

Artrosi de genoll i artroplàstia

En persones amb artrosi de genoll lleu o moderada, no es recomana l'artroplàstia de genoll com a primera línia de tractament.

Novembre 2025

- L'**artroplàstia de genoll** no s'ha de considerar com la primera opció en el tractament de l'artrosi de genoll lleu o moderada. La cirurgia s'ha de limitar a casos greus on el dolor o la pèrdua de la funció comprometen la qualitat de vida de la persona.
- Cal prioritzar l'ús de **mesures conservadores**, com l'educació sobre la patologia, l'exercici físic estructurat i la pèrdua de pes, i aplicar-les durant un període de temps adequat abans de considerar altres opcions. El **tractament farmacològic** està indicat quan els canvis en l'estil de vida no han aportat una millora en els símptomes o mentre aquests no facin efecte. També pot ser necessari en episodis d'agudització del dolor.
- En cas que l'artroplàstia estigui indicada, cal dur a terme un procés de **decisions compartides** entre professional i pacient, tot balancejant els beneficis i riscos de les diferents opcions terapèutiques, i incorporant els valors i preferències de la persona.
- A Catalunya, la incidència de l'artroplàstia de genoll presenta una **gran variabilitat** entre les diferents àrees bàsiques de salut i centres hospitalaris. Aquesta variabilitat s'explica principalment per les diferències en els circuits organitzatius i en els criteris clínics emprats pels professionals.

Per què l'artroplàstia de genoll com a primera opció terapèutica és una pràctica de poc valor?

L'artrosi és una malaltia degenerativa que afecta tota l'articulació, caracteritzada per la degradació del cartílag, la remodelació òssia, la formació d'osteòfits i la inflamació sinovial, que condueix al dolor, la rigidesa, la inflamació i la pèrdua de la funció articular normal.¹ L'artrosi de genoll és una de les principals causes de dolor articular i discapacitat funcional entre la població adulta, especialment a partir dels 50 anys.

Aquesta patologia representa una de les condicions musculoesquelètiques més freqüents ateses als centres d'atenció primària i hospitalaris, i té un impacte significatiu en la qualitat de vida i el consum de recursos sanitaris.

Les guies de pràctica clínica no estableixen uns criteris universals per definir la gravetat de l'artrosi de genoll (lleu, moderada o greu), ja que aquesta es determina a partir d'un conjunt de criteris clínics, funcionals i, en menor mesura, radiològics. El criteri és, per tant, multidimensional i es basa en la intensitat del dolor, el grau de limitació funcional i la resposta als tractaments conservadors.

En persones amb artrosi de genoll lleu o moderada, l'artroplàstia de genoll com a primera línia de tractament es considera una pràctica clínica de poc valor, ja que les mesures conservadores poden millorar significativament els símptomes i la funció articular. En canvi, la cirurgia d'artroplàstia comporta

riscos rellevants, especialment en persones amb factors de risc de complicacions, i els seus beneficis a llarg termini poden ser limitats i variables.¹⁻⁹

Què diu l'evidència científica sobre el tractament de l'artrosi de genoll?

Les guies de pràctica clínica recomanen fermament les **estratègies conservadores** com a primera línia de tractament en l'artrosi de genoll.¹⁻⁹

Seguir un **pla personalitzat d'exercici físic estructurat** és fonamental per reduir el dolor i millorar la funció en persones amb artrosi de genoll. Es recomanen programes que incloguin exercici aeròbic, de força, de mobilització articular i de flexibilitat,^{3,4,6,8} combinant sessions supervisades per professionals de la salut i exercicis realitzats de manera autònoma.⁸ Així mateix, es recomana a les persones amb artrosi de genoll que mantinguin un **pes saludable**, ja que la pèrdua de pes pot reduir significativament la càrrega sobre el genoll, millorant la qualitat de vida i disminuint el dolor.^{2,4-6,9}

Els programes **d'educació i autogestió de la malaltia**, impartits per professionals formats, són especialment recomanables.^{1,3,4,6} A més, cal tenir en compte que presenten un cost inferior respecte a altres tipus d'intervencions, com la cirurgia.⁸

Cal valorar l'ús d'**ortesis** (com les fèrules), **bastons** i altres ajudes i adaptar-les a la situació i comorbiditats de cada pacient.^{1,4-6} Aquestes ajudes actuen com a elements de suport per evitar sobrecàrregues que augmentin el dolor, millorar l'autonomia i evitar caigudes.

