráfica de los tejidos blandos, como el cartílago, la capsula articular y membranas mucosas, esto permite detectar anomalías precoces típicas de la artrosis.

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 7 de 19	

TRATAMIENTO

No farmacológico

- ✓ Evitar la sobrecarga y trauma de las articulaciones afectadas
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Reposo articular
- ✓ Soportes: bastón, collarín cervical, corsé o brazaletes, arcos de soporte.
- ✓ Ejercicios isométricos
- ✓ Calor o frío local.

Farmacológico

Fármacos modificadores de la enfermedad: A este grupo de medicamentos también se les llama SYSADOA, que son las iniciales de Symptomatic Slow Action Drugs OsteoArthritis. Alivian los síntomas y la progresión de la artrosis. El inicio de su acción es lento, a partir de las 6 semanas, y su efecto persiste durante un periodo de tiempo después de suspenderlos. Los más importantes son:

Sulfato de Glucosamina: Su administración tiene un efecto beneficioso sobre el metabolismo del cartilago. Los estudios realizados muestran que mejora el dolor y la movilidad de las articulaciones artrósicas. En un estudio publicado por Lancet en pacientes que tomaron la medicación durante 3 años, mostró una disminución de la progresión de la enfermedad, en relación con los que no la tomaron. La presentación más habitual es en sobres y se administra una vez al día, media hora antes de una de las comidas. Los efectos secundarios son poco frecuentes y consisten en la mayoría de las ocasiones en trastornos gastrointestinales.

Condroitin Sulfato: Tiene efectos antiinflamatorios y también actúa en el cartilago, favoreciendo la síntesis de proteínas y disminuyendo su degradación. Mejora el dolor y la función de las articulaciones artrósicas. La dosis recomendada es de 2-3 cápsulas de 400 mg al día, que se pueden administrar en una sola dosis. Los efectos secundarios son infrecuentes y consisten en molestias gastrointestinales.

Diacereina: Este medicamento tiene actividad antiinflamatoria por un mecanismo distinto al de los antiinflamatorios no esteroideos. Mejora el dolor y los signos inflamatorios en la artrosis. Está contraindicado en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, porque puede producir diarrea y dolor abdominal.

ANALGÉSICOS

Paracetamol: Suele ser la primera opción en el tratamiento del dolor. La dosis analgésica es de 1 gr cada 8 h. y se puede utilizar de forma crónica. Está contraindicado cuando existe enfermedad hepática

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 8 de 19	

Codeína: Se utiliza como analgésico asociado al paracetamol. Se puede administrar de forma crónica ya que no tiene afectación gástrica, hepática o renal. Su principal inconveniente es el estreñimiento.

Tramadol: Este medicamento se utiliza muy frecuentemente en el dolor crónico. Es una opción cuando existe insuficiente control del dolor, con el paracetamol solo, o cuando este, está contraindicado. Se puede asociar al paracetamol y se puede administrar cuando existe enfermedad hepática, gástrica o renal. El principal problema de este medicamento es que en algunas ocasiones puede provocar náuseas y vómitos, al comienzo del tratamiento, por lo que se aconseja administrarlo de forma paulatina. También puede producir estreñimiento.

Metamizol: La dosis habitual analgésica es de 3-4 gr al día. No se aconseja utilizarlo en periodos prolongados, ya que puede provocar alteraciones hematológicas.

