



## ARTÍCULO ESPECIAL

## Artrosis: ¿cambios degenerativos o cambios adaptativos? Consejos educativos breves en la consulta de atención primaria



Gema Izquierdo Enríquez<sup>a,\*</sup>, María Victoria García Espinosa<sup>b</sup>,  
Isabel Prieto Checa<sup>b</sup>, María Fernández de Paúl<sup>c</sup>,  
Patricia Moreno Carrero<sup>d</sup> y Silvia Fernanda García Vila<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Villa de Vallecas, Madrid, España

<sup>b</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Los Alpes, Madrid, España

<sup>c</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Benita de Ávila, Madrid, España

<sup>d</sup> Fisioterapia Atención Primaria, Madrid, España

Recibido el 26 de agosto de 2024; aceptado el 8 de noviembre de 2024

Disponible en Internet el 17 de diciembre de 2024

### PALABRAS CLAVE

Artrosis;  
Manejo del dolor;  
Atención primaria;  
Analgésicos;  
Educación para la salud

**Resumen** La artrosis es una enfermedad articular degenerativa, siendo el problema articular más frecuente a nivel mundial. Es considerada una enfermedad grave debido a la presencia de dolor y de disminución de capacidad funcional. Además, no existen fármacos modificadores de la enfermedad ni un tratamiento curativo en el momento actual; siendo el tratamiento base o de primera línea el no farmacológico, basado en educación y ejercicio físico.

La presencia de cambios degenerativos en las pruebas de imagen está presente en un porcentaje elevado de la población general asintomática, es decir, en aquellos que no tienen dolor ni limitación funcional; y que dicho porcentaje aumenta progresivamente con la edad. En definitiva, la artrosis forma parte del envejecimiento normal de la población.

Al igual que en el dolor lumbar, se propone aplicar un modelo salutogénico de salud, prestando especial atención a los términos utilizados a la hora de informar y aconsejar a los pacientes.

Se incluye una revisión de las principales causas, efectividad y pronóstico del tratamiento en artrosis, para poder realizar consejo educativo breve a los pacientes.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc/4.0/>).

### KEYWORDS

Osteoarthritis;  
Pain management;  
Primary health care;  
Analgesics;  
Health education

**Osteoarthritis: Degenerative changes or adaptive changes? Brief pain advice in primary care**

**Abstract** Osteoarthritis is a degenerative joint disease and is the most common joint problem worldwide. It is considered a serious disease due to the presence of pain and reduced functional capacity. Moreover, there are no disease-modifying drugs or curative treatment at present; the basic or first-line treatment is non-pharmacological, based on education and physical exercise.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [gemaizquierdo88@gmail.com](mailto:gemaizquierdo88@gmail.com) (G. Izquierdo Enríquez).

The presence of degenerative changes in imaging tests is present in a high percentage of the general asymptomatic population, i.e. in those who have no pain or functional limitation, and this percentage increases progressively with age. In short, osteoarthritis is part of the normal aging process of the population.

As with low back pain, it is proposed to apply a salutogenic model of health, paying special attention to the terms used when informing and advising patients.

It is proposed a review of the main causes, effectiveness and prognosis of osteoarthritis treatment, in order to provide brief educational advice to patients.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

*Si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con la que afrontes ese sufrimiento.*

Viktor Frankl

Según la OMS la artrosis es una enfermedad articular degenerativa, que en 2019 afectaba a alrededor de 528 millones de personas en el mundo. Aproximadamente el 73% de la población con artrosis es mayor de 55 años, y el 60% son mujeres. La articulación de la rodilla es la afectada con mayor frecuencia, seguida de las articulaciones de la mano y la cadera. Es el problema articular más frecuente a nivel mundial, siendo un motivo habitual de consumo de servicios sanitarios y causa de discapacidad. Además, su incidencia y prevalencia va en aumento debido al envejecimiento de la población y al aumento de las tasas de obesidad y traumatismos. Es considerada como una enfermedad grave por la presencia de dolor y disminución de capacidad funcional<sup>1</sup>.

El diagnóstico de artrosis es clínico, pudiendo realizarse en personas mayores de 45 años con dolor articular asociado al movimiento y que no tengan rigidez articular matutina o, si está presente, que dure menos de 30 minutos. No se recomienda el uso de pruebas de imagen para el diagnóstico, excepto en el caso de presentar características atípicas como antecedente de traumatismo, empeoramiento brusco de síntomas, deformidad o sospecha de otra patología asociada<sup>2</sup>.

Los cambios degenerativos en las pruebas de imagen están presentes en un alto porcentaje de la población general asintomática (sin dolor ni limitación funcional) y este porcentaje aumenta progresivamente con la edad. La región lumbar es la que más ha sido estudiada y dentro de las articulaciones periféricas, el mayor número de estudios se centran en la rodilla. Se estima que entre el 4-14% de los adultos menores de 40 años y entre el 19-43% de los mayores de 40 años asintomáticos presentan cambios (defectos de cartílago, desgarro de menisco, osteofitos...) en la resonancia magnética (RM) de rodilla<sup>3</sup>. En el caso de la cadera, se encuentran desgarros en el labrum en el 54% de los mayores de 40 años asintomáticos<sup>4</sup>. Lo mismo podemos objetivar en el hombro, donde alteraciones en ligamentos y cambios degenerativos en la articulación acromioclavicular también están presentes en personas asintomáticas y solo los desgarros completos tienen impacto en la función del hombro<sup>5</sup>. Con respecto a las articulaciones pequeñas, se

objetivan desplazamientos del disco en la articulación temporomandibular en un 31% de voluntarios asintomáticos<sup>6</sup>, y estudios recientes muestran una alta prevalencia de desgarros en el complejo del fibrocartílago triangular en muñecas asintomáticas<sup>7</sup>. Se conoce que hay personas con cambios estructurales avanzados en las pruebas de imagen que no presentan síntomas; es decir, no siempre hay una correlación directa entre estos cambios y el dolor o la función articular<sup>8</sup>. Tampoco está claro el papel de los tejidos en el dolor asociado a la artrosis. En la gonartrosis, por ejemplo, se ha visto que la pérdida de cartílago articular se asocia solo a un mínimo empeoramiento del dolor (menos de 1 punto en una escala de 0-20)<sup>9</sup>.