La **teràpia cognitivoconductual** també és una intervenció recomanada en algunes guies, especialment en situacions de dolor disseminat i afectació depressiva, i en combinació amb altres intervencions.^{1,3,4}

La **farmacoteràpia** s'hauria de considerar quan les intervencions no farmacològiques no han estat suficients o com a suport fins que els canvis d'estil de vida tinguin efecte. També pot ser una opció en episodis d'agudització del dolor. Els analgèsics com el paracetamol i els antiinflamatoris no esteroidals (AINE), tòpics o orals, poden ser emprats sempre que no hi hagi contraindicacions,^{2,3,5-7,9} prescrivint la dosi efectiva més baixa i durant el menor temps possible.^{5,9}

Quan el tractament oral no és efectiu, o en casos d'artrosi moderada o severa, es poden considerar les **infiltracions intraarticulars de corticoesteroides** per alleujar el dolor, tot i que el seu efecte és limitat (fins a 3 mesos).^{6,7} Les **infiltracions d'àcid hialurònic** no es recomanen de manera rutinària,^{1,5,6} però poden ser una opció en pacients seleccionats.^{3,9} El **plasma ric en plaquetes** pot oferir una millora similar del dolor i més bona funcionalitat, especialment quan es combina amb àcid hialurònic o corticoesteroides.¹⁰

En general, no es recomana l'ús d'opioides per l'artrosi de genoll.^{3,5,6} Els tractaments farmacològics han de ser sempre personalitzats i reavaluats regularment.⁷

La decisió terapèutica ha de ser individualitzada i coordinada entre els i les especialistes que tractaran la persona en el procés de rehabilitació: medicina de família, medicina rehabilitadora, geriatria, reumatologia, traumatologia i unitats de dolor, dins d'un model funcional integrat.¹¹

Per a pacients amb artrosi greu que no han aconseguit millorar els símptomes tot i haver seguit els tractaments conservadors durant un període de temps apropiat (per exemple, de 3 a 6 mesos amb bona adherència), les guies recomanen que l'**artroplàstia** sigui considerada en funció de l'impacte de la malaltia en la qualitat de vida de la persona i la seva capacitat funcional.^{5,7,12} La cirurgia s'ha d'abordar amb una planificació rigorosa que inclogui l'educació del pacient i una preparació física prequirúrgica supervisada per professionals de la salut.⁸ En pacients amb comorbiditats o factors de risc com tabaquisme, diabetis o obesitat, es recomana optimitzar aquestes condicions abans de la intervenció.¹² Cal tenir en compte les contraindicacions absolutes i relatives de la cirurgia relacionades amb l'estat clínic general del pacient, com

ara infeccions actives, comorbiditats greus no controlades, insuficiència vascular o muscular de l'extremitat, o limitacions funcionals que podrien dificultar la rehabilitació.⁴⁻⁶

Les guies recomanen una **presa de decisions compartida entre professional i pacient** per tal d'identificar el tractament més adient, especialment quan es considera la cirurgia d'artroplàstia de genoll. Els pacients han de disposar d'informació clara i detallada sobre els riscos i beneficis de la cirurgia i de les alternatives conservadores, de manera que l'elecció del tractament reflecteixi les seves preferències i valors.^{1,2,4,5,7,13}

L'ús de mesures reportades pels pacients, com les escales WOMAC (*Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index*)¹⁴ i KOOS (*Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score*),¹⁵ que avaluen el dolor, la funció i altres dimensions, així com altres qüestionaris genèrics validats de qualitat de vida relacionada amb la salut, és essencial per valorar l'impacte de la malaltia i l'adequació de les intervencions dins d'un marc de presa de decisions compartides.

Quin és l'abast de l'artroplàstia de genoll a Catalunya?

