



# Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas

---

## ARTROSIS

2022

---



Junta de Andalucía  
Consejería de Salud y Familias

Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento  
Subdirección de Farmacia y Prestaciones  
Servicio Andaluz de Salud

## **Grupo de uso racional del medicamento para el tratamiento farmacológico de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas.**

### Presidente

---

**Pérez Venegas, José Javier.** *Médico Especialista en Reumatología. Coordinador del Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (PAERME). Jefe de Servicio de Reumatología. HU Virgen Macarena. Sevilla.*

### Secretaria

---

**Escudero Merino, Raquel.** *Farmacéutica Atención Primaria. DS Córdoba-Guadalquivir. Córdoba. Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Atención Primaria (SAFAP).*

### Vocales

---

**Gallo Vallejo, Francisco Javier.** *Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DS Granada Metropolitano. Granada.*

*Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC).*

**Maqueda López, Manuel.** *Médico Especialista en Reumatología. HU Juan Ramón Jiménez. Huelva. Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR).*

**Martín Garrido, Isabel.** *Médico Especialista en Medicina Interna. HU Virgen del Rocío. Sevilla. Sociedad Andaluza de Medicina Interna. (SADEMI).*

**Mejías Estévez, Manuel José.** *Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DS Sevilla. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. (SEMergen).*

**Nieblas Silva, Juan Manuel.** *Fisioterapeuta. Hospital Vithas Málaga. Colegio Profesional de Fisioterapeutas Andalucía.*

**Rodríguez Bravo, Isabel.** *Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DS Granada Metropolitano.*

*Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC).*

**Matas Hoces, Antonio.** *Farmacéutico. Coordinador del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME). EASP. Granada.*

**Piña Vera, M<sup>a</sup> José.** *Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria.*

*Jefa del Servicio de Promoción de Uso Racional de Medicamentos. SSCC. SAS. Sevilla.*



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS</b>	<b>5</b>
<b>3. TRATAMIENTO</b>	<b>5</b>
3.1 RECOMENDACIONES GENERALES	5
3.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	7
3.2.1 <i>Fármacos recomendados</i>	7
3.2.2 <i>Fármacos no recomendados</i>	8
<b>4. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>9</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La artrosis se define como un proceso degenerativo articular, consecuencia de trastornos mecánicos y biológicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la degradación del cartílago articular, produciendo una estimulación del crecimiento del hueso subcondral y la presencia de un cierto grado, normalmente leve, de sinovitis crónica. La artrosis es una patología que genera gran impacto asistencial ya que tiene una alta prevalencia y repercute de forma importante en la calidad de vida de los pacientes.

La artrosis además de producir dolor, reduce la capacidad del paciente para llevar a cabo sus actividades, afectando por tanto también a nivel social y laboral, en el estado de ánimo, sueño, etc.

Las articulaciones periféricas más comúnmente afectadas son las rodillas, cadera y manos.

La tabla 1 presenta los factores de riesgo de la artrosis.

**Tabla 1. Factores de riesgo en artrosis.**

<p><b>Riesgo fuerte positivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad avanzada</li> <li>- Historia familiar positiva</li> <li>- Obesidad</li> </ul>
<p><b>Riesgo débil positivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menopausia precoz y/u ovariectomía</li> <li>- Ocupación laboral de riesgo articular</li> <li>- Diabetes y otras patologías endocrino-metabólicas</li> <li>- Hipertensión, y otras patologías CV</li> </ul>
<p><b>Riesgo negativo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Osteoporosis</li> <li>- Tabaco</li> </ul>
<p><b>Locales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inestabilidad articular / hiperlaxitud</li> <li>- Forma articular anormal (congénita o adquirida)</li> <li>- Traumatismos previos</li> <li>- Actividades físicas especiales</li> </ul>

Tomada de [SEMG, SEMEGEN 2016](#).

Este es un documento informativo con recomendaciones basadas en la evidencia que pueden ser de utilidad práctica para la mayoría de los pacientes, pero que no sustituye el criterio clínico del médico en la consideración individualizada de cada paciente.

En los documentos de consenso puede que se recomienden algunos medicamentos sometidos a visado. En estos casos, la prescripción debe ajustarse completamente a las condiciones expresadas en el visado para que sea financiado con cargo al Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a la normativa legal vigente: [Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio](#), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; [Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo](#), por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos; [Resolución, de 30 de noviembre de 2021](#), de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, sobre gestión y control del visado de recetas.

