

Barómetro del dolor crónico asociado a la artrosis

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL IMPACTO DEL DOLOR CRÓNICO ASOCIADO A LA ARTROSIS EN ESPAÑA



Revisado y avalado por la Fundación
Internacional de la Artrosis (OAFI).



Índice

DE CONTENIDOS

Resumen ejecutivo	13
Introducción	16
Antecedentes de la artrosis	18
1. DEFINICIÓN DE LA ARTROSIS	19
2. IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA ARTROSIS	21
3. PRINCIPALES AGENTES EN EL ÁMBITO DE LA ARTROSIS	23
4. PROYECTOS Y ESTRATEGIAS RELACIONADOS CON EL ABORDAJE DE LA ARTROSIS	26
Barómetro de la artrosis en España	28
1. OBJETIVOS	29
2. METODOLOGÍA	29
3. RESULTADOS	32
4. CONCLUSIONES	44
Bibliografía	48
ANEXO 1 - Metodología	52
ANEXO 2 - Resultados	55

Índice

DE FIGURAS

Figura 1. Causas diagnósticas más frecuentes del dolor crónico en España.	21
Figura 2. Prevalencia global de artrosis en pacientes con dolor crónico y prevalencia global de artrosis y dolor crónico en la población general.	32
Figura 3. Prevalencia de artrosis en pacientes con dolor crónico y prevalencia de artrosis y dolor crónico en la población general por grupo de edad.	33
Figura 4. Prevalencia de artrosis en pacientes con dolor crónico y prevalencia de artrosis y dolor crónico en la población general por sexo.	33
Figura 5. Prevalencia de artrosis en pacientes con dolor crónico y prevalencia de artrosis y dolor crónico en la población general por Comunidad Autónoma.	34
Figura 6. Distribución de los encuestados con artrosis y dolor crónico por grupo de edad.	35
Figura 7. Distribución de los encuestados con artrosis y dolor crónico por sexo.	35
Figura 8. Distribución de los encuestados con artrosis y dolor crónico por Comunidad Autónoma.	36
Figura 9. Distribución de los encuestados con artrosis y dolor crónico por nivel de estudios.	36
Figura 10. Distribución de los encuestados con artrosis y dolor crónico por situación laboral.	37
Figura 11. Estado de salud de los encuestados con artrosis y dolor crónico.	37
Figura 12. Intensidad del dolor en los encuestados con artrosis y dolor crónico.	39
Figura 13. Localizaciones anatómicas del dolor en los encuestados con artrosis y dolor crónico.	39
Figura 14. Actividades cotidianas limitadas por el dolor en los encuestados con artrosis y dolor crónico.	40
Figura 15. Situación de baja laboral a causa del dolor en los encuestados con artrosis y dolor crónico.	40
Figura 16. Uso del sistema sanitario a causa del dolor en los encuestados con artrosis y dolor crónico.	41
Figura 17. Niveles asistenciales utilizados por los encuestados con artrosis y dolor crónico.	41
Figura 18. Uso de especialidades sanitarias por los encuestados con artrosis y dolor crónico.	41
Figura 19. Comorbilidades dolorosas agrupadas (tipos de dolor) en los encuestados con artrosis y dolor crónico.	42
Figura 20. Comorbilidades dolorosas desagrupadas (patologías) en los encuestados con artrosis y dolor crónico.	43

Índice

DE TABLAS

Tabla A1 – 1. Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	53
Tabla A1 – 2. Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	54
Tabla A2 – 1. Prevalencias de artrosis en pacientes con dolor crónico.	56
Tabla A2 – 2. Prevalencias de artrosis en el total de encuestados.	57
Tabla A2 – 3. Distribución de la muestra de encuestados con artrosis.	58
Tabla A2 – 4. Características del dolor de los encuestados con artrosis.	61
Tabla A2 – 5. Análisis de otras comorbilidades dolorosas crónicas presentes en encuestados con artrosis.	63

Abreviaturas

AECOSAR

Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis

CATI

Computer-Assisted Telephone Interviewing

CAWI

Computer-Assisted Web Interviewing

DT

Desviación Típica

EFORT

European Federation of National Associations of Orthopedic and Traumatology

ESOMAR

European Society for Opinion and Marketing Research

EULAR

European Alliance of Associations for Rheumatology

FER

Fundación Española de Reumatología

HADS

Hospital Anxiety and Depression Scale

INE

Instituto Nacional de Estadística

ISO

International Organization for Standardization

LIRE

Liga Reumatológica Española

MCS

Mental Component Score

OAFI

Osteoarthritis Foundation International

OMS

Organización Mundial de la Salud

PAERME

Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas

PCS

Physical Component Score

RI

Rango Intercuartílico

SECOT

Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

SEFAC

Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria

SEFH

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

SEGG

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

SEMERGEN

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

SEMES

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

SEMFYC

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SEMG

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

SEMI

Sociedad Española de Medicina Interna

SER

Sociedad Española de Reumatología

SERMEF

Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física

SERPE

Sociedad Española de Reumatología Pediátrica

**ABREVIATURAS DE LAS COMUNIDADES
Y CIUDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA**

AND

Andalucía

ARA

Aragón

AST

Principado de Asturias

BAL

Islas Baleares

CAN

Canarias

CAT

Cataluña

CEU

Ciudad Autónoma de Ceuta

CLM

Castilla-La Mancha

CTA

Cantabria

CYL

Castilla y León

EXT

Extremadura

GAL

Galicia

MAD

Comunidad de Madrid

MEL

Ciudad Autónoma de Melilla

MUR

Región de Murcia

NAV

Comunidad Foral de Navarra

PVA

País Vasco

RIO

La Rioja

VAL

Comunidad Valenciana

Resumen

EJECUTIVO

El **dolor crónico** representa una de las principales preocupaciones en el ámbito de la salud pública en España, con un impacto sustancial sobre el bienestar físico, emocional y social de quienes lo padecen. Sus efectos trascienden al ámbito sanitario, afectando también a la vida laboral, familiar y personal de millones de personas.

Este impacto ha sido descrito en el informe “**Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional**” y en sus posteriores ediciones regionales¹, que han impulsado diversas iniciativas institucionales orientadas a mejorar el abordaje del dolor crónico en nuestro país.

Aunque se han logrado avances en concienciación, diagnóstico y tratamiento, sigue siendo fundamental profundizar en las causas más frecuentes del dolor crónico y analizar con detalle las patologías que lo originan. Esta comprensión es clave para diseñar intervenciones más específicas y eficaces que permitan reducir su impacto.

En este contexto, **el presente informe analiza la situación de la artrosis en España**, enfermedad musculoesquelética de alta prevalencia que constituye una de las principales causas de dolor crónico en la población adulta. A lo largo del documento se examina su impacto social y económico, así como las implicaciones que supone tanto para los pacientes y su entorno como para el sistema sanitario.

El propósito de este informe es, por tanto, contribuir a visibilizar la artrosis y fomentar la planificación de medidas que optimicen su **abordaje desde una perspectiva integral y centrada en la persona**.

El propósito de este informe es contribuir a visibilizar la artrosis y fomentar la planificación de medidas que optimicen su abordaje desde una perspectiva integral y centrada en la persona.

Con esta finalidad, la **Fundación Grünenthal** y el **Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz**, con el apoyo de More than Research y Biolnova Consulting, han elaborado el presente documento: “Barómetro del dolor crónico asociado a la artrosis. Análisis de situación del impacto del dolor crónico en España”, que persigue los siguientes objetivos:



Impulsar el conocimiento de la **información disponible en la actualidad acerca de la artrosis** y su abordaje sociosanitario en España.



Presentar la información más relevante que permita conocer **qué es y qué representa la artrosis** en la sociedad española.



Analizar los **indicadores** existentes y generar nuevos indicadores que permitan analizar el **impacto de la artrosis** y favorecer una mejora en su abordaje.

1. Fundación Grünenthal. *Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional*.

El informe se estructura en dos bloques temáticos: **antecedentes de la artrosis y Barómetro del dolor crónico asociado a la artrosis**, cuya estructura se detalla a continuación.

En la primera parte se ofrece una visión general de la artrosis como enfermedad crónica de elevada prevalencia, presentándose la **definición y clasificación** de la patología, abordando sus principales características clínicas y su vinculación con el dolor crónico. También se presentan los datos más relevantes sobre su **impacto social y económico** en España y otros países de referencia, con el objetivo de dimensionar su carga asistencial y su relevancia en salud pública.

Asimismo, esta sección analiza las principales **estrategias e iniciativas** impulsadas en los últimos años en el ámbito de la artrosis, destacando las líneas de actuación puestas en marcha por las administraciones sanitarias y los avances logrados en el abordaje del dolor crónico musculoesquelético.

La segunda parte, eje central del informe, recoge los **resultados del estudio poblacional desarrollado en el marco del Barómetro del Dolor**. Este

estudio, basado en encuestas a personas adultas residentes en España, ha permitido actualizar la información disponible sobre la artrosis como causa de dolor crónico, cuantificando su prevalencia en distintos perfiles sociodemográficos y evaluando su impacto en quienes la padecen.

En esta sección se describen los **objetivos** del estudio, la **metodología** empleada y los principales **resultados** obtenidos. Entre ellos, se destaca la caracterización del perfil típico del paciente con artrosis y dolor crónico, así como la identificación de los grupos más vulnerables.

El informe finaliza con una síntesis de las **conclusiones y una reflexión sobre los retos futuros**. A partir de este análisis, se propone avanzar hacia un modelo de atención más eficaz, equitativo y sostenible, que permita posicionar a la artrosis como una prioridad sanitaria en España.

El presente informe referido al dolor crónico asociado a la artrosis ha contado con la colaboración de la Fundación Internacional de la Artrosis (*Osteoarthritis Foundation International*, OAFI), como organización de afectados y experta en la materia.

Introducción

El dolor afecta a la mayoría de la población en algún momento a lo largo de la vida y es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria, siendo el dolor crónico una causa importante².

En 2022, la Fundación Grünenthal y el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz iniciaron un proyecto conjunto orientado a analizar el impacto del dolor crónico en España e identificar áreas de mejora en su abordaje sociosanitario, con el objetivo de contribuir a una mejor calidad de vida de los pacientes. Este trabajo dio lugar a la publicación del informe **“Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional”** en abril de 2023, al que han seguido diversas ediciones regionales que han permitido profundizar en las particularidades del dolor crónico en cada Comunidad Autónoma¹.

A partir de 2024, el proyecto ha entrado en una nueva fase, centrada en el análisis de las principales patologías asociadas al dolor crónico, con el objetivo de visibilizar su impacto específico en la población española. En este marco, se han abordado distintas enfermedades causantes de dolor crónico, dando lugar al presente informe, dedicado al estudio en la **artrosis**.

La **Fundación Grünenthal** es una organización sin ánimo de lucro creada en el año 2000, que tiene como misión mejorar la calidad de vida de las personas con dolor a través de una perspectiva biopsicosocial. La Fundación tiene en el dolor su ámbito de actuación fundamental y está enfocada en mejorar la concienciación y conocimiento en este ámbito y la formación de los profesionales, pacientes y cuidadores, con la meta de potenciar

el desarrollo de iniciativas sanitarias de impacto^{3,4}.

El **Observatorio del Dolor**, constituido en el año 2010 por la Cátedra Externa del Dolor Fundación Grünenthal en la **Universidad de Cádiz**, está centrado en la investigación en dolor crónico y la divulgación científica. El Observatorio es un órgano multidisciplinar de análisis de datos por medio de estudios, que tiene el objetivo de dar a conocer la **situación de los pacientes con dolor en España**^{5,6,7}.

Desde la creación del Observatorio, se han puesto en marcha diversas iniciativas en el ámbito del dolor en colaboración con la Fundación Grünenthal, a través del desarrollo de proyectos de investigación, actividades formativas y educativas a profesionales sanitarios y pacientes, publicaciones de impacto y participaciones en congresos y eventos en el campo del dolor.

Este proyecto ha contado, adicionalmente, con la participación de **More than Research**⁸ y **BioInnova Consulting**⁹, que han brindado apoyo en el diseño y desarrollo del barómetro y en la elaboración de este documento y con la colaboración de **OAFI**, como organización de afectados y experta en la materia¹⁰.