El dolor es una experiencia personal compleja que responde a causas múltiples del entorno biopsicosocial. Además, es importante tener en cuenta que el uso generalizado y temprano de pruebas de imagen en la artrosis (excepto cuando se plantea el recambio articular) no es necesario para el diagnóstico ni para determinar el pronóstico y, tal y como se ha visto a nivel lumbar<sup>10</sup>, podría ser un nocebo: un factor que contribuya a la persistencia del dolor y la discapacidad asociada al mismo.

Tradicionalmente las pruebas de imagen han sido utilizadas para la evaluación del dolor articular y la artrosis, pero hay que ser cautos en su uso a la hora de tomar decisiones terapéuticas<sup>8</sup>. Como profesionales de la salud también debemos plantearnos la importancia de cómo se da la información a los pacientes, y cómo esta puede amplificar los síntomas o ser una causa de malestar o distrés<sup>11</sup>. Ante un paciente que acude, por ejemplo, por gonalgia, si se justifica su dolor por la presencia de cambios degenerativos en la rodilla y a la vez se le explica que la artrosis empeora con la edad, ¿qué conclusiones lógicas sacará? Sin embargo, si le explicamos que la artrosis son cambios que aparecen con el paso del tiempo, con la edad, al igual que aparecen canas en el pelo o arrugas en la piel, que todos estos cambios van apareciendo progresivamente por lo que con frecuencia nos adaptamos bien a los mismos y que lo esperable es que el dolor desaparezca, quizás pueda evitarse el desarrollo de expectativas negativas en relación con la evolución de la artrosis<sup>12</sup>. Es importante usar las palabras e información adecuada a la hora de dar un consejo o recomendación en la consulta, puesto que esa información, y cómo se da, afecta a los circuitos neuronales asociados a las emociones y al dolor, pudiendo contribuir así a perpetuar o no el proceso<sup>13</sup>. Debemos caminar hacia un

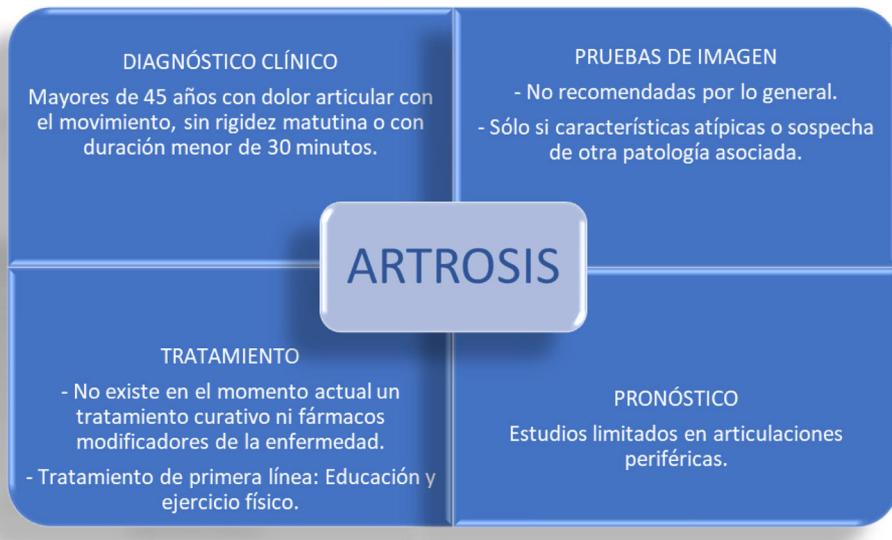


Figura 1 Diagnóstico, tratamiento y pronóstico en artrosis.

Tabla 1 Evidencia de los tratamientos en artrosis

Tratamiento	Indicaciones	Evidencia
AINE tópicos	Gonartrosis y otras articulaciones	Moderada o baja
AINE orales	Si no es efectiva la vía tópica. Balance beneficio/riesgo	Moderada, baja o muy baja
Paracetamol	Ocasional si los AINE no son efectivos o contraindicados	Baja o muy baja
Glucosamina	No ofrecer	Baja o muy baja
Opioides	Menores: Uso ocasional o a corto plazo y si los AINE son inefectivos o contraindicados	Muy baja
Antidepresivos	Mayores: No ofrecer No mejoría en artrosis de rodilla. Selección cuidadosa de casos	Alta
Inyecciones intraarticulares de corticoide	Se puede ofrecer si el resto de tratamientos son inefectivos	Moderada
Inyecciones intraarticulares de ácido hialurónico	No ofrecer	Baja o muy baja
Artroscopia	No ofrecer	Alta

enfoque más salutogénico en el abordaje y tratamiento de la artrosis.