ANTIINFLAMATORIOS

AINES (Antiinflamatorios No Esteroideos). Algunos ejemplos de estos medicamentos son el diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno e indometacina). Disminuyen la inflamación y el dolor asociado a la artrosis. Su principal indicación sería la reagudización del dolor artrósico y durante periodos cortos de tratamiento. Su utilización crónica no es aconsejable ya que tienen numerosos efectos secundarios, como alteraciones gástricas, renales y cardiovasculares)

COMPLICACIONES

- **Artrosis rápidamente progresiva**
 - Condrolisis
 - Artritis destructiva atrófica
- **Complicaciones Oseas**
 - Osteonecrosis
 - Fractura por fatiga
- **Complicaciones de tejidos blandos**
 - Hemartrosis
 - Infección articular
 - Ruptura articular
 - Atrapamiento nervioso

ACCIONES PREVENTIVAS

Las principales medidas preventivas son:

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 9 de 19	

Pérdida de Peso: Uno de los principales factores en la etiología de la artrosis es la obesidad, ya que las articulaciones soportan un peso superior al óptimo de manera prolongada en el tiempo, lo que, paulatinamente, va provocando una degeneración articular progresiva. La pérdida de peso es, por lo tanto, fundamental en la prevención y el control de esta artropatía. En caso de antecedentes familiares es aún más recomendable la adquisición de unos hábitos dietéticos saludables que permitan mantener un peso adecuado a la estatura.

Actividad Física: La inactividad debilita la musculatura en detrimento de la salud articular, la cual pierde flexibilidad, consistencia y fuerza. Los músculos son capaces de proteger la articulación gracias a que la sostienen, absorben los golpes y evita los movimientos viciosos o perjudiciales. El ejercicio físico, por lo tanto, ayuda a mantener la integridad articular, se recomienda hacer estiramientos diarios, elaborar un plan de actividades periódicas como natación, ejercicio aeróbico, Pilates, etc., atendiendo siempre a las posibilidades personales de cada individuo.

Medidas Higiénico-Sanitarias: La educación postural es una medida fundamental en la prevención y rehabilitación de la artrosis, debemos evitar posturas inadecuadas, con lo que se reducirá la tensión muscular y se favorecerá la relajación. Se recomienda mantenerse erguido y no utilizar sillas bajas, pues causan una gran tensión en caderas y rodillas a la hora de sentarse y levantarse. En viajes largos, es aconsejable hacer paradas cada hora, pasear y moverse, para evitar rigidez articular.

Uso de bastones y muletas pueden reducir el esfuerzo y preservar la articulación, pues disminuye el dolor y, por consiguiente, la degeneración cartilaginosa.

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 10 de 19	

ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide (AR), es una enfermedad crónica inflamatoria autoinmune y multisistémica, cuyo principal órgano blanco es la membrana sinovial. Es una enfermedad en la que se inflaman las articulaciones produciéndose dolor, deformidad y dificultad para el movimiento, aunque también puede afectar otras partes del organismo. Es una enfermedad crónica, con una baja frecuencia de curación espontánea, aunque con un tratamiento adecuado se consigue un buen control de la enfermedad en la mayoría de los casos.

EPIDEMIOLOGIA

Esta enfermedad es ampliamente distribuida en el mundo. La prevalencia de la artritis es aproximadamente del 1% de la población (oscila entre el 0.3 y el 2.1%); las mujeres se afectan aproximadamente con la frecuencia tres veces mayor a la de los varones. La prevalencia aumenta con la edad, manifestándose una incidencia de la artritis en las mujeres de 60 a 64 años es más de seis veces mayor que en las de 18 a 29.

FACTORES DE RIESGO

Se ha mostrado que ciertos factores están asociados con el riesgo de padecer artritis. Los factores de riesgo de la artritis incluyen:

- **Edad:** El riesgo de desarrollar la mayoría de los tipos de artritis aumenta con la edad.
- **Sexo:** La mayoría de los tipos de artritis son más comunes en mujeres; 60% de todas las personas con artritis son mujeres. La gota es más común en los hombres.
- **Sobrepeso y obesidad:** Cargar exceso de peso pone estrés en las articulaciones, particularmente en las rodillas, las caderas y la espina dorsal.
- **Lesiones en las articulaciones:** Las personas que sufren lesiones en las articulaciones, por ejemplo cuando juegan un deporte, tienen más posibilidades de desarrollar artritis eventualmente en esa articulación.
- **Infecciones:** Muchos microbios pueden afectar las articulaciones y potencialmente provocar el desarrollo de ciertas formas de artritis.
- **Ocupación:** Ciertas ocupaciones que involucran doblar las rodillas repetitivamente y ponerse en cuclillas están asociadas con la artritis ósea en la rodilla.

