



Artrosis de rodilla y artroplastia

En personas con artrosis de rodilla leve o moderada, no se recomienda la artroplastia de rodilla como primera línea de tratamiento.

Noviembre 2025

- La **artroplastia de rodilla** no debe considerarse como la primera opción en el tratamiento de la artrosis de rodilla leve o moderada. La cirugía debe limitarse a casos graves en que el dolor o la pérdida de la función comprometen la calidad de vida de la persona.
- Se debe priorizar el uso de **medidas conservadoras**, como la educación sobre la patología, el ejercicio físico estructurado y la pérdida de peso, y aplicarlas durante un período de tiempo adecuado antes de considerar otras opciones. El tratamiento **farmacológico** está indicado cuando los cambios en el estilo de vida no han aportado una mejora en los síntomas o mientras estos no surtan efecto. También puede ser necesario en episodios de agudización del dolor.
- En el caso de que la artroplastia esté indicada, es necesario llevar a cabo un proceso de **decisiones compartidas** entre profesional y paciente, valorando los beneficios y riesgos de las diferentes opciones terapéuticas, e incorporando los valores y preferencias de la persona.
- En Cataluña, la incidencia de la artroplastia de rodilla presenta una **gran variabilidad** entre las diferentes áreas básicas de salud y centros hospitalarios. Esta variabilidad se explica principalmente por las diferencias en los circuitos organizativos y en los criterios clínicos empleados por los profesionales.

¿Por qué la artroplastia de rodilla como primera opción terapéutica es una práctica de poco valor?

La artrosis es una enfermedad degenerativa que afecta a toda la articulación, caracterizada por la degradación del cartílago, la remodelación ósea, la formación de osteofitos y la inflamación sinovial, que conduce al dolor, la rigidez, la inflamación y la pérdida de la función articular normal.¹ La artrosis de rodilla es una de las principales causas de dolor articular y discapacidad funcional entre la población adulta, especialmente a partir de los 50 años.

Esta patología representa una de las condiciones musculoesqueléticas más frecuentes atendidas en los centros de atención primaria y hospitalarios, y tiene un impacto significativo en la calidad de vida y el consumo de recursos sanitarios.

Las guías de práctica clínica no establecen unos criterios universales para definir la gravedad de la artrosis de rodilla (leve, moderada o grave), ya que esta se determina a partir de un conjunto de criterios clínicos, funcionales y, en menor medida, radiológicos. El criterio es, por lo tanto, multidimensional y se basa en la intensidad del dolor, el grado de limitación funcional y la respuesta a los tratamientos conservadores.

En personas con artrosis de rodilla leve o moderada, la artroplastia de rodilla como primera línea de tratamiento se considera una práctica clínica de poco valor, puesto que las medidas conservadoras pueden mejorar significativamente los síntomas y la función articular. Por el contrario, la cirugía de artroplastia comporta riesgos relevantes, especialmente en personas con factores de riesgo de complicaciones, y sus beneficios a largo plazo pueden ser limitados y variables.¹⁻⁹

¿Qué dice la evidencia científica sobre el tratamiento de la artrosis de rodilla?

Las guías de práctica clínica recomiendan firmemente las **estrategias conservadoras** como primera línea de tratamiento en la artrosis de rodilla.¹⁻⁹

El seguimiento de un **plan personalizado de ejercicio físico estructurado** es fundamental para reducir el dolor y mejorar la función en personas con artrosis de rodilla. Se recomiendan programas que incluyan ejercicio aeróbico, de fuerza, de movilización articular y de flexibilidad,^{3,4,6,8} combinando sesiones supervisadas por profesionales de la salud y ejercicios realizados de forma autónoma.⁸ Asimismo, se recomienda a las personas con artrosis de rodilla que mantengan un **peso saludable**, pues la pérdida de peso puede reducir significativamente la carga sobre la rodilla, mejorando la calidad de vida y disminuyendo el dolor.^{2,4-6,9}

Los programas de **educación y autogestión de la enfermedad**, impartidos por profesionales formados, son especialmente recomendables.^{1,3,4,6} Además, debe tenerse en cuenta que presentan un coste inferior respecto a otros tipos de intervenciones, como la cirugía.⁸

Es necesario valorar el uso de **ortesis** (como las férulas), **bastones** y otras ayudas y adaptarlas a la situación y comorbilidades de cada paciente.^{1,4-6} Estas ayudas actúan como elementos de apoyo para evitar sobrecargas que aumenten el dolor, mejorar la autonomía y evitar caídas.