## 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y apenas requiere de pruebas complementarias. No obstante, para establecer posteriores estrategias de tratamiento, sobre todo en artrosis de rodilla y de cadera, es conveniente disponer de una radiografía simple comparadas de las articulaciones afectas en bipedestación.

Diraya incorpora dentro de sus informes los criterios diagnósticos para la artrosis y otras enfermedades musculoesqueléticas. Dentro de esto se incluyen Criterios de Derivación a atención especializada.

**Cuadro 1. Criterios diagnósticos**

<b>ARTROSIS DE RODILLA</b>	<p>Dolor en la rodilla (la mayoría de los días del mes previo) y osteofitos o, al menos, 2 de los siguientes hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad &gt;50 años (sustituible por líquido sinovial de osteoartritis) (*)</li> <li>- Rigidez matutina &lt;30 minutos de duración.</li> <li>- Crepitación a la movilización articular activa.</li> </ul> <p>(*) Ambarino, viscoso, transparente, menos de 2.000 células/cc)</p>
<b>ARTROSIS DE CADERA</b>	<p>Dolor en la cadera (la mayoría de los días del mes previo) más 2 de los siguientes hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Velocidad de sedimentación globular &lt;20 mm/hora.</li> <li>- Osteofitos acetabulares y/o femorales.</li> <li>- Estrechamiento radiológico del espacio articular (superior, axial y/o medial)</li> </ul>

Tomada de [PAI. 2004](#)

Es recomendable, dentro de la recogida mínima de datos del paciente, registrar el valor de la Escala visual analógica del dolor (EVA) o EVN (Escala Visual Numérica). Esta escala es una herramienta que de forma rápida mide la intensidad del mismo. Otras escalas que pueden ser utilizadas para la evaluación de resultados son: [Índice de Lequesne](#) y el [Cuestionario WOMAC de artrosis](#), este último requiere al menos 15 minutos.

## 3. TRATAMIENTO

### 3.1 Recomendaciones generales

El objetivo principal en el tratamiento no farmacológico de la artrosis es la prevención de la enfermedad. Es fundamental la promoción de un estilo de vida saludable, evitando factores de riesgo como la obesidad, el tabaquismo o el consumo de alcohol. La práctica regular de ejercicio, tanto de tipo aeróbico como de fortalecimiento es capaz de desarrollar y mantener un estado de salud musculoesquelético óptimo que evite o retrase la aparición de artrosis. Para consultar y recomendar ejercicios concretos en pacientes con osteoporosis se puede consultar la [Guía práctica para el uso del Ejercicio en patologías Musculoesqueléticas: Artrosis](#).

Recomendar índice de masa corporal (IMC) adecuado y, en su caso, proponer estrategias concretas de pérdida de peso, con evaluaciones de las mismas. A los pacientes con sobrepeso u obesidad se les debe animar a perder peso con una meta explícita y a mantener esa pérdida, ya que se consigue alivio del dolor, de la rigidez articular y mejoría funcional. En un ensayo clínico realizado en pacientes con sobrepeso/obesos con artrosis de rodilla, se observó que la pérdida de al menos el 10% del peso mediante una combinación de dieta y ejercicio, produjo una reducción del 50% en las escalas de dolor después de 18 meses.

Educación al paciente: Se puede consultar y recomendar al paciente el documento “[Artrosis: información para pacientes](#)”.

#### Seguimiento y derivación:

Para realizar el diagnóstico del dolor reumático y musculoesquelético, Diraya incorpora, dentro del Gestor de informes, una herramienta de ayuda donde registrar el diagnóstico, tanto en la visita inicial como en el seguimiento.

Esta herramienta o cuestionario de exploración física, presenta los criterios de derivación si fuese necesario.