El presente informe se basa en los datos recopilados en el Barómetro del Dolor a nivel nacional, con el objetivo de presentar la **situación de los pacientes adultos con artrosis y dolor crónico en España**. Este trabajo busca mejorar el conocimiento y la visibilidad de la enfermedad, así como impulsar iniciativas sanitarias que promuevan un abordaje adecuado desde una perspectiva biopsicosocial.

2. Calsina-Berna A. et al., 2010. *Prevalencia de dolor como motivo de consulta y su influencia en el sueño: experiencia en un centro de atención primaria. Atención Primaria*. doi: 10.1016/j.aprim.2010.09.006.

3. Grünenthal. *Fundación Grünenthal España*.

4. Fundación Grünenthal. *Presentación*.

5. Fundación Grünenthal. *Universidad de Cádiz*.

6. Fundación Grünenthal. *Observatorio del Dolor*.

7. Observatorio del Dolor. *Quiénes somos*.

8. More than Research. *Inicio*.

9. BioInnova Consulting. *Inicio*.

10. Osteoarthritis Foundation International. *Quiénes somos*.

Antecedentes

DE LA ARTROSIS

I. DEFINICIÓN DE LA ARTROSIS

La **artrosis**, también denominada **osteoartrosis**, es una enfermedad articular crónica y degenerativa que afecta a los componentes estructurales de las articulaciones móviles y que cursa con inflamación crónica de baja intensidad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta patología provoca dolor, rigidez e hinchazón en las articulaciones y los tejidos periarticulares, afectando de forma significativa a la capacidad funcional de las personas para desplazarse o realizar actividades cotidianas sin limitaciones. Es una de las enfermedades musculoesqueléticas más prevalentes a nivel global y **una de las principales causas de discapacidad en la población**, con un impacto notable en el bienestar físico, emocional y social de quienes la padecen y su entorno^{11,12,13,14}.

La artrosis se localiza con mayor frecuencia en las **articulaciones de carga, como la rodilla, la cadera y la columna vertebral, así como en las manos**, entre otras. La patología, más prevalente con en las personas de mayor edad y las mujeres, se asocia habitualmente a ciertos perfiles de pacientes (atletas, personas con obesidad, inadecuada alineación articular, etc.), por lo que su localización puede variar. En las localizaciones más afectadas puede generar limitaciones importantes para llevar a cabo tareas cotidianas, lo que contribuye al deterioro progresivo de la calidad de vida y refuerza su consideración como un problema prioritario de salud pública¹¹.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la artrosis se caracteriza por la **degeneración progresiva del cartílago articular**, que puede acompañarse de otros cambios estructurales como la hipertrofia o deformación ósea y el deterioro de los tejidos

conectivos, lo que compromete la estabilidad, movilidad y función de la articulación afectada¹⁵.

El **dolor articular es el síntoma central** de la enfermedad y el motivo más frecuente de consulta médica, que suele seguir un patrón gradual con inicio silente. Este dolor se hace insidioso, de localización difusa y carácter mecánico en las fases posteriores, apareciendo durante la actividad física y mejorando con el reposo. En las etapas más avanzadas, el **dolor puede cronificarse** y manifestarse incluso en reposo o durante el sueño, generando un deterioro funcional y emocional severo¹⁶. Esta situación afecta directamente al desempeño doméstico, laboral y social del paciente, y puede conllevar una reducción sustancial de la actividad física, lo que a su vez incrementa el riesgo de desarrollar comorbilidades como obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y sarcopenia¹¹.

Aunque la artrosis puede tener múltiples causas, se han identificado diversos **factores de riesgo** asociados a su aparición y progresión. Entre ellos destacan los antecedentes de traumatismos o lesiones articulares, enfermedades inflamatorias o metabólicas, la predisposición genética y factores sociodemográficos como la edad avanzada o el sexo femenino, siendo las **mujeres de más edad** el grupo poblacional más afectado. También se ha reconocido el papel de factores mecánicos como el sobreuso articular (habitual en colectivos como los atletas), el tipo de actividad profesional o la mala alineación de las articulaciones, así como los estilos de vida sedentarios o el exceso de peso corporal¹¹.

11. Organización Mundial de la Salud, 2023. *Artrosis*.

12. Global Health Data Exchange, 2021. *Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*.

13. Long H. et al., 2022. *Prevalence Trends of Site-Specific Osteoarthritis From 1990 to 2019: Findings From the Global Burden of Disease Study 2019*. *Arthritis & Rheumatology*. doi: 10.1002/art.42089.

14. Cieza A. et al., 2021. *Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. *Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0.

15. Mayo Clinic. *Osteoarthritis*.

16. Clínica Universidad de Navarra. *Artrosis*.

Según su etiología, la artrosis se clasifica habitualmente en primaria y secundaria¹⁶.

- La **artrosis primaria**, que representa la forma más común, no tiene una causa claramente identificable y puede afectar a una sola articulación o presentarse de forma generalizada.
- La **artrosis secundaria** está causada por afecciones que alteran la estructura articular y/o del cartílago articular, modificando su estructura y función normales. Es habitual que otras enfermedades articulares, como la artritis o la osteoporosis, sean el origen del daño.

A pesar de su elevada carga clínica y social, actualmente **no existe un tratamiento curativo que permita revertir el daño estructural** provocado por la artrosis. Al tratarse de un problema de salud asociado a la edad, la visión de la enfermedad como una “condición natural” ha dificultado su adecuado abordaje y su consideración como una prioridad sanitaria para la sociedad.

El enfoque asistencial actual se basa en aliviar los síntomas, preservar la función articular y retrasar la progresión de la enfermedad. Para ello, se emplean estrategias combinadas que incluyen¹⁶:

- **Tratamientos farmacológicos**, como los analgésicos, los antiinflamatorios o las terapias regenerativas. Adicionalmente, se está expandiendo el uso de nuevas aproximaciones, como el uso de plasma rico en plaquetas.
- **Tratamientos no farmacológicos**, como la fisioterapia (que puede acompañarse con terapias térmicas, magnéticas, vibratorias, etc.), las infiltraciones, la ortesis y el ejercicio físico adaptado.
- **Tratamientos quirúrgicos**, como la osteotomía, la artrodesis y el uso de prótesis.

La artrosis, al afectar a las articulaciones móviles, limita la capacidad de movimiento y desplazamiento de los pacientes, lo que incrementa su riesgo de sufrir caídas. Según datos del Ministerio de Sanidad, un 33% de las personas mayores de 65 años en España experimenta al menos una caída al año, porcentaje que asciende al 50% en el caso de los mayores de 80 años¹⁷. Estas cifras reflejan la magnitud del problema, especialmente si se tiene en cuenta que, tal y como alerta la OMS, las **caídas representan la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales**—un desenlace en el que la artrosis actúa como factor predisponente clave¹⁸.

En este contexto, la **prevención adquiere una relevancia creciente** a través de medidas orientadas al cuidado articular, la actividad física regular y el mantenimiento de hábitos saludables. Además, el **diagnóstico precoz** y la instauración de un **plan terapéutico individualizado** permiten mejorar el control de los síntomas y mantener la funcionalidad durante más tiempo. El autocuidado constituye un eje clave en el manejo integral de la enfermedad, ya que la formación y el apoyo a las personas con artrosis favorecen su participación activa en el tratamiento y contribuyen a una mejor adaptación a los efectos físicos, emocionales y sociales de la enfermedad^{11,19}.

Dada su elevada prevalencia, el impacto del dolor asociado a la artrosis representa un reto sanitario de primer orden. En España, esta enfermedad es la **cuarta causa más frecuente de dolor crónico entre la población adulta**, afectando a uno de cada tres ciudadanos, de acuerdo con los datos del Barómetro del Dolor (Figura 1). Además, es importante tener en cuenta que otras de las causas de dolor presentadas podrían tener su origen en la artrosis.

17. Ministerio de Sanidad. [Prevención de caídas en personas adultas](#).

18. Organización Mundial de la Salud, 2021. [Caídas](#).

19. Arthritis Foundation. [Artritis](#).

Con este propósito, el presente informe analiza el **impacto de la artrosis asociada al dolor crónico en la población española**, con el fin de identificar

barreras, necesidades no cubiertas y oportunidades de mejora que contribuyan a optimizar su abordaje sociosanitario.



Figura 1. Causas diagnósticas más frecuentes del dolor crónico en España.

II. IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA ARTROSIS

Este apartado presenta los principales datos sobre el impacto de la artrosis en la población española, con el propósito de **cuantificar su alcance tanto en la ciudadanía como en el sistema sanitario**. Si bien los datos disponibles permiten estimar la magnitud del problema, es importante señalar que proceden de fuentes heterogéneas, algunas de las cuales se basan en estudios de años anteriores, lo que evidencia la **necesidad de actualizar la información** y disponer de indicadores estables que

permitan monitorizar su evolución y su impacto socioeconómico.

El presente barómetro ha permitido obtener nuevos datos de interés, que ofrecen un contexto más actualizado sobre la situación de la artrosis en España. No obstante, resulta útil aportar una revisión de los datos disponibles hasta la fecha, que permitan evidenciar la prevalencia y el impacto de la enfermedad en la sociedad.

2.1. Impacto social en la salud pública

La artrosis constituye un problema de salud de primer orden en España, tanto por la frecuencia de sus síntomas como por su repercusión sobre la calidad de vida y la autonomía funcional de los pacientes.

Según datos de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la prevalencia global de artrosis en cualquier articulación alcanzaba el 29,4% en mayores de 40 años en 2016²⁰. Esta cifra se elevaba hasta el 80% en personas mayores de 65 años, según el estudio EPISER 2016 de la Sociedad Española de Reumatología (SER), lo que supone que más de 10 millones de personas en España podrían verse afectadas por esta enfermedad, si bien el número de pacientes diagnosticados se sitúa en torno a los 7 millones²¹.

El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2018, última edición en examinar de forma específica el alcance de la enfermedad, estimaba la **prevalencia general de la artrosis en un 17,5%**²². Si bien se estima que el impacto de la patología es creciente, debido al envejecimiento poblacional, en los últimos años no se han desarrollado estudios que hayan permitido actualizar estos datos.

Aunque la localización más prevalente es la artrosis lumbar (15,5%), la artrosis de cadera y rodilla representa la principal **causa de incapacidad funcional para caminar** en la población española, con un impacto especialmente acentuado en personas mayores²⁰. Este deterioro funcional se traduce en

una elevada demanda asistencial: el **20% de las consultas hospitalarias** totales están relacionadas con la artrosis, así como el **15% de las urgencias**^{20,23}. Además, la artrosis es la segunda causa más frecuente de consulta en Atención Primaria, representando hasta la mitad de las consultas del aparato locomotor²⁰.

A pesar del uso intensivo de recursos asistenciales, **más de la mitad de los pacientes no logra controlar adecuadamente el dolor** y hasta un 70% está insatisfecho con el manejo de su enfermedad, lo que se traduce en importantes limitaciones en la vida personal, social y laboral de las personas afectadas por la enfermedad. Esta situación genera necesidades crónicas que requieren un abordaje continuado y coordinado²⁰.

2.2. Impacto económico en el sistema sanitario

De forma complementaria al alcance sobre los pacientes, el impacto económico de la artrosis en España es también significativo. Según estimaciones de OAFI en 2018, el **coste directo** asociado a esta patología superaba los **5.800 millones de euros anuales**²⁴, lo que equivaldría al 0,4% del PIB nacional y al 5,8% del gasto sanitario total en la actualidad^{25,26}. A nivel internacional, se estima que la artrosis representa entre el 0,5% y el 1% del PIB, situándose entre las diez principales causas de gasto sanitario directo²⁷.

Dentro de estos costes directos destacan las intervenciones quirúrgicas (especialmente las **prótesis articulares**), las consultas médicas, la medicación y las pruebas diagnósticas. No obstante, el

20. Giménez S. et al., 2016. *Guía práctica para el tratamiento en Atención Primaria de la artrosis en pacientes con comorbilidad*. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

21. Blanco F. et al., 2021. *Prevalencia de artrosis sintomática en España: Estudio EPISER2016* Prevalence of symptomatic osteoarthritis in Spain: EPISER2016 study. *Reumatología Clínica*. doi: 10.1016/j.reuma.2020.01.008.

22. Ministerio de Sanidad, 2020. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018 - Situación de Salud*.

23. Dolor.com. *Datos de la artrosis en España*.

24. Osteoarthritis Foundation International (OAFI), 2018. *Artro 360: Nuevo modelo de gestión para avanzar en el tratamiento de la artrosis optimizando recursos*.