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 11 de 19	

CLASIFICACION

Critério	Descripción
Rigidez matinal	Rigidez de las articulaciones y alrededor de las mismas durante por lo menos una hora, antes de la mejoría máxima.
Artritis de tres o más articulaciones	Datos clínicos de inflamación observada por un médico. Areas articulares inflamadas durante por lo menos 6 semanas. Propuestas: IFP, MCF, muñecas, codos, rodillas, tobillos y MTF derechas e izquierdas.
Artritis de las manos	Al menos un área inflamada, en muñeca, MCF o IFP.
Artritis simétrica	Afección simultánea de las mismas áreas articulares de ambos lados del cuerpo (se acepta la afección bilateral de IFP, MCF o MTF sin simetría absoluta).
Nódulos reumatoideos	Nódulos subcutáneos sobre las prominencias óseas, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, observadas por un médico.
Factor reumatoideo	Detectado por un método en el que se encuentra positividad en menos de 5% de los controles normales.
Cambios radiológicos	Típicos de AR en las radiografías de manos y muñecas en proyección posteroanterior (erosiones, osteopenia yuxtaarticular).
1. Los cuatro criterios iniciales deben tener una duración mínima de 6 semanas	
2. Se deben reunir al menos cuatro criterios para clasificar la enfermedad	
3. No se excluyen aquellos pacientes que reúnen dos criterios clínicos.	
IFP= interfalángicas proximales	
MCF= metacarpofalángicas	
MTF= metatarsofalángicas	

Tomado de: http://www.asoreuma.org/pdf_medicos/4.pdf

SIGNOS Y SINTOMAS

- Dolor articular
- Sensibilidad al tacto en las articulaciones
- Rigidez articular (después de un periodo de inactividad)
- Enrojecimiento alrededor de la articulación
- Aumenta la temperatura a nivel de la articulación
- Fatiga y cansancio
- Nódulos

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la artritis reumatoide es esencialmente clínico, razón por la cual se deben realizar anamnesis y examen físico. Entre los métodos semiológicos contamos fundamentalmente con la inspección y la palpación. El reumatólogo debe realizar estos

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 12 de 19	

dos métodos de examen con el máximo cuidado y además debe tener experiencia, sobre todo para la palpación de las diferentes estructuras articulares y a su vez debe tener conocimiento de la anatomía y de la fisiología del aparato osteo-mio-articular.

La movilidad pasiva y activa constituye también elementos semiológicos útiles para el diagnóstico, lo mismo la realización de ciertas maniobras especiales. El examen físico debe incluir todas las articulaciones accesibles, ya sea en forma directa o indirecta.

Criterios diagnósticos de Artritis Reumatoide

- ✚ Rigidez matinal mínimo de una hora
- ✚ Artritis de tres o más áreas articulares
- ✚ Artritis de articulaciones de manos
- ✚ Inflamación articular simétrica
- ✚ Nódulos reumatoides
- ✚ Facto reumatoide positivo
- ✚ Cambios radiológicos característicos en muñeca o manos

Se requiere la presencia de cuatro de los siete criterios mencionados, los cuatro primeros criterios deben estar presentes por lo menos durante seis semanas.

Laboratorio clínico

Ya se ha expuesto que el diagnóstico de las artritis reumatoides es ante todo clínico, y aunque los exámenes de laboratorio son de gran ayuda, no contamos con un examen que nos compruebe el diagnóstico.

Cuadro hemático

Es frecuente la presencia de anemia con las características de enfermedad crónica, como también la presencia de trombocitosis y a veces discreta leucocitosis. La VSG suele ser elevada, sobre 30mm/hora.