La **terapia cognitivo-conductual** también es una intervención recomendada en algunas guías, especialmente en situaciones de dolor diseminado y afectación depresiva, y en combinación con otras intervenciones.^{1,3,4}

La **farmacoterapia** debería considerarse cuando las intervenciones no farmacológicas no han sido suficientes o como apoyo hasta que los cambios de estilo de vida surtan efecto. También puede ser una opción en episodios de agudización del dolor. Los analgésicos como el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), tópicos u orales, pueden utilizarse siempre que no haya contraindicaciones,^{2,3,5-7,9} prescribiendo la dosis efectiva más baja y durante el menor tiempo posible.^{5,9}

Cuando el tratamiento oral no es efectivo, o en casos de artrosis moderada o severa, pueden considerarse las **infiltraciones intraarticulares de corticoesteroides** para aliviar el dolor, aunque su efecto es limitado (hasta 3 meses).^{6,7} Las **infiltraciones de ácido hialurónico** no se recomiendan de forma rutinaria,^{1,5,6} pero pueden ser una opción en pacientes seleccionados.^{3,9} El **plasma rico en plaquetas** puede ofrecer una mejora similar del dolor y mejor funcionalidad, especialmente cuando se combina con ácido hialurónico o corticoesteroides.¹⁰

Por lo general, no se recomienda el uso de opioides para la artrosis de rodilla.^{3,5,6} Los tratamientos farmacológicos deben ser siempre personalizados y reevaluados regularmente.⁷

La decisión terapéutica debe ser individualizada y coordinada entre los y las especialistas que tratarán a la persona en el proceso de rehabilitación: medicina de familia, medicina rehabilitadora, geriatría, reumatología, traumatología y unidades de dolor, dentro de un modelo funcional integrado.¹¹

En pacientes con artrosis grave que no han logrado mejorar los síntomas a pesar de haber seguido los tratamientos conservadores durante un período de tiempo apropiado (por ejemplo, de 3 a 6 meses con buena adherencia), las guías recomiendan que la **artroplastia** sea considerada en función del impacto

de la enfermedad en la calidad de vida de la persona y su capacidad funcional.^{5,7,12} La cirugía debe abordarse con una planificación rigurosa que incluya la educación del paciente y una preparación física prequirúrgica supervisada por profesionales de la salud.⁸ En pacientes con comorbilidades o factores de riesgo como tabaquismo, diabetes u obesidad, se recomienda optimizar estas condiciones antes de la intervención.¹² Es preciso tener en cuenta las contraindicaciones absolutas y relativas de la cirugía relacionadas con el estado clínico general del paciente, tales como infecciones activas, comorbilidades graves no controladas, insuficiencia vascular o muscular de la extremidad o limitaciones funcionales que podrían dificultar la rehabilitación.⁴⁻⁶

Las guías recomiendan una **toma de decisiones compartida entre profesional y paciente** para identificar el tratamiento más adecuado, especialmente cuando se considera la cirugía de artroplastia de rodilla. Los pacientes deben disponer de información clara y detallada sobre los riesgos y beneficios de la cirugía y de las alternativas conservadoras, de forma que la elección del tratamiento refleje sus preferencias y valores.^{1,2,4,5,7,13} El uso de medidas reportadas por los pacientes, como las escalas WOMAC (*Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index*)¹⁴ y KOOS (*Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score*),¹⁵ que evalúan el dolor, la función y otras dimensiones, así como otros cuestionarios genéricos validados de calidad de vida relacionada con la salud, es esencial para valorar el impacto de la enfermedad y la adecuación de las intervenciones dentro de un marco de toma de decisiones compartidas.

¿Cuál es el alcance de la artroplastia de rodilla en Cataluña?

En Cataluña, la artrosis de rodilla afecta a un 13,4 % de la población mayor de 15 años. Su prevalencia aumenta con la edad y es más común en mujeres que en hombres, hasta alcanzar un 30,2 % en los varones mayores de 65 años y un 47,7 % en las mujeres del mismo grupo de edad.¹⁶

Según los datos del Registro de Artroplastias de Cataluña (RACat) recogidos entre 2005 y 2014, se observó un incremento del número de intervenciones, tanto primarias como de revisión, a lo largo de los 10 años de registro. El mayor número de intervenciones primarias se registró en el 2010, cuando se superaron las 7.000 intervenciones. Se intervinieron más mujeres (71,2 %) que varones.¹⁷