25. Expansión, 2025. *PIB de España - Producto Interior Bruto*. Evolución: *PIB anual España (2024)*.

26. Ministerio de Sanidad, 2022. *Gasto sanitario público: millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante según los países de Unión Europea (UE-27)*.

27. Mayoral V., 2021. *Epidemiología, repercusión clínica y objetivos terapéuticos en la artrosis*. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. doi: 10.20986/resed.2021.3874/2020.

impacto económico total de la artrosis se amplía al considerar los costes indirectos, derivados de las bajas laborales, la pérdida de productividad y la dependencia funcional²⁸. Algunos estudios estiman que estos **costes indirectos podrían superar incluso a los directos**, elevando el coste total de la enfermedad a entre el 1% y el 2,5% del PIB, lo que equivaldría a una cuantía entre 15.900 y 39.800 millones de euros anuales en España²⁷.

La mencionada carga social y económica de la artrosis se intensificará previsiblemente en los próximos años, en un **contexto de envejecimiento poblacional y aumento de los factores de riesgo, como la obesidad**. Según proyecciones

oficiales, en 2050 España será uno de los países más envejecidos del mundo, con un 31,4% de población mayor de 65 años (frente al 19,6% actual) y un 11,6% de mayores de 80 años (frente al 6% actual). Paralelamente, se estima que el 77% de los hombres y el 67,1% de las mujeres en España tendrán sobrepeso u obesidad en 2050 (frente al 68,7% y 57% actuales, respectivamente)^{29,30}.

Este escenario pone de manifiesto la necesidad de considerar la artrosis como un **reto creciente de salud pública**, cuya prevalencia notable e impacto destacado requieren respuestas estructuradas y sostenibles, orientadas a mejorar la atención y la calidad de vida de las personas afectadas.

III. PRINCIPALES AGENTES EN EL ÁMBITO DE LA ARTROSIS

Desde 2019, año de publicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11, el **dolor crónico está considerado como una enfermedad**³¹, lo que ha contribuido a su estudio y a la investigación en este ámbito, permitiendo profundizar en el conocimiento de las patologías asociadas al dolor y emprender nuevas acciones a nivel político y sanitario. En este contexto, la **artrosis** representa una de las causas más prevalentes de dolor crónico, y su abordaje ha implicado a numerosos actores del sistema sanitario.

En primer lugar, cabe destacar el papel de las organizaciones de pacientes, además de diversas entidades a nivel nacional que, aunque no están especializadas específicamente en dolor o artrosis, han participado en iniciativas dirigidas a mejo-

rar su abordaje desde una perspectiva asistencial, formativa y divulgativa.

- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) (1955).
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) (1973).
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) (1982).
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) (1987).
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) (1988).

28. iSanidad, 2021. *La SER advierte del alto impacto económico en gastos indirectos que supone la artrosis*.

29. Instituto Nacional de Estadística, 2020. *Proyecciones de población 2020-2070*.

30. Marie Ng. et al., 2025. *Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(25)00355-1.

31. Margarit C., 2019. *La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. Revista de la Sociedad Española de Dolor*. doi: 10.20986/resed.2019.3752/2019.

- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) (1992).
- Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC) (2000).
- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) (2002).

De forma más específica, existen entidades en el ámbito nacional que centran su actividad en las enfermedades musculoesqueléticas, con un papel especialmente relevante en el **conocimiento y manejo de la artrosis**. Estas sociedades científicas y asociaciones de pacientes contribuyen de manera significativa a la mejora de la atención, la investigación y la concienciación social sobre esta patología, posicionándose como actores clave para los pacientes con artrosis y para el sistema sanitario.

3.1. Agentes a nivel nacional

Sociedades y redes científicas

La **Sociedad Española de Reumatología (SER)**, fundada en 1948, tiene como misión fomentar el conocimiento de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, así como mejorar la asistencia a los pacientes mediante la formación médica, la investigación científica y la divulgación dirigida tanto a instituciones sanitarias como a la ciudadanía^{32,33}. Entre sus iniciativas más relevantes destaca la creación de una **Unidad de Investigación** pionera, orientada a promover proyectos de calidad y apoyar el desarrollo de guías de práctica clínica y consensos, especialmente en enfermedades de alto impacto como la artrosis³⁴.

Una de sus contribuciones más importantes ha sido el **proyecto EPISER**, centrado en la estimación de la prevalencia e impacto de seis enfermedades reumáticas en la población española, entre ellas la artrosis. Esta iniciativa ha permitido dimensionar la carga sanitaria y social de la enfermedad, visibilizar sus consecuencias físicas y emocionales, y orientar políticas públicas en torno al abordaje del dolor articular^{21,35}.

En 1999, la SER impulsó la creación de la **Fundación Española de Reumatología (FER)**, con el objetivo de reforzar la calidad asistencial, la formación y el reconocimiento institucional de la especialidad, ampliando así el alcance de las acciones científicas y divulgativas de la sociedad³⁶.

La **Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE)**, establecida en 1998, es la única sociedad científica en España centrada en las enfermedades reumáticas infantiles. Aunque la artrosis afecta principalmente a personas mayores, la labor de la SERPE resulta relevante por su contribución al conocimiento temprano de los trastornos musculoesqueléticos y la promoción de protocolos pediátricos que favorezcan la continuidad asistencial a lo largo de la vida³⁷.

La **Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT)**, fundada en 1935, tiene como objetivos la mejora de la formación científica en el ámbito musculoesquelético y la promoción de la calidad de vida de los pacientes mediante el abordaje quirúrgico de enfermedades y lesiones del aparato locomotor³⁸. En 1993, la SECOT impulsó la creación de la **Fundación SECOT**, orientada a potenciar la docencia, la investigación y la excelencia profesional en el campo de la cirugía ortopédica y traumatológica³⁹.

32. Sociedad Española de Reumatología. *Quiénes somos*.

33. Sociedad Española de Reumatología. *Misión, visión y valores*.

34. Sociedad Española de Reumatología. *Investigación*.

35. Sociedad Española de Reumatología. *EPISER: Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española*.

36. Sociedad Española de Reumatología. *Fundación Española de Reumatología - FER*.

37. Sociedad Española de Reumatología Pediátrica. *Quiénes somos*.

38. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. *¿Qué es la SECOT?*

39. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Fundación SECOT*.

La **Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)**, constituida en 1957, tiene como objetivo mejorar el tratamiento de las enfermedades y el abordaje de la discapacidad asociada mediante el uso de terapias físicas⁴⁰. Esta especialidad médica desempeña un papel clave en el manejo de las enfermedades del aparato locomotor, siendo sus profesionales responsables de la atención a un elevado número de pacientes con dolor crónico y artrosis.

Asociaciones de pacientes

OAFI, constituida en 2016 y con sede en Barcelona, forma parte de **Osteoarthritis Patients Force**, una alianza internacional que agrupa a más de 200 millones de pacientes con artrosis, junto a entidades de referencia como la Arthritis Foundation de Estados Unidos y diversas organizaciones de América Latina y Europa.

OAFI es una organización sin ánimo de lucro que combina el perfil de asociación de pacientes y entidad científica, cuya misión es promocionar los derechos y deberes de las personas afectadas por patologías osteoarticulares, así como fomentar la educación en salud de la ciudadanía. La Fundación colabora activamente con las administraciones públicas (a nivel nacional, autonómico y local), con sociedades científicas, instituciones sanitarias y otras organizaciones de pacientes, tanto en el ámbito nacional como internacional⁴¹.

La **Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis (AECOSAR)** desarrolla una labor activa en la divulgación de información y el fomento de la investigación sobre estas patologías. Su enfoque se centra en la promoción de hábitos de vida saludables, el empoderamiento del paciente y la mejora de la calidad de vida. AECOSAR trabaja en estrecha

colaboración con profesionales sanitarios, administraciones públicas e industria, y ha impulsado la creación de delegaciones autonómicas que permiten adaptar sus programas de concienciación, divulgación y apoyo al contexto regional⁴¹.

Asimismo, la **Liga Reumatológica Española (LIRE)**, fundada en 1973, agrupa a más de cuarenta asociaciones de pacientes de ámbito local, autonómico y nacional. Su misión es representar los intereses de las personas afectadas por enfermedades reumatológicas, incluida la artrosis, ante las administraciones y otros agentes del sistema sanitario. LIRE mantiene una estrecha colaboración con la SER y la SERPE, contribuyendo a fortalecer el vínculo entre el movimiento asociativo y el ámbito clínico-científico⁴².

3.2. Agentes a nivel internacional

Sociedades y redes científicas

La SER, OAFI y LIRE son los representantes nacionales de la **Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología** (European Alliance of Associations for Rheumatology, EULAR), red europea dedicada a dar visibilidad a las necesidades de los pacientes reumatológicos, potenciar la investigación colaborativa y mejorar la calidad de vida de los afectados. Esta participación permite integrar la experiencia española en los esfuerzos internacionales por avanzar en el abordaje de enfermedades como la artrosis⁴³.

Por otro lado, la SECOT representa a España en la **Federación Europea de Asociaciones Nacionales de Ortopedia y Traumatología** (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology, EFORT), entidad que fomenta el

40. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. [Historia](#).

41. Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis. [Sobre AECOSAR - Historia](#).

42. Liga Reumatológica Española. [Quiénes somos](#).

intercambio científico, la formación y la mejora de la práctica clínica en cirugía musculoesquelética a nivel europeo, con especial atención a patologías como la artrosis, dado su alto impacto en la práctica ortopédica⁴⁴.

En conjunto, los agentes descritos en este apartado desempeñan un papel esencial en el impulso de la atención, el conocimiento y la visibilidad de la artrosis. Sus iniciativas han contribuido a posicionar esta patología como un reto prioritario en salud pública, promoviendo actuaciones específi-

cas que mejoran la calidad de vida de los pacientes y fortalecen la respuesta del sistema sanitario.

Estos agentes tienen, además, una gran importancia como referencia en la **información y acompañamiento** de las personas afectadas y sus familiares (a través de la figura del “paciente experto”), la **interlocución con las Administraciones** y los profesionales y la **prestación de servicios** que complementan la cartera del SNS (fisioterapia, nutrición, apoyo emocional, etc.).

IV. PROYECTOS Y ESTRATEGIAS RELACIONADOS CON EL ABORDAJE DE LA ARTROSIS

El abordaje institucional de la artrosis en España se ha enmarcado en una serie de estrategias y planes promovidos desde el Sistema Nacional de Salud o los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas, que tienen como objetivo mejorar la prevención, el diagnóstico precoz y la atención de las enfermedades musculoesqueléticas, así como del dolor crónico y la fragilidad. Todas estas líneas de acción están vinculadas con el abordaje integral de la artrosis y han tenido impacto en la mejora asistencial.

4.1. Proyectos a nivel nacional

Uno de los documentos más relevantes es la “**Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud**”⁴⁵, publicada en 2013. Esta estrategia propone medidas para optimizar el manejo clínico y organizativo de estas enfermedades, poniendo el foco en el refuerzo de la formación continuada de los profesionales sanitarios, la promoción de programas de educación para la salud dirigidos a pacientes y la mejora de la coordinación entre

Atención Primaria y Especializada. En este sentido, la estrategia promueve el desarrollo de programas de atención temprana y sistemas de derivación precoz para reducir la discapacidad laboral y el impacto social de patologías como la artrosis.

Complementariamente, la “**Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud**”⁴⁶, aprobada en 2014, incluye entre sus prioridades la reducción del riesgo de dolor crónico y de enfermedades asociadas al envejecimiento, como la artrosis. Esta estrategia promueve estilos de vida saludables, y contempla la creación de un Grupo de Trabajo de prevención de la fragilidad y las caídas en personas mayores, cuya labor se ha consolidado como un eje clave en la prevención de deterioro funcional y lesiones musculoesqueléticas.

En este marco, se elaboró también en 2014 el “**Documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor**”⁴⁷, centrado en la detección precoz de la fragilidad, la reducción del riesgo de caídas y fracturas y la mejora de la autonomía funcional. Su actualización en 2022

44. Federación Europea de Asociaciones Nacionales de Ortopedia y Traumatología. *EFORT mission, vision & activities*.

45. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. *Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud*.

46. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud*.

47. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. *Documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor*.

permitió incorporar nuevos indicadores de evaluación y líneas de acción para consolidar un enfoque integral y basado en la evidencia, especialmente útil en el abordaje de patologías como la artrosis que impactan en la movilidad y la independencia funcional.

Otra iniciativa destacada es la **“Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad”**⁴⁸, publicada en 2019. Esta estrategia plantea un abordaje homogéneo y sistemático de la fragilidad y de las enfermedades que la provocan, como la artrosis, mediante acciones centradas en la prevención, el diagnóstico precoz y el manejo clínico en población mayor.

De forma complementaria a las iniciativas impulsadas desde las administraciones públicas, resulta relevante poner en valor las acciones de impacto promovidas por las organizaciones de pacientes. En este ámbito, destaca la **“Campaña de Prevención y Detección Precoz”** de OAFI⁴⁹, que tiene como objetivo formar y empoderar a los pacientes en el cuidado de su salud articular. Esta iniciativa facilita el acceso a un cribado inocuo y rápido, basado en la evaluación de factores de riesgo, la identificación de áreas corporales dolorosas, la exploración física y el uso de densitometría ósea por ultrasonidos.

4.2. Proyectos a nivel regional

Andalucía

En el ámbito autonómico, el **“Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (PAERME)”**⁵⁰, publicado en 2018, establece como objetivo reducir la incidencia y el impacto de estas patologías mediante la mejora de la atención

sanitaria, la adecuación de la oferta de servicios, el fomento de la investigación y la formación profesional, y el impulso de la participación activa de los pacientes. Este plan ha contribuido a visibilizar el impacto emocional y social de enfermedades como la artrosis, promoviendo un enfoque integral centrado en la calidad de vida y en la toma de decisiones compartida.

Cataluña

En Cataluña, el **“Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor”**^{51,52}, publicado en 2016, propone un modelo asistencial centrado en las necesidades de las personas con enfermedades musculoesqueléticas, incluida la artrosis. El plan impulsa acciones de promoción de la salud, diagnóstico precoz, tratamiento rehabilitador y continuidad asistencial. Entre sus líneas prioritarias destaca la mejora de la formación en Atención Primaria, orientada a optimizar los circuitos de derivación y agilizar el diagnóstico, así como la incorporación de principios de equidad, sostenibilidad y eficiencia en la organización de los servicios.

Estos planes y estrategias reflejan el compromiso institucional en España con la mejora del abordaje integral de las enfermedades reumáticas y causantes de fragilidad, entre las que la artrosis destaca como una de las afecciones de mayor impacto. Todas ellas contribuyen a configurar un marco de actuación orientado a la prevención, la detección precoz, la atención multidisciplinar y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

48. Ministerio de Sanidad, 2019. *Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad*.

49. Osteoarthritis Foundation International. *Campaña de Prevención y Detección Precoz*.

50. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2018. *Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas*.

51. Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, 2016. *Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor 2017-2019*.

52. Larrosa M. et al., 2012. *Planificación en enfermedades reumáticas. Elaboración del Plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor de Cataluña*. Reumatología Clínica. doi: 10.1016/j.reuma.2011.12.007.

Barómetro

DE LA ARTROSIS EN ESPAÑA

I. OBJETIVOS

Considerando el significativo impacto del dolor crónico en la sociedad, la Fundación Grünenthal, en colaboración con el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz, inició la investigación que conforma el presente documento.

Esta investigación se centra en dos objetivos principales:



Conocer y describir las características epidemiológicas y de atención sanitaria de los ciudadanos adultos que sufren de dolor crónico asociado a artrosis en España.



Conocer las características y consecuencias del dolor crónico sobre la salud y calidad de vida de los pacientes con dolor crónico y artrosis.

II. METODOLOGÍA

El estudio se desarrolló a partir de **encuestas realizadas a la población española en el año 2022**, con el objetivo de cuantificar el alcance del dolor crónico en España y las patologías asociadas a esta condición, con miras a proponer soluciones a los principales desafíos que plantea.

Los resultados que se presentarán en las secciones siguientes corresponden a **pacientes que padecen dolor crónico y, además, sufren de artrosis como patología asociada**. Por lo tanto, para interpretar adecuadamente los resultados, es fundamental entender que los datos analizados provienen de individuos con artrosis y dolor crónico.

Ámbito del estudio

Nacional (España).

Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo transversal.

Población de estudio

Individuos de 18 a 85 años residentes en España.

Criterios de inclusión y exclusión

Los individuos seleccionados para las encuestas fueron sujetos listados en el **panel de Cint**, líder mundial en software para la recopilación de información digital⁵³.

Esta plataforma, enfocada a fines exclusivamente relacionados con las investigaciones de mercado, permite el acceso a paneles de participantes que cumplen con los requisitos de la Sociedad Europea de Opinión e Investigación de Mercados (European

53. Cint. *Market Research and Insights*.

Society for Opinion and Marketing Research, ESOMAR) y la Organización Internacional de Normalización (International Organization for Standardization, ISO).

El acceso a los sujetos que participaron en la encuesta de este proyecto se llevó a cabo de manera aleatoria a través de una plataforma propia de Access, garantizando la **anonimidad** y sin tener acceso a información personal de los individuos, tan sólo **información sociodemográfica de la población a nivel agregado**.

Muestra

Para este proyecto se llevaron a cabo **7.058 entrevistas** a población española, muestreada según cuotas de **sexo, edad y Comunidad Autónoma** de residencia.

- 6.394 encuestas se realizaron mediante una entrevista online asistida por ordenador (Computer-Assisted Web Interviewing, CAWI) a **individuos de 18 a 75 años**.
- 664 encuestas se realizaron mediante una entrevista telefónica asistida por ordenador (Computer-Assisted Telephone Interviewing, CATI) a **individuos de 76 a 85 años**.

La distribución de los participantes entre los segmentos online y telefónico se hizo con el objetivo de favorecer el adecuado desarrollo de las encuestas. La población mayor de 75 años, menos familiarizada con los medios digitales e Internet, completó la encuesta a través de una llamada telefónica con un entrevistador, mientras que la población entre 18 y 75 años realizó las encuestas a través de un enlace a un cuestionario online.

Con un tamaño de 7.058 entrevistas, el **error muestral** queda fijado en $\pm 1,2\%$, para **datos globales**, $p=q=0,5$, con un **nivel de confianza del 95%**.

Para la muestra realizada mediante CAWI (6.394 entrevistas), el error es de $\pm 1,2\%$, y para la muestra realizada mediante CATI (664 entrevistas), el error es de $\pm 3,9\%$.

La distribución muestral es proporcional al tamaño de la población española por sexo, edad y Comunidad Autónoma de residencia (**Anexo 1. Tabla A1 – 1 y Tabla A1 – 2**).

Instrumentos y variables

Se diseñó un cuestionario estructurado que incluía variables sobre: datos sociodemográficos, uso del sistema sanitario, estado de salud, presencia y características del dolor (continuo y crónico), consecuencias del dolor crónico y uso del sistema sanitario a causa del dolor.

Para el análisis llevado a cabo se diferenciaron tres grupos en la población encuestada: individuos sin dolor, individuos con dolor continuo e individuos con dolor crónico.

- **Definición de dolor continuo (no crónico):** se considera que una persona tiene dolor continuo no crónico si lo sufre al menos 4 o 5 días a la semana, pero desde hace menos de 3 meses.
- **Definición de dolor crónico:** se considera que una persona tiene dolor crónico si sufre dolor al menos 4 o 5 días a la semana y dicho dolor tiene lugar desde hace al menos 3 meses.

Para cuantificar el estado de salud de los encuestados, se utilizaron las siguientes escalas:

- **Cuestionario SF-12 versión 2 (SF-12v2) de Calidad de Vida Relacionada con la Salud.**

Es un cuestionario que permite analizar la **salud física** (Physical Component Score, **PCS**) y la **salud mental** (Mental Component Score, **MCS**) en ocho dimensiones: función física, rol

físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Cada dimensión se puntúa del 0 al 100, siendo los valores más altos representación de un mejor estado de salud^{54,55}.

- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión** (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Esta escala se utiliza para abordar los trastornos del humor (**ansiedad y depresión**) por medio de dos subescalas (ansiedad y depresión). Cada escala toma valores entre 0 y 21, donde mayores puntuaciones indican mayores niveles de ansiedad o depresión. Puntuaciones por encima de 10 indican presencia de ansiedad o depresión, y entre 8 y 10 se considera con indicios dudosos de ansiedad o depresión^{56,57,58}.

- **Cuestionario Duke de Apoyo Social percibido.**

Este cuestionario se compone de dos subescalas: **apoyo social** confidencial (posibilidad de comunicarse con otras personas) y apoyo social afectivo (muestras de afecto y empatía recibidas). Las puntuaciones se establecen entre 11 y 55, siendo las mayores puntuaciones consecuencia de un mayor apoyo social percibido. Puntuaciones inferiores a 32 se consideran indicadoras de bajo apoyo social percibido⁵⁹.

Procedimiento de recogida de datos

La recogida tuvo lugar entre el 13 y el 20 de **junio de 2022** a través del panel de la empresa Cint. El acceso a la información se ha realizado por el **sistema CATI** y el **sistema CAWI**.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un **análisis descriptivo** de los datos, mostrando la distribución de frecuencias absolutas y relativas (**porcentajes**) en el caso de las variables cualitativas. Para las cuantitativas se muestran la **media con su desviación típica**. Se comprobó la normalidad en su distribución mediante **pruebas de Kolmogorov-Smirnov**.

Se determinó la prevalencia de dolor continuo no crónico y dolor crónico mediante **estimación puntual** y por **intervalos de confianza al 95%**. La prevalencia se particularizó por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma.

El análisis que se presenta en este informe se ha centrado en el subgrupo de individuos con artrosis asociada al dolor crónico, para los que se han estudiado los siguientes datos:

- Prevalencia de artrosis en pacientes con dolor crónico.
- Prevalencia de artrosis y dolor crónico en la población general.
- Distribución de la muestra de encuestados con artrosis y dolor crónico.
- Características del dolor de los encuestados con artrosis y dolor crónico.
- Análisis de otras causas de dolor crónico presentes en encuestados con artrosis.

54. Schmidt S. et al., 2012. *Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña*. Médica Clínica. doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024.

55. Monteagudo O. et al., 2009. *Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2*. Gaceta Sanitaria. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.005.

56. Zigmond A. y Snaith R., 1983. *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

57. Selvarajah D. et al., 2014. *The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy*. Diabetes and Vascular Disease Research. doi: 10.1177/1479164114522135.

58. Herrero M. et al., 2003. *A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population*. General Hospital Psychiatry. doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4.

59. Bellón J. et al., 1996. *Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11*. Atención Primaria 1996 Sep 15;18(4):153-6, 158-63.

III. RESULTADOS

En esta sección se presentan los principales hallazgos del informe, basados en **las 7.058 encuestas** realizadas en el contexto de este estudio. De estas, 6.394 se realizaron de manera online a través de la metodología CAWI a población entre 18 y 75 años, mientras que las 664 encuestas restantes fueron desarrolladas por vía telefónica a través de la metodología CATI a personas de entre 76 y 85 años.

Del total de encuestados, 1.825 personas (25,9%) reportaron sufrir dolor crónico. Para obtener una descripción detallada de los resultados, puede consultarse el **Anexo 2. Resultados**.

3.1. Prevalencia de artrosis y dolor crónico

En esta sección se expone la **prevalencia de artrosis en los pacientes con dolor crónico**, así como la **prevalencia de artrosis y dolor crónico en la población general**. Estos datos han sido obtenidos a través de las encuestas realizadas, con especial énfasis en el impacto de esta afección en la vida diaria y su repercusión en la sociedad.

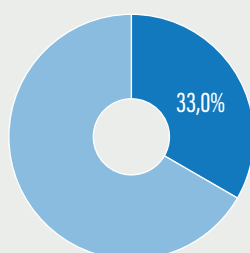
Prevalencia global

Como se ha presentado en los apartados previos de este informe, la artrosis es una enfermedad que afecta a las articulaciones y supone una **elevada carga sobre los pacientes**, siendo una de las causas más frecuentes de dolor crónico en la población española.

La prevalencia de artrosis en los pacientes con dolor crónico se sitúa en el **33%** (IC95%: 30,9-35,2%), mientras que la prevalencia de artrosis y dolor crónico en la población general alcanza el **8,5%** (IC95%: 7,9-9,2%). Para interpretar estos datos de forma adecuada, es fundamental tener en cuenta que el presente informe se centra en analizar el impacto del dolor crónico asociado a la artrosis, por lo que no debe interpretarse como una estimación global de la prevalencia de la artrosis como entidad clínica independiente.