Factor reumatoide:

En 80% de los enfermos el factor reumatoide está presente, especialmente en la etapa inicial de la enfermedad. Su sola presencia no es diagnóstica ya que se puede encontrar también presente en otras enfermedades del tejido conectivo. En algunos enfermos con infección crónicas por bacterias, hongos y parásitos y en algunas otras enfermedades inflamatorias crónicas, idiopáticas y metabólicas entre otras.

Anticuerpos antinucleares

Pueden encontrarse positivos; las cifras son muy variables y oscilan entre 15% y 70%. El patrón que se observa con más frecuencia es el moteado grueso que es inespecífico. Si se encuentran otros patrones se debe investigar la posibilidad de lupus eritematoso sistémico.

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 13 de 19	

Líquido sinovial

Es de tipo inflamatorio, el aspecto es turbio y la viscosidad esta disminuida, con un recuento celular que varía entre 5 mil a 50 mil células/mm³, aumento de proteínas, coagulo de mucina pobre, y presencia de ragoцитos y de cuerpos de arroz.

Química sanguínea

Al valorar un paciente por primera vez se sugiere realizar: AST, ALT, fosfatasa alcalina, BUN, creatinina, parcial de orina, proteínas y perfil lipídico. Estos paraclínicos permiten evaluar la actividad de la enfermedad y sus posibles complicaciones.

Radiología

La radiología convencional sigue siendo de gran utilidad para el diagnóstico de la artritis reumatoide. En buen estudio debe permitir el análisis de los tejidos blandos y de las estructuras osteoarticulares. Las radiografías que son más útiles en el diagnóstico son las de manos y en algunos casos las de pies también pueden aportar información adicional.

TRATAMIENTO

Farmacológico

la farmacoterapia de la artritis reumatoidea (AR) incluye antiinflamatorios no esteroides (AINES) para el control del dolor, el uso selectivo de dosis bajas por vía oral o intraarticular de glucocorticoides, y, la iniciación temprana de antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME).

Antiinflamatorios no Esteroides: Los AINES, los salicilatos o los inhibidores de la ciclooxigenasa 2, se aplican en el inicio de la AR para reducir el dolor y la tumefacción de las articulaciones. Debido a que no alteran la evolución de la enfermedad, no deben administrarse solos. Los pacientes con AR tienen un riesgo doble de sufrir complicaciones más graves como consecuencia de la ingesta de AINES. Debe controlarse la aparición de síntomas gastrointestinales que oscilan desde gastritis a la úlcera preferentemente gástrica. Son aún más susceptibles pacientes con edad avanzada e historia previa de epigastria o de úlcera péptica. Por todo esto, se aconseja la toma de un protector gástrico. Los AINES también poseen efectos secundarios sobre riñón, hígado, sangre y sistema nervioso.

Glucocorticoides: Los glucocorticoides se han empleado ampliamente en la AR, administrados en dosis equivalentes inferiores a los 10 mg de prednisona diarios son altamente eficaces para el alivio de los síntomas de la AR y pueden retrasar la lesión articular. Deben usarse dosis mínimas debido al riesgo elevado de efectos colaterales como osteoporosis, cataratas, síntomas cushinoides e hiperglucemia. El American

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 14 de 19	

College of Rheumatology (ACR) recomienda que los pacientes tratados con glucocorticoides reciban 1500 mg de calcio y de 400 a 800 UI de vitamina D diarios.

Los glucocorticoides son útiles en las primeras etapas de la AR, bien solos, o asociados a AINES cuando estos no son eficaces en el control de la enfermedad. El deflazacort es un nuevo compuesto de prednisolona, con efectos antiinflamatorios similares a los de la prednisona pero aparentemente con menor acción sobre el metabolismo cálcico e hidrocarbonado, es una buena alternativa al tratamiento con prednisona o prednisolona. La inyección intraarticular o en partes blandas de glucocorticoides puede estar indicada ocasionalmente; generalmente cuando hay una sola articulación que provoca una discapacidad importante.

Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad: Los FARME deben ser considerados para todos los pacientes con AR. Los medicamentos más usados son el metotrexato, la hidroxicloroquina, sulfasalazina, leflunomida, infliximab y el etanercept. En general, la primera elección recae sobre la sulfasalazina o la hidroxicloroquina pero en los casos más graves el tratamiento de primera línea es el metotrexato o una terapia combinada. El metotrexato es un antagonista del ácido fólico. Administrado a dosis bajas, 7.5-25 mg semanales por vía oral o parenteral, es generalmente bien tolerado. Se sabe que el metotrexato actúa a nivel celular sobre las citocinas, sugiriendo que además de antiinflamatorio posee acción inmunosupresora, por lo tanto, exige frecuentes controles clínicos y bioquímicos para descartar posibles efectos secundarios. La cloroquina e hidroxicloroquina son antipalúdicos que inhiben la liberación de prostaglandinas y enzimas lisosomales, además de la proliferación linfocítica y producción de inmunoglobulinas, probablemente vía bloqueo de interleuquina I y la modificación del procesamiento de antígenos por las moléculas HLA II alterando el PH lisosomal. La dosis aconsejable es de 250mg/día de cloroquina y 200- 400 mg/día de hidroxicloroquina. Aunque no es frecuente, su principal efecto secundario es la toxicidad retiniana, la cual obliga a controles oftalmológicos seriados.

ARME Modernos: En la actualidad, han aparecido fármacos con mecanismos de acción nuevos, como la leflunomida, los antagonistas del factor de necrosis tumoral y la anakinra. La leflunomida es un inhibidor de una enzima intracelular necesaria para la síntesis de novo de las pirimidinas por los linfocitos activados, con lo cual retrasa la progresión radiológica de la lesión articular. Además se comprobó que previene la aparición de lesiones en el 80% de los pacientes durante un lapso de 2 años. Los antagonistas del factor de necrosis tumoral disminuyen los niveles de TNF-alfa, los cuales se hallan aumentados en el líquido sinovial de los pacientes con AR. El etanercept es una proteína de fusión soluble del receptor de TNF, alivia los síntomas con mayor rapidez, aproximadamente en dos semanas. La Food and Drug administration (FDA) aprobó el tratamiento con rituximab, un anticuerpo de un receptor de superficie de las células B (anticuerpo del receptor de interleucina. El rituximab alivia los síntomas por más tiempo en pacientes con AR moderada a severa tratados

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 15 de 19	

previamente. La anakinra, un antagonista del receptor de interleucina I recombinante, es muy efectiva cuando se administra sola o en combinación con metotrexato.

Terapias Adyuvantes: Existen otros tratamientos no farmacológicos como el ayuno y el suplemento en la dieta de ácidos grasos esenciales, también terapias de spa y ejercicios. A corto plazo se obtienen beneficios con la educación y el abordaje multidisciplinario del paciente. Cuando el dolor es inaceptable, la pérdida de la movilidad es importante o el deterioro funcional es grave, debe considerarse el tratamiento quirúrgico.

No farmacológico

- ❖ Factores educaciones y emocionales.
- ❖ Terapia física y ocupacional
- ❖ Descanso sistémico
- ❖ Descanso articular
- ❖ Ejercicio
- ❖ Frio y calor
- ❖ Aparatos de ayuda
- ❖ férulas
- ❖ Pérdida de peso

COMPLICACIONES DE ARTRITIS REUMATOIDE

- Infecciones
- Artritis infecciosa
- Infecciones pulmonares
- Amiloidosis
- Osteoporosis y fracturas
- Aterosclerosis
- Depresión

ACCIONES PREVENTIVAS

- El diagnóstico y tratamiento oportunos pueden ayudar a prevenir el daño articular. Si usted tiene un antecedente familiar de artritis, coméntele al médico, incluso si no tiene dolor en la articulación.
- El hecho de evitar los movimientos excesivos y repetitivos puede ayudar a protegerlo contra la osteoartritis.