El pronóstico está especialmente estudiado en la lumbalgia; en el dolor articular periférico la información es limitada. En el caso de la rodilla, se ha encontrado una asociación entre la existencia de gonalgia bilateral y un bajo nivel educativo con la presencia del dolor<sup>14</sup> (fig. 1).

## Efectividad de los tratamientos

No existe en el momento actual un tratamiento curativo ni fármacos modificadores de la enfermedad, siendo el tratamiento de primera línea el no farmacológico, basado en educación y ejercicio físico<sup>1</sup> (tabla 1).

## Tratamiento no farmacológico

Se sabe que muchas personas afectadas por artrosis no reciben el tratamiento adecuado según la evidencia actual<sup>1</sup>, un tratamiento no farmacológico basado en educación y ejercicio físico<sup>1,2</sup>.

La revisión de la EULAR<sup>1</sup> del 2023 sobre artrosis de rodilla y cadera recomienda el abordaje biopsicosocial y la toma de decisiones compartida. Como recomendaciones de evidencia 1A incluye: la oferta de un plan de tratamiento multicomponente basado en el tratamiento no farmacológico; proporcionar educación y consejo en el automanejo en los encuentros clínicos; proponer un programa de ejercicio según disponibilidad y preferencias del paciente; proporcio-

nar educación sobre la importancia de mantener un peso adecuado y abordar la obesidad y el sobrepeso si está presente.

Según la guía NICE<sup>2</sup> se debe recomendar el ejercicio adaptado a todas las personas con artrosis y, en algunos casos, siendo supervisado o con un programa educativo estructurado. Además, recomienda avisar a los pacientes de que a pesar de que el dolor articular puede empeorar al principio, la práctica regular de ejercicio físico beneficia a las articulaciones y mejora a largo plazo la función, la calidad de vida y el dolor. En caso de presentar sobrepeso u obesidad, se recomendaría la pérdida de peso, incidiendo en que cualquier pérdida es beneficiosa por pequeña que sea. También nos recuerda que no hay suficiente evidencia para recomendar terapia manual, acupuntura o punción seca y que no hay evidencia que respalde ofrecer electroterapia o ultrasonido, cuando estas técnicas no se realizan como coadyuvantes del ejercicio físico. Se pueden considerar ayudas para la deambulación, como el uso de bastones.

### Tratamiento farmacológico e intervencionista

El tratamiento farmacológico, según la guía NICE<sup>2</sup>, se puede considerar asociado al tratamiento no farmacológico y para favorecer el ejercicio físico, siempre en la menor dosis posible y el menor tiempo posible.

**Antiinflamatorios (AINE) tópicos:** Se pueden ofrecer en personas con gonartrosis y considerar en personas afectadas en otras articulaciones.

**AINE orales:** En caso de no ser efectivos en la vía tópica, se puede considerar su uso en vía oral, siempre teniendo en cuenta el beneficio/riesgo y la necesidad de gastroprotección.

**Paracetamol:** No ofrecer rutinariamente, excepto para uso ocasional o corto plazo cuando los AINE están contraindicados o son inefectivos.

**Glucosamina:** No ofrecer por su falta de evidencia.

**Opioides:** No ofrecer opioides débiles de forma generalizada, excepto para uso ocasional o a corto plazo siempre y cuando los AINE estén contraindicados o sean inefectivos. No ofrecer opioides potentes dada la presencia de un balance beneficio/riesgo negativo.

**Antidepresivos:** Una revisión Cochrane sobre el uso de antidepresivos en dolor persistente en personas con artrosis de rodilla y cadera concluye que hay evidencia alta de que el uso de antidepresivos para la artrosis de rodilla no produce una mejoría significativa en el dolor o la funcionalidad, con un número necesario a tratar para un efecto beneficioso adicional de 6 y un número necesario a tratar para un desenlace perjudicial adicional de 7. Sin embargo, un pequeño número de personas tendría una mejoría importante del 50% o más (es posible que la causa del dolor que responde a este tratamiento solo esté presente en un pequeño número de personas, por lo que se debe seleccionar cuidadosamente a los pacientes cuando se considere su uso)<sup>15</sup>.

**Técnicas intervencionistas:** Según la guía NICE<sup>2</sup>, se pueden considerar las inyecciones intraarticulares de corticoide cuando el resto de tratamientos farmacológicos no han sido efectivos para favorecer la actividad física, explicando que como mucho produce una mejoría a corto plazo. No

recomienda ofrecer inyecciones intraarticulares de ácido hialurónico.

Con un grado de evidencia alto se recomienda no ofrecer artroscopias para lavado o desbridamiento (las artroscopias, en procesos degenerativos de rodilla, incluidas las roturas degenerativas de menisco, tienen poco o ningún efecto clínicamente importante en dolor o función; podrían dar lugar a un ligero aumento de efectos adversos y no se ha determinado si dan lugar a un número ligeramente mayor de cirugías de rodilla)<sup>16</sup>.

**Cirugía:** Los pacientes se someten a una artroplastia total de rodilla (ATR) en etapas muy dispares de artrosis. La mayoría de los estudios no incluyen a los pacientes basándose en la severidad de la artrosis, y la falta de criterios de inclusión consistentes da como resultados cohortes muy heterogéneas que no dan validez a estos estudios<sup>17</sup>.

En una revisión sistemática de pacientes sometidos a artroplastia de cadera o rodilla se encontró una fuerte y consistente asociación con mayor dolor posquirúrgico de los siguientes factores prequirúrgicos: el sexo femenino, bajo nivel socioeconómico, un mayor nivel de dolor preoperatorio, la presencia de comorbilidades o dolor lumbar, un peor estado funcional preoperatorio y la presencia de factores psicológicos (depresión, ansiedad o catastrofismo)<sup>18</sup>.