En este sentido, el barómetro muestra que la **artrosis es la causa de dolor en el 33% de los pacientes con dolor crónico** y que el **8,5% de la población en España padece de artrosis y dolor crónico** de forma simultánea (no exclusivamente artrosis) (Figura 2).

PREVALENCIA DE ARTROSIS EN
PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO



PREVALENCIA DE ARTROSIS Y DOLOR
CRÓNICO EN LA POBLACIÓN GENERAL

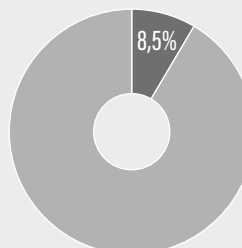


Figura 2. Prevalencia global de artrosis en pacientes con dolor crónico y prevalencia global de artrosis y dolor crónico en la población general.

Prevalencia por edad

De acuerdo con las características de la artrosis, la enfermedad tiene un mayor alcance en la población de edad avanzada. Esta situación se refleja en la prevalencia en los diferentes grupos etarios de la población.

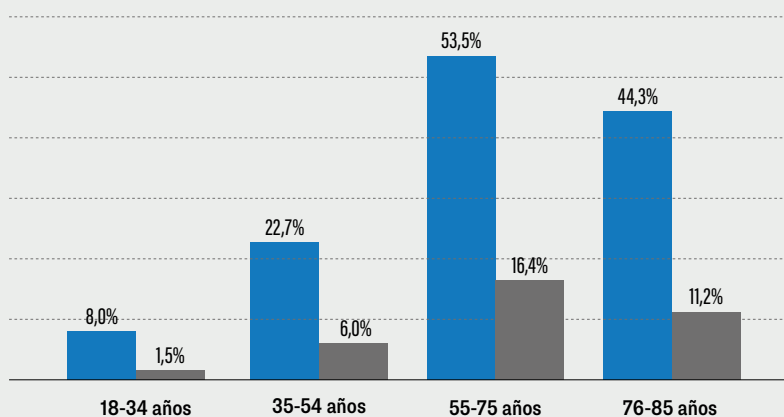
En el grupo de encuestados **entre 55 y 75 años** se observa la prevalencia de artrosis en los pacientes con dolor crónico más alta, que alcanza el **53,5%** (IC95%: 49,6-57,4%). También en este grupo se encuentra la prevalencia máxima de artrosis y

dolor crónico en la población general, que es del **16,4%** (IC95%: 14,8-18%).

Por el contrario, la población entre 18 y 34 años es el subgrupo poblacional con menor prevalencia de artrosis, lo que puede deberse a la presencia reducida de factores de riesgo y menor desgaste articular. Solo el 8% de los pacientes con dolor crónico de entre 18 y 34 años presenta artrosis (IC95%: 5,2-11,7%) y únicamente el 1,5% de los encuestados tienen artrosis y dolor crónico (IC95%: 1-2,2%) (Figura 3).

Figura 3. Prevalencia de artrosis en pacientes con dolor crónico y prevalencia de artrosis y dolor crónico en la población general por grupo de edad.

■ Prevalencia de artrosis en pacientes con dolor crónico
■ Prevalencia de artrosis y dolor crónico en la población general



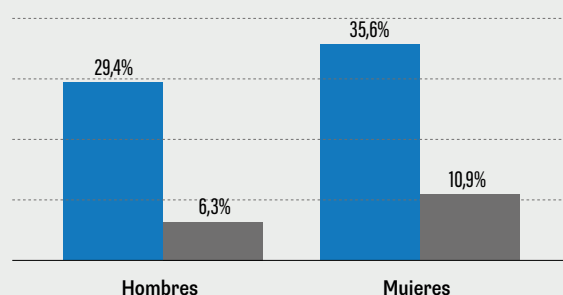
Prevalencia por sexo

La artrosis es una enfermedad que afecta en mayor medida a las mujeres, por lo que su prevalencia es superior en la población femenina encuestada, al igual que sucede con el dolor crónico.

El **35,6%** de las **mujeres** con dolor crónico sufren de artrosis (IC95%: 32,8-38,6%), cifra superior al 29,4% de hombres (IC95%: 26,1-32,8%). De forma paralela, el **10,9%** de las mujeres encuestadas presentan artrosis y dolor crónico (9,9-11,9%), mientras que, en el caso de los hombres, solo un 6,3% presenta ambas condiciones (IC95%: 5,5-7,1%) (Figura 4).

Figura 4. Prevalencia de artrosis en pacientes con dolor crónico y prevalencia de artrosis y dolor crónico en la población general por sexo.

■ Prevalencia de artrosis en pacientes con dolor crónico
■ Prevalencia de artrosis y dolor crónico en la población general



Prevalencia por Comunidad Autónoma

Para analizar con precisión la prevalencia de artrosis y dolor crónico en las distintas Comunidades Autónomas, se ha aplicado una corrección a los valores brutos obtenidos en las encuestas. Dado que cada región presenta una estructura poblacional propia, se han ajustado las prevalencias de acuerdo a la distribución de la población de cada región, obteniéndose la **prevalencia ajustada por edad** en cada región.

Según estos datos ajustados, **Castilla-La Mancha** presenta la mayor prevalencia de artrosis en

pacientes con dolor crónicos, con un **41%** (IC95%: 25,5-56,4%), seguida por la Región de Murcia (40,9%; IC95%: 24,5-57,2%) y La Rioja (37,7%; IC95%: 14,6-89,9%).

A pesar de que Castilla-La Mancha es el territorio en el que la artrosis es más frecuente entre los pacientes con dolor crónico, la **Región de Murcia** es la Comunidad Autónoma en la que hay una mayor proporción de encuestados con artrosis y dolor crónico (**12,6%**; IC95%: 7,5-17,6%), seguida por las Islas Baleares (11,1%; IC95%: 6,5-15,7%) y Extremadura (10,1%; IC95%: 5-15,2%) (Figura 5).

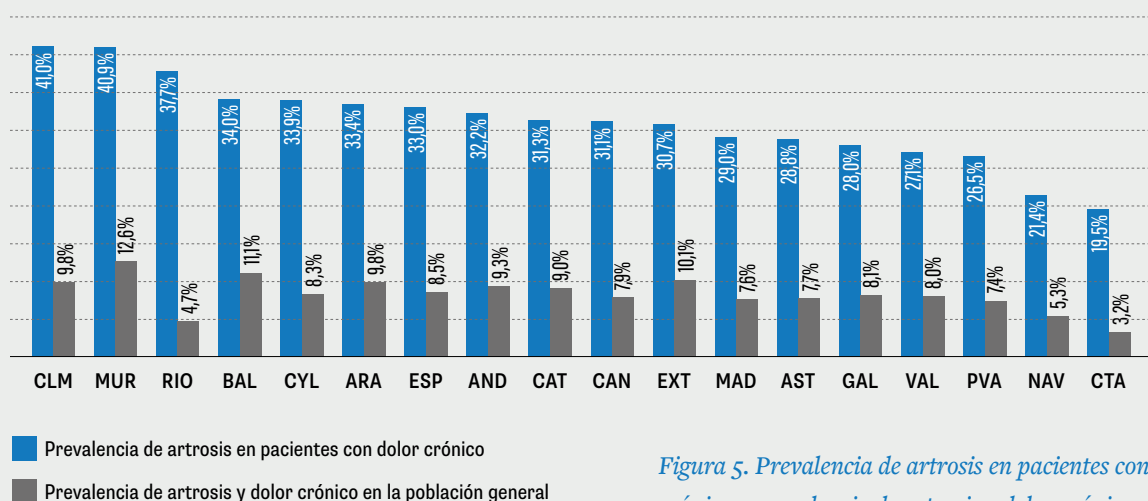


Figura 5. Prevalencia de artrosis en pacientes con dolor crónico y prevalencia de artrosis y dolor crónico en la población general por Comunidad Autónoma.

Si bien el análisis realizado no permite identificar los factores que explican esta diversidad regional, los resultados confirman que la **artrosis asociada a dolor crónico presenta una elevada prevalencia en España**, con una mayor afectación en personas mayores y, especialmente, en mujeres, así como una variabilidad significativa entre regiones. Esta información resulta clave para orientar medidas de planificación y atención sociosanitaria adaptadas a las necesidades específicas de la población afectada.

3.2. Distribución de la muestra de encuestados con artrosis y dolor crónico

En este apartado se presenta las **características de la población con artrosis y dolor crónico que han participado en las encuestas**, lo que permite conocer el perfil de los pacientes y sus principales aspectos sociodemográficos: edad, sexo, Comunidad Autónoma de residencia, nivel educativo, situación laboral y estado de salud.

De los 7.058 ciudadanos mayores de edad que participaron en la encuesta a nivel nacional, 1.825 sufren de dolor crónico (25,9% del total). Dentro de este colectivo, 603 personas tienen artrosis (8,5% del total y 33% de los encuestados con dolor crónico).

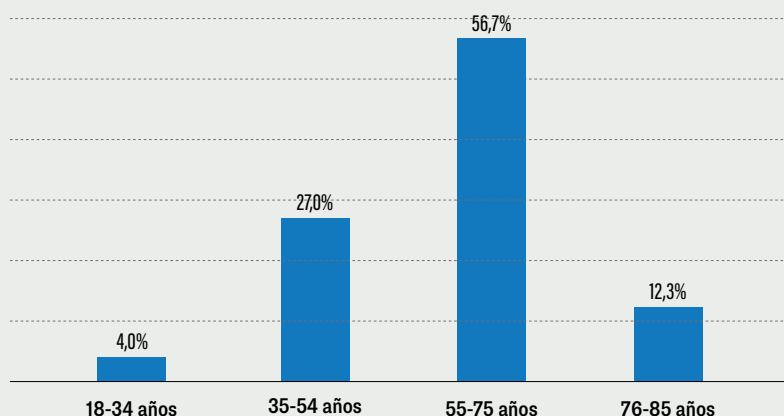
Esta población de 603 encuestados, que se analiza en este apartado, representa a los pacientes con artrosis y dolor crónico.

Distribución por edad

Los encuestados con artrosis y dolor crónico presentan una **edad media de 59,2 años** (desviación típica, DT=12,7) y una **edad mediana de 60 años** (rango intercuartílico, RI=16), lo que refleja que tanto el dolor crónico como la artrosis son patologías que afectan de forma frecuente a la población mayor.

En relación a esto, el grupo de edad más frecuente entre los individuos encuestados que presentan artrosis y dolor crónico es el **colectivo entre 55 y 75 años**, con un **56,7%** (Figura 6).

Figura 6. Distribución de los encuestados con artrosis y dolor crónico por grupo de edad.

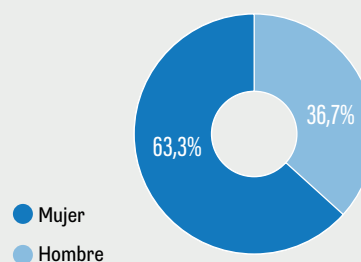


Distribución por sexo

Como sucede con la población mayor, la artrosis y el dolor crónico afectan de forma significativa a la población femenina, lo que se observa en la distribución de los encuestados con artrosis y dolor crónico en relación al sexo.

La muestra de encuestados está compuesta mayoritariamente por **mujeres**, que representan un **63,3%** del total, frente a un 36,7% de hombres (Figura 7).

Figura 7. Distribución de los encuestados con artrosis y dolor crónico por sexo.