En las artroplastias primarias de rodilla, la artrosis fue la causa mayoritaria (98,1 % de los casos), mientras que el motivo de revisión más frecuente fueron las complicaciones mecánicas del dispositivo ortopédico (54,6 %). El 17,3 % de las revisiones fueron por infección y reacción inflamatoria debida a la prótesis.¹⁷

La tasa de intervenciones de artroplastia de rodilla varía según el área básica de salud y el centro hospitalario. Según datos de 2023, la variabilidad observada entre centros, con tasas que oscilan entre 50 y 150 intervenciones por cada 100.000 habitantes, se explica principalmente por diferencias en las prácticas profesionales y la organización de los servicios, más que por factores socioeconómicos o el envejecimiento de la población (datos propios no publicados). Esta variabilidad podría reducirse con la implementación de circuitos asistenciales y protocolos comunes entre centros, así como con la formación continua de los profesionales implicados en el continuum asistencial de la enfermedad.

¿Qué eventos adversos se asocian a la artroplastia de rodilla?

La artroplastia de rodilla es una intervención mayor que requiere ingreso hospitalario e implica un proceso de recuperación largo (seis meses o más). La cirugía comporta riesgos a corto y largo plazo, a tener en cuenta. Además, las personas con condiciones médicas previas como problemas cardíacos, pulmonares, diabetes, tabaquismo o sobrepeso tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones.¹²

Las posibles complicaciones postoperatorias incluyen, entre otros¹⁸:

- Problemas de cicatrización o infección de la herida quirúrgica: a su vez, pueden aumentar el riesgo de infección profunda de la articulación.
- Infección de la prótesis.
- Trombosis venosa profunda.
- Embolia pulmonar.
- Lesiones quirúrgicas.
- Dolor persistente: Un 20 % de los pacientes pueden continuar presentando dolor crónico después de la artroplastia total de rodilla.¹⁹
- Desgaste o aflojamiento de la prótesis: Con el paso del tiempo, puede requerir una nueva cirugía de sustitución. Una revisión sistemática de registros y estudios clínicos publicados entre 2004 y 2023 mostró que el 5,6 % de las prótesis totales de rodilla y el 11 % de las unicompartmentales requieren una cirugía de revisión después de un seguimiento medio de 5,7 y 4,9 años, respectivamente.²⁰ Según datos de Cataluña, la incidencia acumulada de revisión en las artroplastias de rodilla fue del 0,7–0,8 % en el primer año, llegando al 4,4–5,1 % el décimo, en función de la conservación o no del ligamento cruzado (sin diferencias significativas).¹⁷

¿En qué situaciones se puede considerar la artroplastia de rodilla como primera opción terapéutica?

La guía del *American College of Rheumatology* y el *American Association of Hip and Knee Surgeons* de 2023¹² indica que ciertas situaciones pueden justificar una indicación más precoz de la artroplastia, como la artrosis grave con dolor y pérdida de función sustanciales, y el fracaso documentado del tratamiento conservador después de un período de tiempo adecuado.¹² La guía también establece que no debe retrasarse innecesariamente la cirugía en casos con deformidades graves o artropatía neuropática.

En conclusión

La artroplastia de rodilla debe reservarse para casos de artrosis grave en los que los tratamientos conservadores no han sido efectivos. Se deben priorizar opciones terapéuticas conservadoras como la educación sobre la patología, el ejercicio físico y la pérdida de peso, dada su eficacia y menor riesgo. Si la cirugía presenta un balance beneficio/riesgo favorable, debe valorarse en el marco de una toma de decisiones compartidas, incorporando los valores, preferencias y expectativas de la persona.

Con la colaboración 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

Con el apoyo de

- Societat Catalana de Qualitat Assistencial
- Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia
- Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya
- Societat Catalano-Balear de Fisioteràpia

Fuentes

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 (KNMG). [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 Arthroplastias 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, Goberman-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.

Enlaces de interés

- [Herramienta de decisiones compartidas en artrosis de rodilla.](#) Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Se recomienda que este documento sea citado de la siguiente forma: Artrosis de rodilla y artroplastia. Recomendación Essencial. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; noviembre 2025.

Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia [Creative Commons](#) de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.



Essencial es una iniciativa que identifica prácticas clínicas de poco valor y promueve recomendaciones para evitar su realización.

Esta ficha es una recomendación para la ayuda en la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Si desea recibir más información sobre el proyecto, puede contactar con: essencial.aquas@gencat.cat

Visítanos en la web essentialsalut.gencat.cat