**Tabla 2. Criterios de derivación en síndromes dolorosos mecánico-degenerativos de grandes y pequeñas articulaciones (incluida artrosis)**

SERVICIO	TRAUMATOLOGÍA	REUMATOLOGÍA	REHABILITACIÓN	FISIOTERAPIA
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	Alteraciones clínicas y/o radiológicas con indicación quirúrgica.	Duda diagnóstica	Duda diagnóstica y necesidad de recuperación funcional.	Tratamiento conservador.
	Toda patología de origen traumático	Patología articular de carácter mecánico tratada sin éxito durante un mínimo de 4-6 semanas	Alteración morfológica de cadera sin criterio quirúrgico	Artrosis en fase pre y postquirúrgica.
		Artrosis de cadera o rodilla que rechaza cirugía.	Artrosis de rodilla o cadera con limitación funcional severa para AVD.	Meniscopatía diagnosticada por RNM y descartada indicación quirúrgica
			Deformidad que precise ortesis.	
			Ortopedia infantil de rodilla en niños mayores de 3 años	

## 3.2 Tratamiento Farmacológico

### 3.2.1 Fármacos recomendados

El tratamiento farmacológico sólo debe ser administrado durante el periodo sintomático, ya que ningún fármaco ha demostrado modificar la progresión de la enfermedad.

- **Paracetamol:** se debe considerar ofrecer paracetamol como primera opción de tratamiento para aliviar el dolor leve o moderado junto con las recomendaciones generales anteriormente expuestas. El paracetamol es el tratamiento de elección en pacientes con intolerancia o contraindicación a AINE. La dosis máxima de Paracetamol no debe exceder de 3 gr/día. En pacientes ancianos esta dosis no debe superar los 2 gr/día. Si el paracetamol es insuficiente para aliviar el dolor se debe considerar cambiar el tratamiento o añadir otros fármacos al mismo.
- **AINE tópicos:** Puede ser un tratamiento eficaz para el dolor por artrosis de rodilla y mano. Es el tratamiento de elección en pacientes ancianos y para el uso a largo plazo por su seguridad. Entre los AINE tópicos, el diclofenaco tópico es el que mayor evidencia presenta en alivio del dolor y en mejora de la función física en artrosis de rodilla.
- **AINE orales:** Los AINE son útiles en el control del dolor, rigidez y mejoría de la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes. Se recomiendan en personas con artrosis de rodilla y cadera con dolor moderado-severo que no tienen comorbilidad que los contraindique y con algo menos de evidencia en artrosis de manos. Si se usa un AINE oral se debe usar a la dosis más baja y durante el menor tiempo posible, especialmente en paciente frágil y con comorbilidad asociada.

En pacientes con comorbilidad gastrointestinal es recomendable usarlos con la adición de un IBP o bien usar un COX-2, que presentan un efecto analgésico similar a los COX-1, aunque distinto perfil de seguridad, por lo que habría que valorar individualmente. Los COX2 presentan mayor seguridad gastrointestinal y, en general, similar seguridad cardiovascular y renal que los COX-1. Los más utilizados son celecoxib a dosis de 200mg diarios y etoricoxib a dosis inicial de 30 mg diarios.

En casos de comorbilidad o alto riesgo cardiovascular no deben usarse AINE. Sólo en caso de estricta necesidad y en tal caso, durante el menor tiempo y a la mínima dosis posibles, siendo probablemente el naproxeno la mejor opción en estas condiciones.

- **Antidepresivos:** En caso de trastorno de ansiedad y/o depresión asociados o de sensibilización central al dolor, algunas guías recomiendan asociar **antidepresivos** (amitriptilina, citalopram, duloxetina, fluoxetina, paroxetina o sertralina). Los antidepresivos pueden mejorar la calidad de vida, el dolor, el sueño y la angustia psicológica. Duloxetina es la que tiene mayor evidencia en efectividad a largo plazo.
- **Capsaicina tópica:** es eficaz y segura cuando hay una o pocas articulaciones afectadas y otras intervenciones no son eficaces o están contraindicadas. Puede considerarse como complemento en artrosis de rodilla, no se recomienda en artrosis de mano ni de cadera. Su uso está limitado por los efectos adversos locales (irritación y sensación de quemazón).

- **Corticoesteroides intraarticulares:** su uso puede tener efectos beneficiosos sobre el dolor articular. Se pueden utilizar como complemento para el alivio del dolor de moderado a intenso en personas con artrosis de rodilla o cadera, condicionalmente se usan en manos. El beneficio de su uso normalmente es corto, no más de 4 semanas. Son más eficaces en periodos de reagudización del dolor, cuando hay signos inflamatorios asociados. No se deben administrar más de 3 infiltraciones al año.