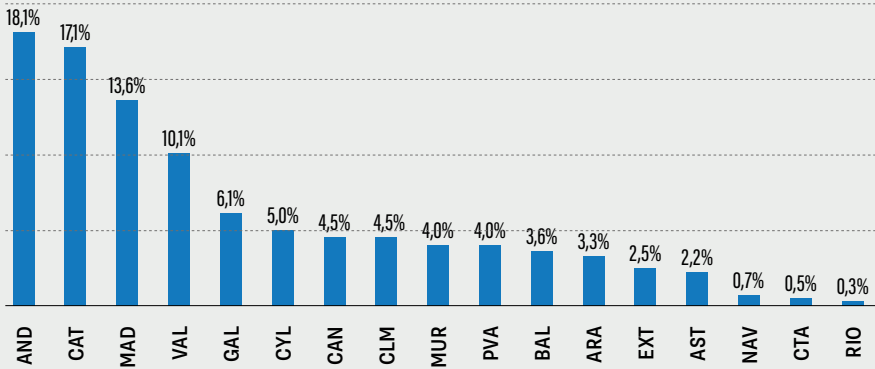


Distribución por Comunidad Autónoma

En lo que respecta a la distribución de los encuestados con dolor crónico y artrosis según su región

de procedencia, se observa que **Andalucía** es el territorio que reúne a un mayor número de encuestados, con un **18,1%**, seguida de Cataluña (17,1%) y la Comunidad de Madrid (13,6%) (Figura 8).

Figura 8. Distribución de los encuestados con artrosis y dolor crónico por Comunidad Autónoma.

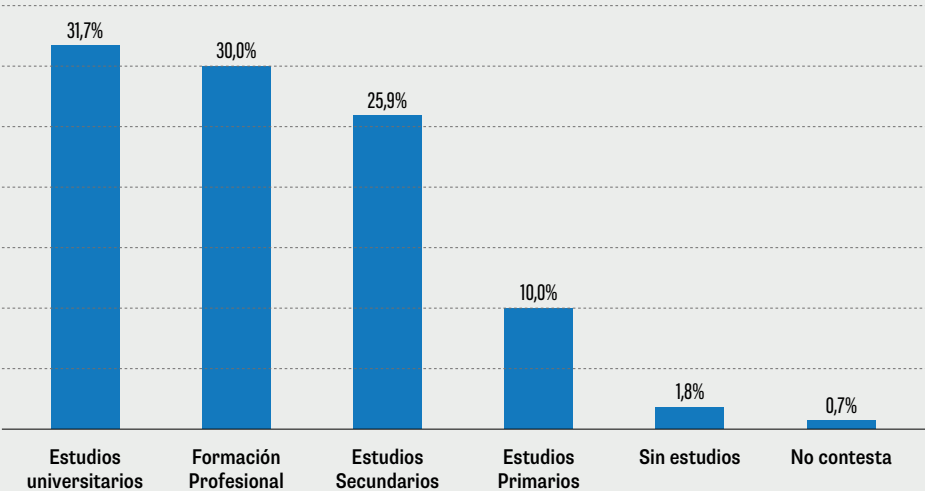


Esta distribución es muy similar a la que se observa en la población general, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁶⁰, siendo también Andalucía, Cataluña y la Comunidad de Madrid las regiones más pobladas.

Distribución por nivel de estudios

El 97,5% de los encuestados con artrosis y dolor crónico presentan algún tipo de estudios, siendo el nivel educativo más frecuente el **universitario**, alcanzado por un **31,7%** del total de encuestados (Figura 9).

Figura 9. Distribución de los encuestados con artrosis y dolor crónico por nivel de estudios.



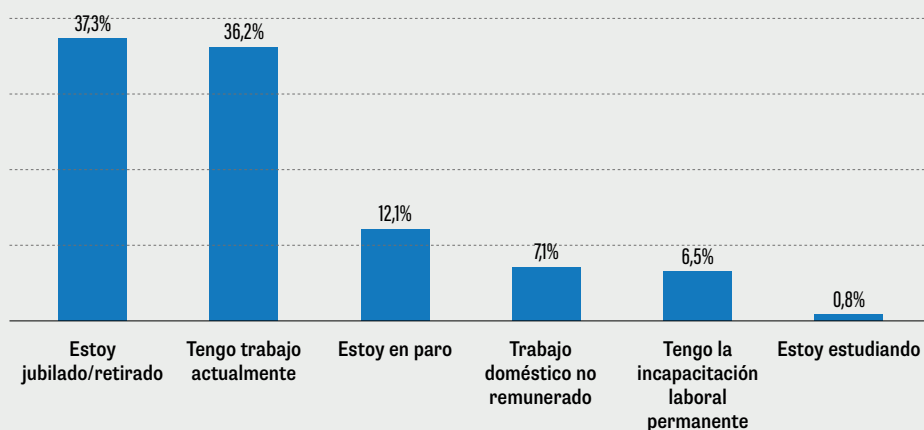
60. Instituto Nacional de Estadística, 2024. *Población según comunidad autónoma y provincia y sexo*.

Distribución por situación laboral

De todos los encuestados que padecen artrosis y dolor crónico, únicamente el 36,2% tienen trabajo actualmente. Cabe destacar la elevada proporción

de participantes que se encuentran en situación de **jubilación o retiro**, que constituye el grupo más numeroso, con un **37,3%** (Figura 10). Estos datos son consecuencia de la mayor prevalencia de artrosis entre personas mayores.

Figura 10. Distribución de los encuestados con artrosis y dolor crónico por situación laboral.



Como se ha comentado a lo largo del análisis, la artrosis presenta un notable impacto sobre la vida de los pacientes a nivel personal, social y profesional. Este impacto se acentúa en los pacientes de mayor edad, por lo que las personas en edad de jubilación suponen un colectivo numeroso entre los pacientes con artrosis.

Estado de salud

Para evaluar el estado de salud de los encuestados que padecen artrosis y dolor crónico, se han utilizado los cuestionarios SF-12v2, HADS y Duke, que permiten medir, respectivamente, la calidad de vida en el ámbito físico y mental, la presencia de depresión y ansiedad, y el apoyo social percibido (Figura 11).

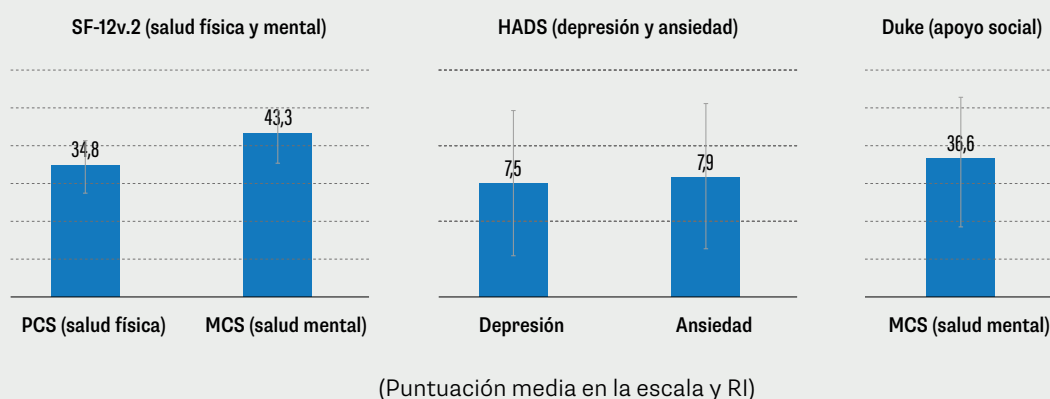


Figura 11. Estado de salud de los encuestados con artrosis y dolor crónico.

Salud física y mental

Los encuestados que sufren artrosis y dolor crónico presentan una **calidad de vida física** media de **34,8 puntos** (DT=10,2), según la escala PCS (Physical Component Score) del SF-12v2, y una calidad de vida física mediana de 34,4 puntos (RI=15,2).

En cuanto a la **calidad de vida mental**, la media fue de **43,3 puntos** (DT=12,1), analizada a través de la escala MCS (Mental Component Score) del SF-12v2, con un valor mediano de 42,5 puntos (RI=17,9).

Estos resultados son **inferiores al valor de referencia** de 50 puntos en ambas dimensiones, lo que implica que, de promedio, los pacientes con artrosis y dolor crónico tienen un estado de salud inadecuado. Esto evidencia el impacto negativo que la artrosis y el dolor crónico tienen sobre la calidad de vida de los pacientes.

Depresión y ansiedad

Los encuestados que padecen artrosis y dolor crónico presentan una puntuación media de **7,5 puntos** (DT=4,7) en la **escala HADS-depresión**, con una puntuación mediana de 7 puntos (RI=6). En la **escala HADS-ansiedad**, la puntuación media fue de **7,9 puntos** (DT=4,8), con una mediana también de 8 puntos (RI=7).

Estos valores se encuentran cercanos al umbral de 8 puntos, que indica **indicios de depresión o ansiedad**, reflejando así el impacto que la artrosis y el dolor crónico tienen sobre la salud mental de los pacientes.

En este sentido, un **23,7%** de los encuestados con artrosis y dolor crónico son catalogados como “casos” de **depresión**, según la escala, con puntuaciones superiores a 10 puntos, mientras que un 23,2% se califican como “casos dudosos” (8-10 puntos). De manera similar, el **28,9%** son considerados como “casos” de **ansiedad**, y un 22,1% adicional “casos dudosos” de este trastorno.

Apoyo social

Para concluir esta parte del análisis, se observa que la puntuación media de **apoyo social percibido** entre los encuestados con artrosis y dolor crónico es de **36,6 puntos** (DT=11,9), con una mediana de 38 puntos (RI=18), lo que sugiere un apoyo adecuado (superior a 32 puntos en la escala Duke).

A pesar de esto, de acuerdo con el punto de corte establecido en la escala, el **31%** de los participantes perciben un **apoyo “bajo”**.

3.3. Características del dolor de los encuestados con artrosis y dolor crónico

En este bloque se examinan las principales **características del dolor** en los pacientes que sufren artrosis y dolor crónico, incluyendo su duración e intensidad, localización anatómica y relación con los trastornos del sueño. Además, se abordan las consecuencias que los encuestados atribuyen directamente al dolor, tanto en el desarrollo de sus **actividades diarias** como en el **uso de los servicios sanitarios**.

Duración e intensidad del dolor

Los encuestados con artrosis y dolor crónico conviven con esta condición durante una media de **8,6 años** (DT=9,6), mientras que el periodo mediano de duración se sitúa en 5 años (RI=8,1).

La **intensidad media** del dolor que experimentan estos pacientes es de **7 puntos** (DT=1,7) en la escala de 0 a 10, con una mediana también de 7 puntos (RI=2). Estos valores se sitúan en el rango de “mucho dolor”, considerado a partir de los 7 puntos, lo que refleja la alta magnitud del dolor que padecen.

Un **60,7%** de los pacientes declara experimentar con frecuencia un nivel de **“mucho dolor”** (puntuaciones entre 7 y 9), mientras que un **29,2%** lo

califica como “moderado” (entre 4 y 6). Además, un **6%** refiere sentir un “dolor insoportable” (puntuación máxima de la escala) (Figura 12).

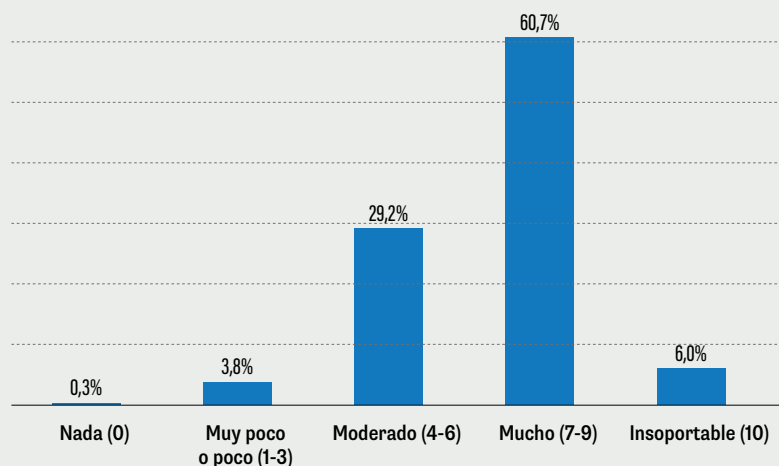


Figura 12. Intensidad del dolor en los encuestados con artrosis y dolor crónico.

Adicionalmente, el **67,7%** de los pacientes manifiesta sufrir **trastornos del sueño relacionados con el dolor**, lo que evidencia la incomodidad provocada por la enfermedad y las dificultades que conlleva para mantener un estilo de vida funcional.

Localización anatómica del dolor

El dolor que experimentan los pacientes con artrosis y dolor crónico se localiza predominantemente en las **extremidades y/o articulaciones**, donde un

43,4% declara sentir molestias. Esta distribución es coherente con las características clínicas de la artrosis, que afecta principalmente a las articulaciones y tejidos adyacentes.