A Catalunya, l'artrosi de genoll afecta un 13,4% de la població major de 15 anys. La seva prevalença augmenta amb l'edat i és més comuna en dones que en homes, fins a assolir un 30,2% en els homes majors de 65 anys i un 47,7% en les dones del mateix grup d'edat.¹⁶

Segons les dades del Registre d'Artroplasties de Catalunya (RACat) recollides entre 2005 i 2014, es va observar un increment del nombre d'intervencions, tant primàries com de revisió, al llarg dels 10 anys de registre. El nombre més elevat d'intervencions primàries es va registrar l'any 2010, quan es van superar les 7.000 intervencions. Es van intervenir més dones (71,2%) que homes.¹⁷

En les artroplasties primàries de genoll, l'artrosi va ser la causa majoritària (98,1% dels casos), mentre que el motiu de revisió més freqüent van ser les complicacions mecàniques del dispositiu ortopèdic (54,6%). El 17,3% de les revisions van ser per infecció i reacció inflamatòria deguda a la pròtesi.¹⁷

La taxa d'intervencions d'artroplàstia de genoll varia segons l'àrea bàsica de salut i el centre hospitalari. Segons dades de 2023, la variabilitat observada entre centres, amb taxes que oscil·len entre 50 i 150 intervencions per cada 100.000 habitants, s'explica principalment per diferències en les pràctiques professionals i l'organització dels serveis, més que per factors socioeconòmics o l'envelliment de la població (dades pròpies no publicades). Aquesta variabilitat podria reduir-se amb la implementació de circuits assistencials i protocols comuns entre centres, així com amb la formació continuada dels professionals implicats en el continuïum assistencial de la malaltia.

Quins esdeveniments adversos s'associen a l'artroplàstia de genoll?

L'artroplàstia de genoll és una intervenció major que requereix ingrés hospitalari i implica un procés de recuperació llarg (sis mesos o més). La cirurgia comporta riscos a curt i llarg termini, que cal tenir en compte. A més, les persones amb condicions mèdiques prèvies com problemes cardíacs, pulmonars, diabetis, tabaquisme o sobrepès tenen un risc més elevat de patir complicacions.¹²

Les possibles complicacions postoperatories inclouen, entre altres:¹⁸

- Problemes de cicatrització o infecció de la ferida quirúrgica: al seu torn, poden augmentar el risc d'infecció profunda de l'articulació.
- Infecció de la pròtesi.
- Trombosi venosa profunda.
- Embòlia pulmonar.
- Lesions quirúrgiques.
- Dolor persistent: un 20% dels pacients poden continuar presentant dolor crònic després de l'artroplàstia total de genoll.¹⁹

- Desgast o aflixament de la pròtesi: amb el pas del temps, pot requerir una nova cirurgia de substitució. Una revisió sistemàtica de registres i estudis clínics publicats entre el 2004 i el 2023 va mostrar que el 5,6 % de les pròtesis totals de genoll i l'11% de les unicompartimentals requereixen una cirurgia de revisió després d'un seguiment mitjà de 5,7 i 4,9 anys, respectivament.²⁰ Segons dades de Catalunya, la incidència acumulada de revisió en les artroplasties de genoll va ser del 0,7–0,8% el primer any, arribant al 4,4–5,1% el desè, en funció de la conservació o no del lligament creuat (sense diferències significatives).¹⁷

En quines situacions es pot considerar l'artroplastia de genoll com a primera opció terapèutica?

La guia de l'*American College of Rheumatology* i l'*American Association of Hip and Knee Surgeons* de 2023¹² indica que certes situacions poden justificar una indicació més precoç de l'artroplastia, com ara l'artrosi greu amb dolor i pèrdua de funció substancials, i el fracàs documentat del tractament conservador després d'un període de temps adequat.¹² La guia també estableix que no s'ha de retardar innecessàriament la cirurgia en casos amb deformitats greus o artropatia neuropàtica.

En conclusió

L'artroplastia de genoll ha de reservar-se per a casos d'artrosi greu en què els tractaments conservadors no han estat efectius. Cal prioritzar opcions terapèutiques conservadores com l'educació sobre la patologia, l'exercici físic i la pèrdua de pes, atesa la seva eficàcia i menor risc. Si la cirurgia presenta un balanç benefici/risc favorable, s'ha de valorar en el marc d'una presa de decisions compartides, incorporant-hi els valors, preferències i expectatives de la persona.