### 3.2.2 Fármacos no recomendados

- **Ácido hialurónico intraarticular:** Los resultados de eficacia en artrosis de rodilla tras 12 semanas del tratamiento son controvertidos. Sólo debería considerarse en casos de artrosis de rodilla cuando hay ineficacia o imposibilidad de uso de otras opciones terapéuticas. En general ofrece poco beneficio, proporcionando según los estudios una mejoría clínicamente poco relevante.
- **Opioides:** Desaconsejados en artrosis por escasa eficacia y alta incidencia de efectos adversos (sedación, mareos, náuseas, estreñimiento, dependencia), especialmente en pacientes ancianos, polimedicados y tratamientos a largo plazo. Sólo debe considerarse su uso en caso de dolor moderado-severo e incapacitante, cuando no hay otras alternativas terapéuticas (por intolerancia, contraindicación o ineficacia de los AINE), y en tal caso usarlos durante el menor tiempo y a la menor dosis posibles.

El tramadol es el opioide a considerar en casos de artrosis de manos, cadera y rodilla sin otras posibilidades terapéuticas y en ningún caso de forma crónica. Tramadol tiene evidencia de un discreto efecto sobre el dolor y la función física, independientemente de la dosis. Tramadol es menos eficaz que los AINE para reducir el dolor y al igual que otros opioides puede generar tolerancia, dependencia, abstinencia y abuso. Tramadol tiene un nivel modesto de eficacia a largo plazo (3 a 12 meses).

Los opioides mayores (tapentadol, oxicodona sola o combinada con naloxona, fentanilo, buprenorfina, hidromorfona, morfina) deben reservarse sólo para casos de dolor severo, refractarios o con intolerancia a opioides menores. En una revisión sistemática y metanálisis que ha evaluado la eficacia y seguridad de los AINE y opioides en la artrosis de rodilla y cadera, el tramadol mostró un efecto escaso y, de entre los demás opioides evaluados, el tapentadol fue el que mostró mayor eficacia en el tratamiento del dolor. No obstante, la conclusión final del estudio considera que el beneficio clínico del tratamiento opioide, independientemente del preparado o la dosis, no supera el daño que pueden causar en pacientes con artrosis.

Los opioides tienen además efecto sedante, lo que facilita el sueño y puede mejorar la limitación funcional y el estado de ansiedad. Los efectos adversos son frecuentes generalmente al principio y a menudo obligan a abandonar el tratamiento. La necesidad del uso de opioides en la artrosis de rodilla y de cadera, obliga a plantear una reevaluación del paciente y valorar la necesidad de tratamiento quirúrgico.



- **SYSADOA** (*Symptomatic Slow Action Drugs for Osteoarthritis*): Son considerados de acción lenta porque, a diferencia de los analgésicos, su pretendido efecto clínico se produce semanas después de iniciar el tratamiento. En España están comercializados condroitín sulfato, glucosamina y diacereína.

Su eficacia está cuestionada, ya que los resultados de los estudios son divergentes. Proporcionan un beneficio mínimo en la reducción del dolor a largo plazo que es clínicamente poco relevante. Por lo tanto, su uso debe considerarse de forma individualizada en aquellos pacientes en los que las diversas herramientas terapéuticas han resultado fútiles o intolerables.

- **Antiepilépticos (gabapentina y pregabalina)**: están indicados en el tratamiento del dolor neuropático, pero no están indicados en artrosis. Estos fármacos se asocian a riesgo de abuso y dependencia, especialmente a largo plazo y en patologías como la señalada, donde no suele parecer componente neuropático. La artrosis es un dolor típicamente nociceptivo somático.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

1. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. [NICE NG193. 2021.](#)
2. Da Costa B R et al. Effectiveness and safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs and opioid treatment for knee and hip osteoarthritis: network meta-analysis [BMJ 2021; 375:n2321.](#)
3. Tramadol. Where do we go from here? [Ther Lett Ther Initiat. 2021; \(May-June\).](#)
4. Kolasinski SL et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. [Arthritis Care & Research. 2020; 72\(2\): 149-162.](#)
5. Osteoarthritis: care and management. [NICE CG177. 2014 \(Updated 2020\)](#)
6. Bannuru RR et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. [Osteoarthritis Cartilage. 2019;27\(11\):1578-1589](#)
7. Tratamiento de la artrosis. [INFAC 2018; 26\(1\):1-8](#)
8. Giménez Basallote S et al. Guía práctica para el tratamiento en atención primaria de la artrosis en pacientes con comorbilidad. [SEMG / SEMERGEN. 2016.](#)
9. Artrosis de rodilla y cadera. 1ª ed. [Proceso Asistencial Integrado \(PAI\). 2004.](#)