El dolor en la espalda (23,5%) y el dolor generalizado (19,2%) también son frecuentes, lo que guarda estrecha relación con posibles casos de artrosis vertebral o afectación simultánea de múltiples articulaciones (Figura 13).

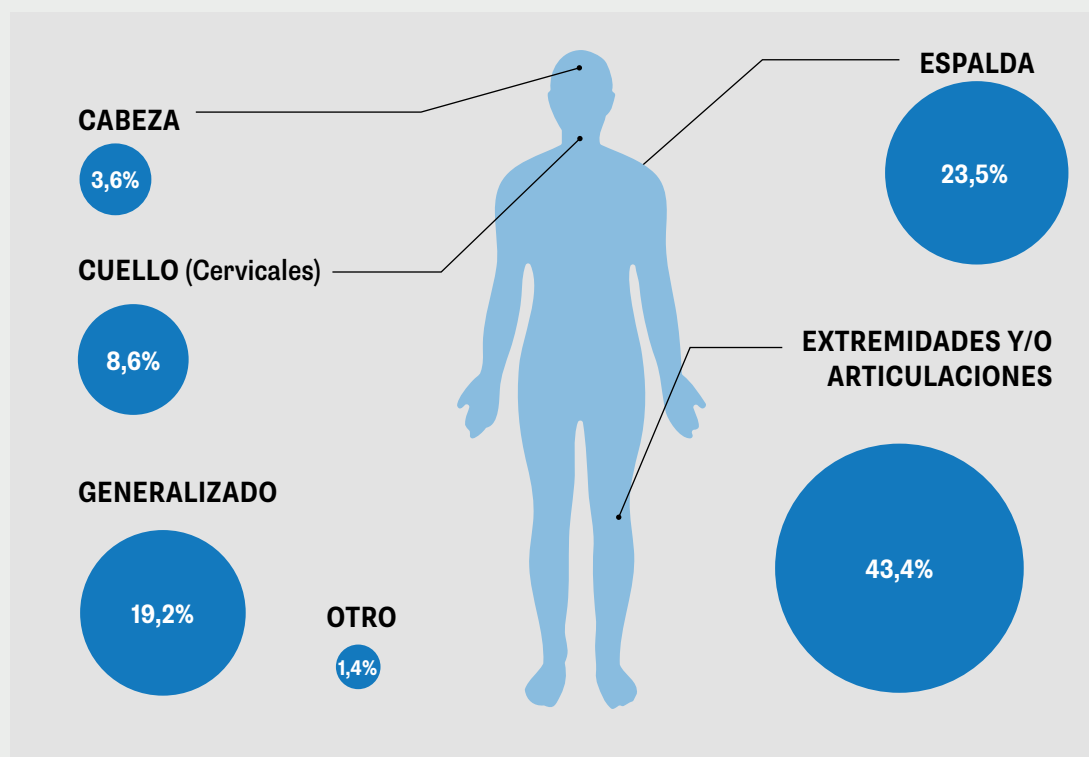


Figura 13. Localizaciones anatómicas del dolor en los encuestados con artrosis y dolor crónico.

Consecuencias del dolor en las actividades habituales

Los pacientes con artrosis y dolor crónico enfrentan con frecuencia limitaciones significativas en el desempeño de sus actividades cotidianas debido a su dolor (Figura 14).

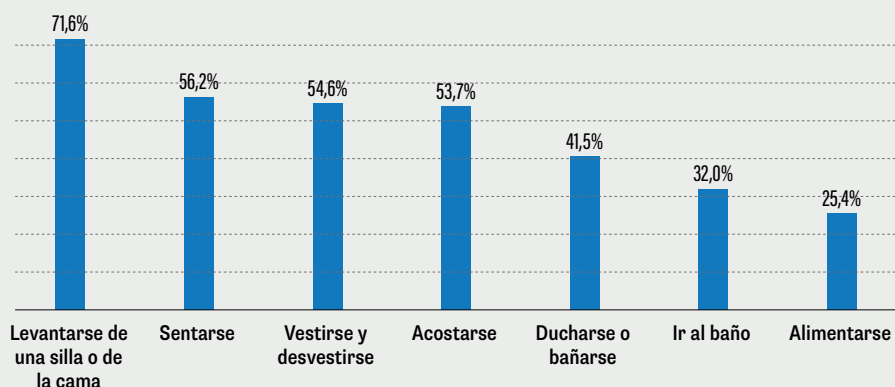


Figura 14. Actividades cotidianas limitadas por el dolor en los encuestados con artrosis y dolor crónico.

La actividad más afectada es **levantarse de una silla o de la cama**, que se encuentra **limitada en el 71,6%** de los casos, con respuestas que indican “mucho” o “algo” de limitación. Otras tareas como sentarse (56,2 %) o vestirse y desvestirse (54,6 %) también se ven habitualmente condicionadas.

Estas dificultades en las actividades básicas tienen un impacto directo en el ámbito laboral, afectando al rendimiento profesional e incluso provocando bajas laborales en un número relevante de casos (Figura 15).

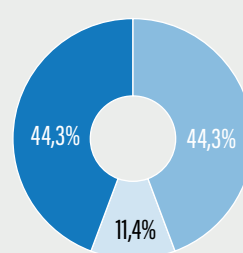
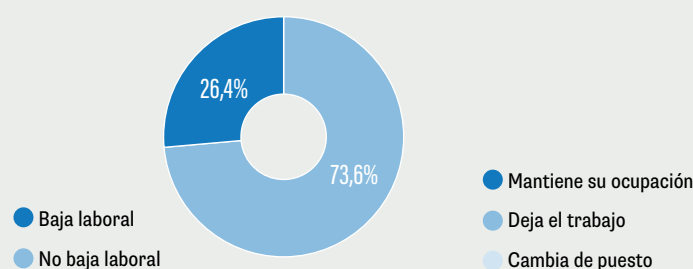


Figura 15. Situación de baja laboral a causa del dolor en los encuestados con artrosis y dolor crónico.

En el último año, un **26,4%** del total de pacientes con artrosis y dolor crónico ha estado de **baja laboral** por causa del dolor. Si bien este dato es significativo, engloba a todos los pacientes con alguna baja a lo largo del año, incluidos los que en el momento de la encuesta estaban trabajando.

Si nos centramos únicamente en los pacientes activos en el momento de la encuesta, el porcentaje de bajas asciende al 42,2%, lo que evidencia el fuerte impacto del dolor en la vida laboral de las personas que trabajan.

A pesar de que el dolor es la causa más habitual de bajas laborales en los pacientes, existen otros factores que pueden suponer la necesidad de baja. Esto se refleja en el hecho de que el 44,5% de los encuestados activos con artrosis y dolor crónico afirmaron haber estado de baja en el último año por cualquier causa.

El tiempo medio de duración de las bajas a causa del dolor se sitúa en 5,4 meses (DT=4,6), con una mediana de 3 meses (RI=11). Además, dentro de los individuos con artrosis y dolor crónico que estuvie-

ron de baja a causa del dolor (26,4% del total), un 44,3 % refiere haber tenido que **dejar su ocupación profesional** y un 11,4 % adicional ha cambiado de puesto de trabajo por el dolor.

Uso del sistema sanitario a causa del dolor

Como se refleja a lo largo de este análisis, el dolor que experimentan los pacientes con artrosis y dolor crónico tiene un impacto significativo en su vida diaria y bienestar. Como consecuencia, estos pacientes recurren con frecuencia a los servicios sanitarios (Figura 16).

El **42,8%** de los encuestados con artrosis y dolor crónico ha recurrido al **sistema sanitario** en el último mes debido al dolor, siendo la **Atención Pri-**

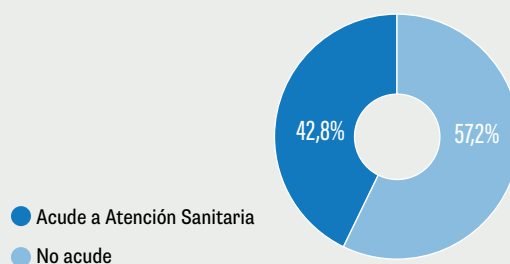
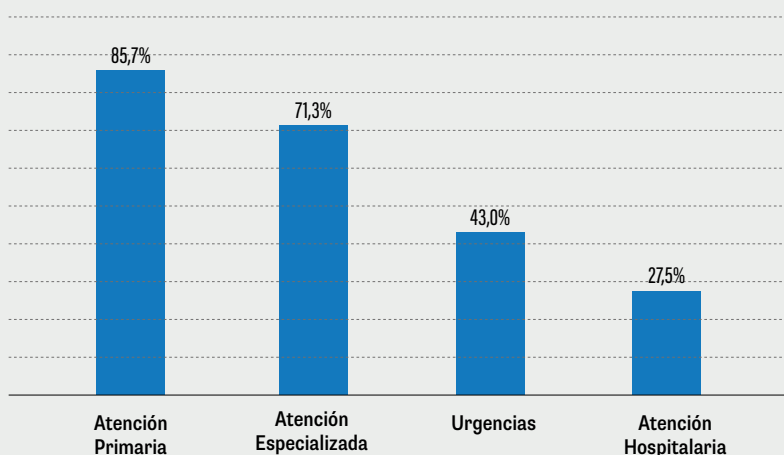


Figura 16. Uso del sistema sanitario a causa del dolor en los encuestados con artrosis y dolor crónico.

maria el nivel asistencial más utilizado. Un **85,7%** de quienes han recibido atención médica lo ha hecho en este ámbito (Figura 17).

Figura 17. Niveles asistenciales utilizados por los encuestados con artrosis y dolor crónico.



La **Atención Especializada** constituye el segundo nivel más frecuentado, con un **71,3%** de los pacientes que han acudido al sistema sanitario. Dentro

de este nivel, los encuestados señalan una notable diversidad en los servicios utilizados (Figura 18).

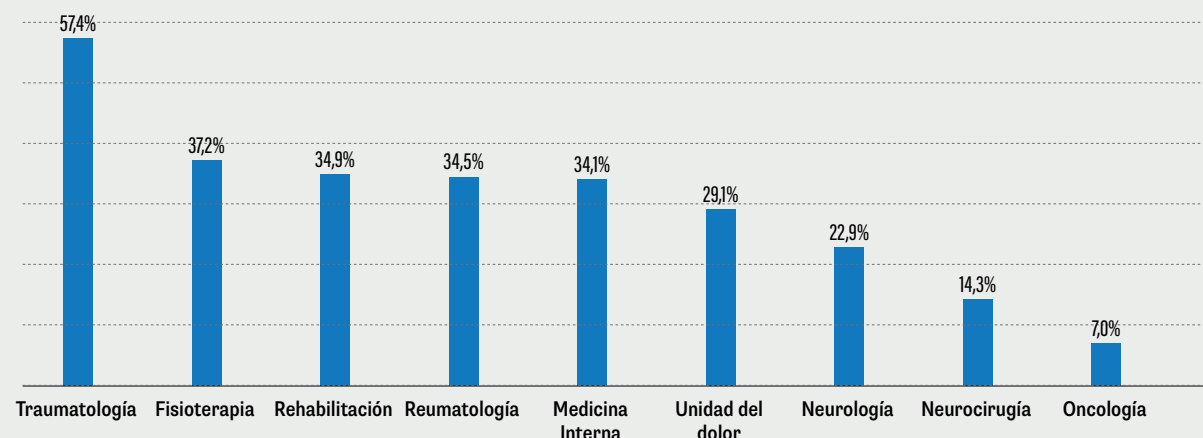


Figura 18. Uso de especialidades sanitarias por los encuestados con artrosis y dolor crónico.

Traumatología destaca como la especialidad más frecuentada, siendo consultada por un **57,4%** de los pacientes que han recibido atención especializada en el último mes. Su papel central responde al enfoque específico de esta especialidad en patologías musculoesqueléticas, entre las que se incluye la propia artrosis, así como otras patologías de impacto (lumbalgia, contracturas musculares, osteoporosis...).

Otras especialidades relevantes son Fisioterapia (37,2%), Rehabilitación (34,9%) y Reumatología (34,5%), que complementan el tratamiento y seguimiento de estos pacientes. También destaca el uso de las **Unidades del Dolor**, a las que ha accedido un **29,1%** de los encuestados con artrosis y dolor crónico. A pesar de su papel especializado en el manejo del dolor, los tiempos de espera para la primera consulta son elevados, con una media de 10,2 meses (DT=9,1) y una mediana de 12,2 meses (DT=10,2).