Según una revisión de la Cochrane sobre la cirugía de reemplazo de hombro para artrosis y artropatía por desgarro del manguito rotador, no hay estudios de calidad para determinar si es más efectivo que otros tratamientos ni cuál sería la técnica más efectiva en diferentes situaciones<sup>19</sup>.

### En la práctica, qué es recomendable hacer

Una revisión sistemática sobre recomendaciones de guías de práctica clínica para la atención al dolor osteomuscular identifica 11 recomendaciones de calidad<sup>20</sup>:

- Asegurarse de que la atención está centrada en el paciente
- Identificar banderas rojas
- Abordar factores psicosociales
- Usar pruebas de imagen selectivamente
- Realizar exploración física
- Monitorizar el progreso del paciente
- Proveer información/educación
- Abordar actividad física y ejercicio
- Usar terapia manual solo como tratamiento coadyuvante
- Ofrecer cuidados no quirúrgicos de calidad antes de proponer cirugía
- Tratar de mantener al paciente laboralmente activo

Cuando aparecen, los síntomas de la artrosis son muy variables, desde leves e intermitentes a más persistentes y severos. La propuesta, al igual que en otras causas de dolor crónico no oncológico (DCNO), es aplicar un enfoque salutogénico, donde las acciones se enfocan hacia el bienestar y el envejecimiento saludable, en el cual se concibe la salud con una visión positiva orientada a la promoción con énfasis de aquello que genera salud y se desvincula del enfoque patogénico. Creemos que abordando de este modo

**Tabla 2** Ejemplos de consejo breve inicial en artrosis**Causa:**

«La artrosis es el proceso de envejecimiento de las articulaciones, por lo que es más frecuente en las personas mayores. Afecta de manera diferente: en ocasiones no produce ningún síntoma ni interfiere en las actividades cotidianas, mientras que en otras podría causar dolor, rigidez o limitación funcional»

«La artrosis forma parte del envejecimiento natural de las personas y es frecuente que empieza a aparecer a partir de los 45 años». «Son cambios normales y frecuentes que van apareciendo a medida que se cumplen años, igual que las canas en el pelo o las arrugas en la piel»

«Ciertos factores pueden aumentar la probabilidad de tener artrosis, entre ellos la edad, el sobrepeso o la obesidad, lesiones o cirugía de una articulación, movimientos muy repetidos u otros»

**Diagnóstico:**

«El diagnóstico es clínico y habitualmente no es necesario solicitar pruebas de imagen para confirmarlo»

«Las pruebas de imagen no son necesarias para el diagnóstico ni para elegir el tratamiento, excepto cuando se plantea una prótesis articular»

**Efectividad de los tratamientos:**

«Los objetivos del tratamiento para la artrosis son mejorar la función articular y muscular, mantener la calidad de vida y reducir en lo posible el dolor»

«El tratamiento depende de los síntomas y la función articular, siendo el tratamiento no farmacológico, basado en educación y ejercicio físico, el más efectivo»

«El ejercicio físico es el tratamiento más efectivo en la artrosis; aunque al principio podrían aumentar las molestias, a largo plazo reduce el dolor y la rigidez en las articulaciones, aumentando la flexibilidad y la fuerza muscular»

«Se puede dar una hoja con recomendaciones de actividad física a los pacientes, que puede descargarse en el siguiente enlace: <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/docs/ActividadFisica.pdf><sup>21</sup>

«Algunas personas pueden necesitar temporalmente medicamentos para ayudar a controlar los síntomas o poder hacer actividad física». «Si lo crees necesario en tu caso podemos probar con un antiinflamatorio tópico». «Si lo consideras, y no está contraindicado, puedes tomar antiinflamatorio el menor tiempo posible y a la menor dosis posible o también se puede usar de manera puntual»

Si hay que evitar AINE: «Como fármaco el más efectivo es el antiinflamatorio, pero en tu caso no deberíamos usarlo, ¿has probado con paracetamol?», «¿te sirve?»

**Educación en autocuidados:**

«Lo habitual es que los síntomas desaparezcan en unos días o semanas»

«Para una buena evolución de los síntomas, es importante mantenerse activo y en lo posible no dejar de moverse»

«Puedes usar frío y/o calor suave para ayudar a reducir el dolor en las articulaciones»

«Si lo crees necesario puedes usar un bastón o andador, que pueden ayudar a moverse con mayor seguridad y estabilidad, y a disminuir el dolor»

En la artrosis en las manos: «Si lo crees necesario, puede resultar útil usar dispositivos que te ayuden a agarrar y abrir objetos, como abridores de latas o frascos»

«Como hemos hablado, el ejercicio físico es el tratamiento más efectivo. ¿Qué ejercicio físico?: uno que te sea fácil y te haga sentir bien». «Si no haces ejercicio habitualmente, empieza con algo que te guste, comenzando poco a poco y tomándote el tiempo necesario para adaptarte al nuevo nivel de actividad y a tu situación personal»

**Tabla 2** (continuación)

«También sería importante mantener en lo posible un peso adecuado». «Si tienes sobrepeso u obesidad, perder peso puede ayudar y ser especialmente útil en el caso de las rodillas o las caderas»

Remitir a recursos comunitarios: «Puedes preguntar en el polideportivo municipal, centro de mayores, etc., qué actividades tienen adaptadas para ti»

el dolor inicial se puede prevenir su persistencia; pero para que este enfoque tenga éxito es necesario que los distintos profesionales proporcionen mensajes similares, evitando tratamientos innecesarios o incluso perjudiciales para los pacientes (tabla 2).