Amb la col·laboració de

- [Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor](#)
- [Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia \(SCCOT\)](#)
- [Societat Catalana de Reumatologia](#)
- [Societat Catalana de Medicina Física i Rehabilitació](#)

Amb el suport de

- [Societat Catalana de Qualitat Assistencial](#)
- [Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia](#)
- [Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya](#)
- [Societat Catalano-Balear de Fisioteràpia](#)

Fonts

1. American College of Rheumatology and Arthritis Foundation (ACR). [American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee](#); 2019.
2. US Department of Veterans Affairs and Department of Defense. [VA/DoD clinical practice guideline for the non-surgical management of hip & knee osteoarthritis](#); 2020.
3. Osteoarthritis Research Society International (OARSI). [OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis](#); 2019.
4. European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR). [EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis](#); 2023.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). [Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management](#). London (United Kingdom): NICE; 2022.
6. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). [Management of Osteoarthritis of the Knee \(Non-Arthroplasty\)](#); 2021.
7. French Society of Rheumatology (FSR). [Recommendations of the FSR on pharmacological treatment of knee osteoarthritis](#); 2020.
8. Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF). [A clinical practice guideline for physical therapy in patients with hip or knee osteoarthritis](#); 2020.
9. European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). [An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis](#); 2019.
10. Wang C, Yao B. [Efficacy and safety of platelet-rich plasma injections for the treatment of knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials](#). Eur J Med Res. 2025;30(1):992.
11. Pla Director de Malalties Reumàtiques i de l'Aparell Locomotor (2017-2019). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
12. American College of Rheumatology and American Association of Hip and Knee Surgeons [Clinical Practice Guideline for the Optimal Timing of Elective Hip or Knee Arthroplasty for Patients With Symptomatic Moderate-to-Severe Osteoarthritis or Advanced Symptomatic Osteonecrosis With Secondary Arthritis for Whom Nonoperative Therapy Is Ineffective](#); 2023.
13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). [Joint replacement \(primary\): hip, knee and shoulder](#). London (United Kingdom): NICE; 2020.
14. Bellamy N, Buchanan WW, et al. [Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee](#). J Rheumatol. 1988;15(12):1833-40.
15. Roos EM, Roos HP, Lohmander LS, et al. [Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score. Development of a Self-Administered Outcome Measure](#). JOSPT. 1998;78(2):88-96.
16. ESCA 2024 Departament de Salut. [Enquesta de salut de Catalunya \(ESCA\) 2024](#). Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2024.
17. Arias-de la Torre J, Capdevila A, Martínez O, et al. [Una década del Registro de Artroplastias de Cataluña \(RACat\): exhaustividad, variabilidad y supervivencia de las prótesis entre 2005 y 2014](#). Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2017;61(2):70-81.
18. Healy WL, Della Valle CJ, Iorio R, et al. [Complications of total knee arthroplasty: standardized list and definitions of the Knee Society](#). Clin Orthop Relat Res. 2013;471(1):215-20.
19. Beswick AD, Wylde V, Gooberman-Hill R, et al. [What proportion of patients report long-term pain after total hip or knee replacement for osteoarthritis? A systematic review of prospective studies in unselected patients](#). BMJ Open. 2012;2(1):e000435.
20. Obermayr S, Klasan A, Rasic L, et al. [Correlation of revision rate of unicompartmental knee arthroplasty with total knee arthroplasty: a meta-analysis of clinical studies and worldwide arthroplasty registers](#). Arch Orthop Trauma Surg. 2024;144:4873-86.

Enllaços d'interès

- [Eina de decisions compartides en artrosi de genoll](#). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Artrosi de genoll i artroplàstia. Recomanació Essencial. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; novembre 2025.

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència [Creative Commons](#) de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional.



Essencial és una iniciativa que identifica pràctiques clíniques de poc valor i promou recomanacions per tal d'evitar-ne la realització.

Aquesta fitxa és una recomanació per a l'ajuda a la presa de decisions en l'atenció sanitària. No és de compliment obligat ni substitueix el judici clínic del personal sanitari.

Si voleu rebre més informació sobre el projecte, podeu contactar amb: essencial.aquas@gencat.cat

Visita'ns al web essencialsalut.gencat.cat