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 16 de 19	

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es la enfermedad ósea metabólica más común y se caracteriza por baja masa ósea y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, con incremento en la fragilidad ósea y mayor riesgo de fractura. El diagnóstico clínico de osteoporosis se hace en el momento en que se presenta una fractura por fragilidad ósea o debida a un trauma que no es grave. Los sitios más comunes para fractura osteoporótica son la cadera, la columna y la parte distal del antebrazo. De acuerdo con la conferencia de consenso llevada a cabo por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH), la osteoporosis se define como un trastorno esquelético caracterizado por deterioro en la resistencia ósea, lo cual predispone a una persona a mayor riesgo de fractura. La resistencia del hueso depende tanto de la calidad como de la densidad. La calidad ósea se refiere a la arquitectura, el recambio, el daño acumulado (por ejemplo, microfracturas) y la mineralización

CAUSAS

La osteoporosis es el tipo más común de enfermedad ósea, aumenta el riesgo de romperse un hueso. Aproximadamente la mitad de todas las mujeres mayores de 50 años tendrá una fractura de cadera, de muñeca o de vértebras (huesos de la columna) durante su vida. Las fracturas de columna son las más comunes. Su cuerpo necesita los minerales calcio y fósforo para formar y mantener huesos saludables.

- A lo largo de su vida, su cuerpo sigue tanto reabsorbiendo el hueso viejo como creando hueso nuevo.
- Siempre que su cuerpo tenga un buen equilibrio de hueso nuevo y viejo, sus huesos se mantendrán saludables y fuertes.
- La pérdida ósea sucede cuando se reabsorbe más hueso viejo que el hueso nuevo que se crea.

En ocasiones, la pérdida ósea sucede sin una causa conocida. Otras veces, la pérdida ósea y los huesos delgados son hereditarios. En general, las mujeres de raza blanca de la tercera edad tienen más probabilidades de presentar pérdida ósea.

Los huesos frágiles y quebradizos pueden ser causados por cualquier cosa que haga que su cuerpo destruya demasiado hueso o que evite que su cuerpo forme suficiente hueso nuevo. Conforme envejece, su cuerpo puede reabsorber calcio y fósforo de sus huesos, en lugar de mantener estos minerales en ellos. Esto hace a sus huesos más débiles.

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 17 de 19	

Otras causas de pérdida ósea incluyen:

- Una disminución del estrógeno en las mujeres en el momento de la menopausia y una disminución de la testosterona en los hombres al envejecer.
- Estar postrado en una cama debido a una enfermedad prolongada (afecta principalmente los huesos de niños).
- Tener ciertas afecciones médicas que causan mayor inflamación en el cuerpo.
- Tomar ciertos medicamentos, como determinados medicamentos anticonvulsivos, tratamientos hormonales para el cáncer de próstata o de mama y medicamentos esteroides que se tomen por más de 3 meses.

CLASIFICACIÓN

Tabla 1. Diagnóstico de osteoporosis según la OMS basado en la DMO y T-score utilizando la absorciometría de rayos x de energía dual (DXA o DEXA) o densitometría ósea³.

Diagnóstico	T-score
Normal	DMO no mayor de 1 DE por debajo del valor promedio de la población joven normal (T-score $\geq -1,0$ DE)
Osteopenia (masa ósea baja)	DMO entre 1 y 2,5 DE por debajo del valor promedio de la población joven normal (T-score < -1 y $> -2,5$ DE)
Osteoporosis	DMO de 2,5 o más DE por debajo del valor promedio de la población joven normal (T-score $\leq -2,5$ DE)
Osteoporosis grave	DMO de 2,5 o más DE por debajo del valor promedio de la población joven normal (T-score $\leq -2,5$ DE), junto con la presencia de una o más fracturas.