Si el paciente vuelve a consultar, se debe reevaluar en algún momento la posibilidad de procesos alternativos. Cada consulta sucesiva por este motivo es una oportunidad para ir ampliando el consejo (tabla 3).

Según las conclusiones a las que llegaron Hurley et al.<sup>22</sup>, cuando el dolor se cronifica afecta todos los dominios de la vida de las personas; las creencias de los pacientes acerca del dolor crónico forman sus actitudes y comportamientos, presentando confusión acerca de la causa del dolor y desconcierto en cuanto a su variabilidad y aleatoriedad. Sin la información y el asesoramiento adecuados por parte de los profesionales de la asistencia sanitaria, los pacientes no saben lo que deben y no deben hacer y, en

**Tabla 3** Ejemplos de consejo breve en visitas sucesivas

«Como hemos dicho, la artrosis se produce por el envejecimiento de las articulaciones, como las arrugas en la piel, y el diagnóstico es clínico». «Si tuviera dudas de que los síntomas fueran secundarios a otro tipo de proceso te pediría el estudio necesario»

«Los síntomas y su duración son variables de una persona a otra y de un episodio a otro». «Lo esperable es que el dolor mejore en unas semanas»

«Es importante que te muevas con la confianza de que es bueno para ti y de que te va a ayudar a mejorar la capacidad funcional y tu calidad de vida»

«Como hemos hablado, el ejercicio físico en la artrosis es el tratamiento más efectivo, aunque es posible que al principio el dolor aumente un poco»

«Si consideras que necesitas ayuda farmacológica podemos revisarlo»

«Si quieras podemos repasar los autocuidados para ver qué se puede mejorar»

*Definición de dolor:*

«El dolor es una experiencia humana compleja, en la que influye no solo lo que esté ocurriendo en la zona física donde lo notas, sino también todo lo que crees, piensas y sientes»

*Causa:*

«Como hemos dicho, la artrosis se produce por el envejecimiento de las articulaciones, como las arrugas en la piel». «Es un proceso frecuente y aumenta con la edad». «No tiene por qué asociarse a dolor; hay personas con mucho dolor y pocos cambios en las pruebas de imagen y hay gente con muchos cambios sin dolor». «Hay muchos motivos por los que podemos experimentar dolor, pero por la edad y síntomas que presentas, no hay nada que me haga pensar en otras causas»

Si es el caso: «Con el tiempo pueden llegar a aparecer cambios en la capacidad para mover la articulación e incluso sensación de que la articulación está floja o inestable»

«Hay personas que presentan estos cambios en varias articulaciones sin apenas síntomas, otros presentan síntomas intermitentes»

*Si el paciente solicita estudio radiológico y no lo consideras necesario:*

«Como hemos dicho, el diagnóstico es clínico. En tu caso, me has contado que no ha habido traumatismo previo, y no tienes ningún síntoma que me sugiera que el dolor sea secundario a otra enfermedad». «Ante la menor duda de que tu dolor fuera secundario a otro tipo de proceso, te pediría el estudio necesario»

**Tabla 3 (continuación)**

«Hay estudios hechos en población sin ningún síntoma en los que se ha demostrado que lo que se llama hallazgos degenerativos en las pruebas de imagen, aparecen en las personas a medida que aumenta la edad, son completamente normales y no implica que haya que actuar de un modo diferente». «Encontrar cambios degenerativos en las articulaciones en pruebas de imagen solo nos indica que están envejeciendo, pero no se relaciona directamente con tener más o menos dolor»

*Reevalúa la posibilidad de diagnósticos alternativos*, y si consideras hacer estudio por sospecha de artritis, infección, tumor, etc.

«Como parece que la rigidez por la mañana dura más de lo esperado, vamos a hacer una analítica para descartar otros procesos»

«Dados tus antecedentes personales y las características del dolor, vamos a hacer una radiografía para confirmar que no hay nada que no deba estar ahí. Como hemos hablado, lo normal es encontrar cambios asociados a la edad»

*Pronóstico:*

«El tener un mayor o menor grado de artrosis no se relaciona directamente con tener más o menos dolor»

Si el paciente pregunta sobre la duración de los síntomas: «La zona anatómica más estudiada es la columna lumbar, donde se ha visto que el dolor inespecífico puede durar frecuentemente hasta 6 semanas». «Lo esperable es que el dolor mejore progresivamente y desaparezca a lo largo de las semanas»

*Efectividad de los tratamientos:*

«Como hemos hablado, el ejercicio físico en la artrosis es el tratamiento más efectivo». «Entender el dolor y saber de la artrosis ayuda a realizar el ejercicio físico de manera confiada»

«¿Qué ejercicio físico? En principio, si no haces nada habitualmente comienza poco a poco, el que tu prefieras o te sea más fácil. También te puedes plantear combinar varias actividades»

Tratamiento farmacológico coadyuvante según consideres o el paciente vaya preguntando:

«Puedes seguir con una crema antiinflamatoria si te parece bien». «Si crees que lo necesitas, y no hay contraindicación, puedes utilizar un analgésico AINE, como el ibuprofeno, por poco tiempo y lo menos posible para mejorar el dolor lo suficiente como para poder moverte más fácilmente (evalúa la necesidad de IBP)»

Si el paciente lo solicita y te parece adecuado: «En tu caso, es mejor no utilizar AINE. Podrías probar el paracetamol; pero si no te ayuda, no es necesario seguir tomándolo»

«No hay ninguna evidencia que recomiende utilizar vitaminas, suplementos alimentarios o fármacos como la glucosamina o derivados»

«Los opioides, en principio, no estarían indicados». «Podría plantearse su uso excepcional si no hay otra opción, valorando beneficio/riesgo, y siempre la menor dosis posible y el menor tiempo posible»

Tratamientos intervencionistas: «En casos seleccionados podría plantearse una infiltración con corticoides, que puede mejorar el dolor a corto plazo»

Por ejemplo, si por la exploración sospechamos un desgarro degenerativo de menisco: «Aunque por la exploración la sospecha en este momento puede ser que el menisco se ha afectado por el paso del tiempo, el tratamiento es el mismo»

Si el paciente pregunta o lo consideras: «La cirugía artroscópica no se recomienda en los cambios asociados a la edad, ya que no es efectiva»<sup>16</sup>. Si el paciente insiste, dar infografía

<https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/CoResponde/2022/2204-Res-visual-2.pdf>

Si consideras necesario hacer prueba de imagen: «Muchos factores pueden determinar si la cirugía es una opción. Como los demás tratamientos no han funcionado, haremos una radiografía para valorar otros tratamientos». «Como todos los tratamientos previos no han sido efectivos y la radiografía presenta muchos cambios, hablaremos con el facultativo hospitalario, para ver qué propone»

**Tabla 3 (continuación)**

*Educación en autocuidados:*

Repasar consejos básicos iniciales: «El movimiento va a hacer que todo vaya mejor. A pesar del dolor, en lo que puedas, muévete». «Puedes usar frío y/o calor para ayudar a reducir el dolor en las articulaciones». «Si lo crees necesario, puedes usar un bastón o andador que pueden ayudar a moverse con mayor seguridad y estabilidad y a disminuir el dolor». «Si tienes sobrepeso u obesidad, cualquier pérdida de peso puede ayudar en el caso de las rodillas o las caderas»

«Como hemos hablado, el ejercicio físico es el tratamiento más efectivo. Recuerda tomar el tiempo necesario para ir adaptándote a cada nuevo nivel de actividad»

Remitir a recursos, tanto online como en la comunidad, que puedan ayudarle y ofrecer consejos sobre cómo manejar la artrosis.

*Abordar falsas creencias<sup>23</sup>:*

«¿Qué es lo que más te preocupa?»

«¿Cuál crees tú que sería el mejor tratamiento?»

*Oferta un plan de tratamiento con toma de decisiones compartida:*

- Consejo educativo en tratamiento no farmacológico (que incluya educación, ejercicio y manejo del peso si fuera necesario según recursos disponibles): «¿Tienes alguna duda sobre lo que hemos hablado sobre la artrosis?». «De las cosas que haces para mejorar los síntomas: ¿qué es lo que te va mejor?». «Con respecto al ejercicio físico: ¿qué estás haciendo?, ¿qué te planteas?»

- Si lo tienes disponible y crees que es necesario: «Podemos ver la posibilidad de hacer un programa de ejercicio multicomponente». «Podemos hablar con el fisioterapeuta sobre un programa de ejercicio terapéutico adaptado a tu situación»

- Pacto tratamiento farmacológico: «Con respecto a las opciones de tratamiento farmacológico: ¿te parece suficiente una crema antiinflamatoria?». «Como me has dicho que el paracetamol te va bien, me parece razonable usarlo a demanda». «¿Crees que necesitas un AINE oral ocasionalmente?». Si crees una opción pertinente: «Ya que no conseguimos que te muevas, podemos ver la posibilidad de hacer una infiltración para empezar con el ejercicio físico: ¿qué opinas?».

**Tabla 4 Ejemplos de consejo breve en dolor persistente**

«Llamamos dolor persistente o crónico al que dura más de 3 meses. Eso no quiere decir que sea para siempre, simplemente que dura más de lo esperado, aunque también hay algunos tejidos que necesitan más de 3 meses para curarse»

«Cuando el dolor dura mucho tiempo es habitual que se produzca un aumento de sensibilidad en nuestro sistema de alarma. Se puede producir en todos los niveles del sistema: estímulos pequeños se amplifican y pueden desencadenar el dolor; también es posible que estímulos psicosociales lo activen o amplifiquen»

«El ejercicio es en la actualidad el mejor tratamiento disponible: mejora la función y disminuye poco a poco la sensibilidad del sistema. Comprender el dolor ayuda a realizar un ejercicio físico confiado (desde la seguridad de que no me estoy haciendo daño y de que es lo mejor para mí)»

*Definición de dolor, situándose en el contexto biopsicosocial:*

«El dolor es una experiencia humana compleja, que responde a muchos factores, no solo lo que esté ocurriendo en la zona donde lo sientes; en la experiencia dolorosa influye todo lo que es importante para ti, todo lo que crees y te preocupa»

«Cuando el dolor persiste más allá de 3 meses hablamos de dolor persistente o crónico; el que lo llamemos crónico no quiere decir que sea para siempre, simplemente es que dura más de lo esperado»

**Tabla 4 (continuación)****Efectividad de los tratamientos (ver artículo falsas creencias):**

«La combinación de educación y ejercicio es en la actualidad el mejor tratamiento disponible. Ha demostrado que mejora la función, la calidad de vida y reduce el dolor»