Tomado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcre/v16n1/v16n1a05>

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS FRACTURAS

La incidencia de fracturas en la comunidad es bimodal, con un pico en los jóvenes y otro en el adulto mayor. En los jóvenes las fracturas se asocian por lo general con trauma importante, ocurren en huesos largos y se ven con más frecuencia en hombres que en mujeres. Las fracturas osteoporóticas ocurren característicamente en zonas del esqueleto con altas cantidades de hueso trabecular luego de un trauma leve o moderado. La frecuencia de fracturas aumenta con la edad en ambos sexos, lo que refleja una combinación de baja densidad ósea y una creciente tendencia a caer en los ancianos.

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 18 de 19	

SINTOMAS

No hay síntomas en las etapas iniciales de la osteoporosis. Muchas veces, las personas tendrán una fractura antes de saber que padece la enfermedad.

Las fracturas de los huesos de la columna pueden causar dolor en casi cualquier lugar de la columna vertebral. Esto se denomina [aplastamiento vertebral](#). A menudo ocurren sin una lesión. El dolor se produce de repente o lentamente con el paso del tiempo.

Puede haber una pérdida de estatura (hasta 6 pulgadas) con el tiempo. Se puede desarrollar una postura encorvada o una afección conocida como joroba de viuda.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Una radioabsorciometría de doble energía (DEXA, por sus siglas en inglés) es una radiografía de baja radiación que mide la densidad de minerales en sus huesos. Generalmente mide la densidad de los huesos de la columna vertebral y la cadera. Su proveedor de atención médica emplea este examen para:

- Diagnosticar pérdida ósea y osteoporosis.
- Predecir el riesgo de fracturas óseas en el futuro.
- Ver cómo está funcionando un medicamento para la osteoporosis.

TRATAMIENTO

- Realizar cambios en el estilo de vida. (dieta, ejercicio)
- Tomar suplementos, calcio y vitamina D
- Medicamentos

MEDIDAS PREVENTIVAS

- No fumar
- No consumir alcohol
- Hacer ejercicios
- Dieta rica en calcio y vitaminas.

	GUIA DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	Código	OP-PM-GU-05
		Versión	01
		Fecha de versión	03/02/2017
		Página 19 de 19	

CONTROL DE CAMBIOS

<i>ITEM</i>	<i>FECHA DE MODIFICACIÓN</i>	<i>DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN</i>	<i>VERSIÓN</i>
1	03/02/2017	Versión inicial sin cambios – Fecha de aprobación.	01

BIBLIOGRAFIA

- GONZÁLEZ Luis Alonso, VÁSQUEZ Gloria María, MOLINA José Fernando, Epidemiología de la osteoporosis, Revista Colombiana De Reumatología, VOL. 16 No. 1, Marzo 2009, tomado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcre/v16n1/v16n1a05>.
- COLOMBIANA DE SALUD, Guía de Atención en Medicina General, Osteoartritis 2012. Disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GUIAS%20CONSULTA%20ESPECIALIZADA/ORTOPEDIA/08%20OSTEOARTRITIS.pdf
- COLOMBIANA DE SALUD, Guía de Atención manejo de Osteoartrosis 2014. Disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GUIA%20OSTEOARTROSIS%202014.pdf
- SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide 2014. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Documents/Artritis%20Reumatoidea/GPC%20AR%20COMPLETA.pdf>
- Página web tomada de: http://www.asoreuma.org/pdf_medicos/4.pdf
- COLOMBIANA DE SALUD, Guía de manejo consulta especializada de reumatología artritis reumatoidea 2012. Disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GUIAS%20CONSULTA%20ESPECIALIZADA/REUMATOLOGIA/07%20ARTRITIS%20REUMATOIDEA.pdf