«El ejercicio físico progresivo y confiado mejora la función física y disminuye poco a poco la sensibilización del sistema nervioso»

Informar del balance beneficio/riesgo de fármacos y hacer pacto terapéutico: «Los antiinflamatorios pueden ayudar puntualmente o a corto plazo». «Los opiáceos en el dolor crónico no oncológico tienen un papel muy limitado. Han demostrado que no son tan seguros ni tan efectivos como creímos y, en general, es mejor evitarlos». «Si después de lo que hemos hablado crees necesario tomarlos, podemos hacerlo durante unas semanas»

Si te parece oportuno por síntomas de sensibilización central: «Un antidepresivo, como la duloxetina, puede en algunos casos ayudar a disminuir la sensibilidad del sistema de alarma. Si te parece necesario, podemos probar»

**Repasar la educación en autocuidados**

Si el paciente lo hace bien, reforzar: «Lo estás haciendo muy bien, sigue así»

Si el paciente pregunta por qué persiste el dolor: «Ya hemos hablado que lo importante es cuidarse y mantenerse activo. Lo esperable es que el dolor poco a poco desaparezca, pero como te he dicho en otras ocasiones, el dolor responde a muchos factores, así que te animo a intentar no prestarle atención y hacer cosas que te gusten y te hagan sentir bien»

**Abordar falsas creencias (ver artículo falsas creencias)****Oferta plan de tratamiento según disponibilidad en la zona:**

Fomentar el afrontamiento activo (ver artículo falsas creencias). Esto es posiblemente complicado de abordar con un consejo breve.

«Es importante ponerse objetivos de tratamiento razonables. ¿Por dónde te gustaría empezar?». «Piénsalo y lo hablamos otro día»

«Veo que tienes obesidad asociada: ¿te gustaría abordar este tema con enfermería?»

«Con respecto al ejercicio físico: ¿qué te has planteado?, ¿qué te gustaría hacer?», «Piénsalo y lo hablamos otro día»

**Si lo tienes disponible y lo crees necesario:**

- «Podemos ver la posibilidad de hacer un programa de ejercicio multicomponente: ¿qué te parecería?»
- «Podemos hablar con el fisioterapeuta sobre un programa de ejercicio terapéutico adaptado a tu situación»
- «Podemos ver la posibilidad de hacer un programa educativo formal»

Si no tienes recursos disponibles en tu zona y lo consideras, puedes ayudarte de esta guía o dársela al paciente (si se la das, léela antes):

- <https://static1.squarespace.com/static/57260f1fd51cd4d1168668ab/t/5c0a752f2b6a2801d81e02a9/1544189239710/recovery-strategies+painguidebook+translated+v3.0.pdf><sup>24</sup>

**En prescripciones crónicas, valorar deprescripción:**

- «Si te parece podemos repasar el tratamiento farmacológico y ver cómo podemos mejorarlo», o «Con respecto a los fármacos, en el dolor persistente menos es mejor»

consecuencia, evitan la actividad por temor a hacerse daño ([tabla 4](#)).

## Conclusiones

La artrosis es un motivo de consulta frecuente en atención primaria. Se propone cambiar el enfoque en la atención de los pacientes y revisar cómo se da la información acerca del proceso por el que consultan, así como si la evidencia en la que se basan nuestros consejos y recomendaciones es la más actualizada.

Es conveniente, como explicación del dolor inicial, evitar la asociación generalizada del mismo con los cambios artrósicos objetivados en la radiografía, ya que puede quitar muchas connotaciones negativas en el pensamiento del paciente (el miedo con el que se afronta el dolor inicial es un factor importante en su persistencia). Quizá pueda suponer un cambio el mero hecho de proporcionar una atención centrada en el paciente y su contexto biopsicosocial y descentralizar la atención en hacer desaparecer por completo el dolor, para orientarla en mejorar o mantener la funcionalidad de los pacientes a través de la educación y ejercicio físico.

Nos gustaría recalcar que, pese a que las guías hacen hincapié en incidir sobre el peso, este es el resultado de múltiples factores biopsicosociales, muchos de los cuales escapan al control del paciente. Además, consideramos que un enfoque pesocentrista tiene efectos negativos en la salud mental de los pacientes<sup>25</sup>. Es por esto por lo que puede resultar más interesante abordar la artrosis incidiendo desde otros factores (creencias, ejercicio físico...) que se han ido abordando en este artículo.

En el dolor persistente de años de evolución es posible que el dolor no desaparezca por completo, pero una mejoría en la funcionalidad va a proporcionar a los pacientes una mayor calidad de vida. Además, adhiriéndonos a las recomendaciones actuales se conseguirá una optimización de los recursos sin causar daño o iatrogenia con procesos y tratamientos invasivos, con efectos secundarios y/o sin evidencia científica demostrada en artrosis.

«El dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional» es la conclusión a la que llegó Buda después de años de meditación.

## Responsabilidades éticas

En este trabajo no se ha llevado a cabo experimentación con animales, no incluye sujetos humanos ni se trata de un ensayo clínico.

## Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Moseng T, Vlieland V, Battista T, Beckwée D, Boyadzhieva V, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis: update. *Ann Rheum Dis.* 2023;83:730-40.
2. Overview | Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management | Guidance | NICE. (s/f) [consultado 12 Ago 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng226>.
3. Culvenor AG, Øiestad BE, Hart HF, Stefanik JJ, Guermazi A, Crossley KM. Prevalence of knee osteoarthritis features on magnetic resonance imaging in asymptomatic uninjured adults: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2019;53:1268-78, <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2018-099257>.
4. Heerey JJ, Kemp JL, Mosler AB, Jones DM, Pizzari T, Souza RB, et al. What is the prevalence of imaging-defined intra-articular hip pathologies in people with and without pain? A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2018;52:581-93.
5. Khoschnau S, Milosavjevic J, Sahlstedt B, Rylance R, Rahme H, Kadum B. High prevalence of rotator cuff tears in a population who never sought for shoulder problems: a clinical, ultrasonographic and radiographic screening study. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2020;30:457-63, <http://dx.doi.org/10.1007/s00590-019-02593-2>.
6. Salé H, Bryndahl F, Isberg A. Temporomandibular joints in asymptomatic and symptomatic nonpatient volunteers: a prospective 15-year follow-up clinical and MR imaging study. *Radiology.* 2013;267:183-94, <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.12112243>.
7. Portnoff B, Casey JC, Thirumavalavan J, Abbott E, Faber R, Gil JA. Prevalence of asymptomatic TFCC tears on MRI: A systematic review. *Hand Surg Rehabil.* 2024;43:101684, <http://dx.doi.org/10.1016/j.hansur.2024.101684>.
8. Son KM, Hong JI, Kim DH, Jang DG, Crema MD, Kim HA. Absence of pain in subjects with advanced radiographic knee osteoarthritis. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2020;21:640, <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-020-03647-x>.
9. Bacon K, LaValley MP, Jafarzadeh SR, Felson D. Does cartilage loss cause pain in osteoarthritis and if so, how much? *Ann Rheum Dis.* 2020;79:1105-10, <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-217363>.
10. Graves JM, Fulton-Kehoe D, Jarvik JG, Franklin GM. Early imaging for acute low back pain: One-year health and disability outcomes among Washington state workers. *Spine.* 2012;37:1617-27, <http://dx.doi.org/10.1097/brs.0b013e318251887b>.
11. Barsky AJ. The iatrogenic potential of the physician's words. *JAMA.* 2017;318:2425, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.16216>.
12. Lawford BJ, Bennell KL, Hall M, Egerton T, Filbay S, McManus F, et al. Removing pathoanatomical content from information pamphlets about knee osteoarthritis did not affect beliefs about imaging or surgery, but led to lower perceptions that exercise is damaging and better osteoarthritis knowledge: An online randomised controlled trial. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2023;53:202-16, <http://dx.doi.org/10.2519/jospt.2022.11618>.
13. Koban L, Jepma M, Geuter S, Wager TD. What's in a word? How instructions, suggestions, and social information change pain and emotion. *Neuroscience Biobehav Rev.* 2017;81:29-42, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.014>.
14. Collier TS, Hughes T, Chester R, Callaghan MJ, Selfe J. Prognostic factors associated with changes in knee pain outcomes, identified from initial primary care consultation data. A systematic literature review. *Ann Med.* 2023;55:401-18, <http://dx.doi.org/10.1080/07853890.2023.2165706>.

15. Leaney AA, Lytle JR, Segan J, Urquhart DM, Cicuttini FM, Chou L, et al. Antidepressants for hip and knee osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd012157.pub2>.
16. O'Connor D, Johnston RV, Brignardello-Petersen R, Poolman RW, Cyril S, Vandvik PO, et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee disease (osteoarthritis including degenerative meniscal tears). *Cochrane Database Syst Rev*. 2022, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd014328>.
17. Beiene ZA, Tanghe KK, Neitzke CC, Hidaka C, Lyman S, Gauden EB, et al. Patient selection in randomized controlled trials of total knee arthroplasty: A systematic review assessing inclusion criteria. *J Bone Joint Surg Am*. 2024;106:553–63, <http://dx.doi.org/10.2106/jbjs.23.00629>.
18. Hernández C, Díaz-Heredia J, Berraquero ML, Crespo P, Loza E, Ruiz-Ibán MA. Factores predictores prequirúrgicos de dolor posquirúrgico en pacientes sometidos a artroplastia de cadera o rodilla. Una revisión sistemática. *Reumatol Clin*. 2015;11:361–80.
19. Craig RS, Goodier H, Singh JA, Hopewell S, Rees JL. Shoulder replacement surgery for osteoarthritis and rotator cuff tear arthropathy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd012879.pub2>.
20. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*. 2020;54:79–86, <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>.
21. Estilos de vida saludable. Gobierno de España. ¡Da el primer paso por tu salud! Gob.es [consultado 12 Ago 2024]. Disponible en <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/docs/ActividadFisica.pdf>
22. Hurley M, Dickson K, Hallett R, Grant R, Hauari H, Walsh N, et al. Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: a mixed methods review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd010842.pub2>.
23. García Espinosa MV, García Vila SF, Fernández de Paul M, Moreno Carrero P, Prieto Checa I, Izquierdo Enríquez G. Falsas creencias en torno al dolor. Consejos educativos breves en la consulta de atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2024 [consultado 9 Dic 2024];56:103120. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-falsas-creencias-torno-al-dolor-S0212656724002622>.
24. Lehman G. Estrategias de Recuperación. Pain Guide Book en Español PDF. (s/f). Scribd. [consultado 12 Ago 2024]. Disponible en <https://es.scribd.com/document/477881425/G-Lehman-Estrategias-de-recuperacion-pain-guide-book-en-espanol-pdf>
25. Emmer C, Bosnjak M, Mata J. The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obes Rev*. 2020;21:e12935, <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12935>.