3.4. *Análisis de otras causas adicionales de dolor presentes en encuestados con artrosis y dolor crónico*

En este apartado se analiza la presencia de patologías dolorosas comórbidas en pacientes con artrosis y dolor crónico, identificando las enfermedades más frecuentes y agrupándolas por el tipo de dolor que suponen.

Comorbilidades dolorosas agrupadas

Las comorbilidades dolorosas en los pacientes con artrosis y dolor crónico son mayoritariamente de **origen musculoesquelético**, afectando al **99,7%** de los encuestados. Entre estas se encuentran la osteoporosis, el dolor cervical, la artritis reumatoide, las contracturas musculares, el hombro doloroso, la fibromialgia o la hernia discal. Debido a la elevada frecuencia de estas dolencias, la demanda de atención en especialidades como Traumatología es especialmente alta, tal y como se ha descrito anteriormente (Figura 18).

Además, un **55,7%** de los pacientes reporta también **comorbilidades neurológicas** que contribuyen al dolor crónico, como la migraña, los dolores de cabeza crónicos, la ciática, la neuropatía diabética, otras neuropatías periféricas y el síndrome del túnel carpiano. Este conjunto de patologías evidencia la complejidad clínica de los pacientes con artrosis, y refuerza la necesidad de un abordaje multidisciplinar que considere la coexistencia de múltiples fuentes de dolor (Figura 19).

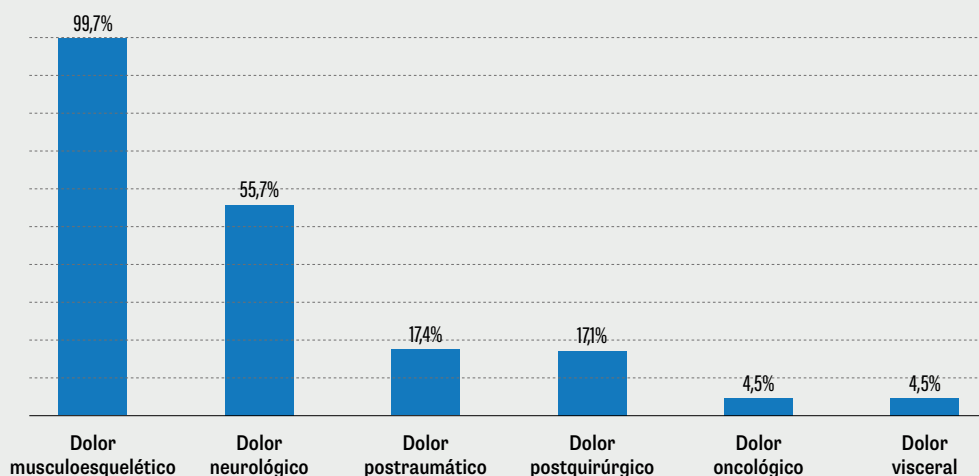


Figura 19. Comorbilidades dolorosas agrupadas (tipos de dolor) en los encuestados con artrosis y dolor crónico.

Comorbilidades dolorosas desagrupadas

Desde un enfoque más detallado, la **osteoporosis** se identifica como la comorbilidad más frecuente en los pacientes con artrosis y dolor crónico, presente en el **99,3%** de los encuestados. Esta enfermedad incrementa la fragilidad ósea y articular, lo que puede predisponer a la aparición o agravamiento de la artrosis.

Asimismo, otras dolencias como la lumbalgia (68,2%) y el dolor cervical (56,2%) también presen-

tan una alta prevalencia, confirmando que el origen musculoesquelético es el más habitual entre las comorbilidades asociadas a la artrosis (Figura 20).

Es relevante señalar que un **25% de los pacientes con artrosis y dolor crónico declara desconocer las comorbilidades adicionales que padece**, lo que constituye una barrera importante para el manejo adecuado del dolor. Esta falta de conocimiento puede limitar el acceso a tratamientos específicos y reducir la efectividad de las estrategias terapéuticas individualizadas.

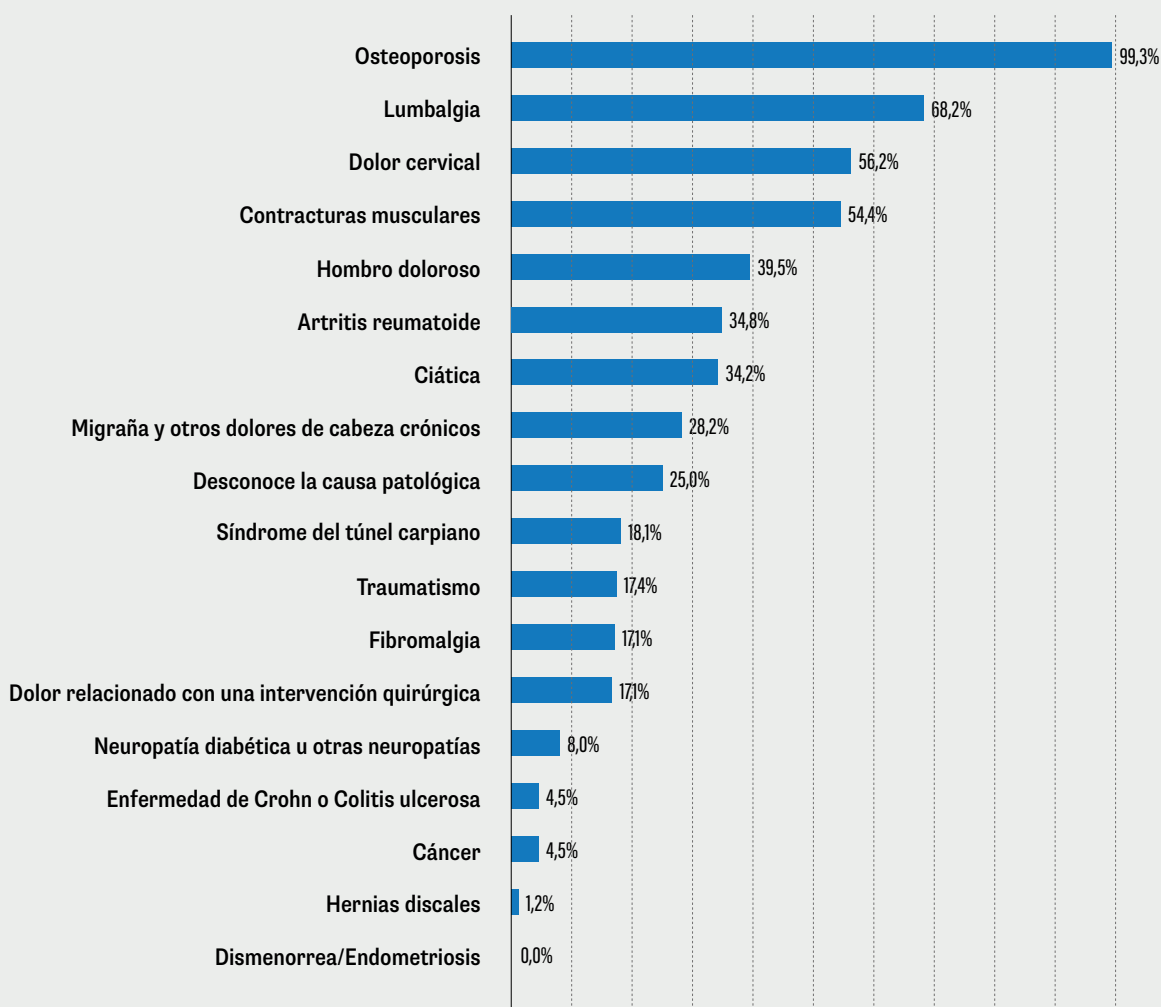


Figura 20. Comorbilidades dolorosas desagrupadas (patologías) en los encuestados con artrosis y dolor crónico.

Conclusiones

La **artrosis** representa una patología de gran impacto tanto para los pacientes como para los sistemas de salud en España, situándose **como uno de los problemas más prevalentes en el ámbito del dolor crónico**. En respuesta a esta realidad, se han desarrollado diversas iniciativas orientadas a mejorar el conocimiento, la prevención y el manejo de la enfermedad.

Entre ellas destacan las iniciativas desarrolladas por las organizaciones de pacientes y el trabajo institucional, reflejado en la “**Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud**”, publicada en 2013 y principal marco de referencia a nivel nacional. Este documento propone medidas clave para optimizar el abordaje clínico y organizativo de estas patologías, fomentando la coordinación entre Atención Primaria y Especializada, así como el desarrollo de programas de atención temprana y sistemas de derivación precoz que contribuyan a reducir la discapacidad laboral y el impacto social de enfermedades como la artrosis.

A nivel autonómico, algunas Comunidades Autónomas han desarrollado sus propios planes de actuación, alineados con las directrices de la estrategia nacional. Entre los más relevantes se encuentran el “**Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor**” (Cataluña, 2016) y el “**Plan de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas**” (Andalucía, 2018).

El estudio desarrollado en el marco de este informe revela que un **33% de los pacientes con dolor crónico en España sufren de artrosis**, lo que equivale a un 8,5% de la población adulta afectada simultáneamente por artrosis y dolor crónico (cerca de tres millones de personas). Esta prevalencia, no obstante, varía significativamente entre los diferentes grupos sociodemográficos.

En cuanto a la edad, la franja **entre los 55 y 75 años** concentra la mayor proporción de casos: más de la mitad de los pacientes con dolor crónico

en ese rango padecen artrosis (53,5%) y un 16,4% de los ciudadanos de este grupo sufre artrosis y dolor crónico de forma simultánea. La edad media de los pacientes se sitúa en 59,2 años, lo que refuerza el impacto de esta patología sobre la población mayor.

En lo que respecta al sexo, la artrosis muestra una prevalencia superior en **mujeres**: el 35,6% de las pacientes con dolor crónico presentan esta patología, frente al 29,4% de los hombres. En términos poblacionales, el 10,9% de todas las mujeres adultas padecen artrosis y dolor crónico, frente al 6,3% de los hombres.

La artrosis también presenta un impacto diferencial según la región de residencia de los pacientes, ya que la prevalencia varía entre territorios. **Castilla-La Mancha** es la Comunidad Autónoma con mayor prevalencia de artrosis entre los pacientes con dolor crónico (41%), mientras que la **Región de Murcia** presenta la prevalencia más alta de artrosis y dolor crónico en la población general (12,6%).

Tal como se ha detallado a lo largo del documento, la artrosis genera un impacto sustancial sobre la vida de las personas. El **dolor asociado a esta enfermedad es de larga duración** (media de 8,6 años) y **elevada intensidad** (7 puntos de media en una escala de 0 a 10). Un 60,7% de los pacientes declara experimentar un dolor de intensidad alta (7-9 puntos), y un 6% lo califica como insoportable (10 puntos).

La localización predominante del dolor es en las **extremidades y/o articulaciones** (43,4%), lo que se ajusta al perfil clínico de la artrosis. También son frecuentes otras localizaciones como la espalda (23,5%) o el dolor generalizado (19,2%). A menudo, los pacientes presentan otras **comorbilidades musculoesqueléticas**, siendo la **osteoporosis** la más común (presente en el 99,3%).

El impacto de la artrosis y el dolor crónico abarca los ámbitos laboral, social, familiar y personal de

los pacientes, limitando sus actividades diarias, afectando su desempeño profesional y deteriorando su salud en general.

El 71,6% de los pacientes presenta **dificultades para levantarse de la cama o de una silla**, y más de la mitad experimenta limitaciones al vestirse, sentarse o realizar tareas cotidianas. Este deterioro funcional se traduce también en una pérdida de salud general. La mayoría de los pacientes presenta un estado **de salud a nivel físico y mental por debajo del umbral de referencia** y un porcentaje elevado sufre de trastornos de **depresión** (23,7%) o **ansiedad** (28,9%).

En el entorno laboral, el 42,2% de los pacientes activos ha estado de **baja laboral** en el último año por causa de su dolor, durante un tiempo medio de 5,4 meses. A ello se suma que el 44,3% de los encuestados ha abandonado su empleo debido al dolor y un 11,4% ha tenido que cambiar de ocupación.

Todo este impacto del dolor crónico y la artrosis se traducen en un **uso frecuente del sistema sanitario**: el 42,8% de los pacientes ha necesitado atención sanitaria en el último mes, con **Aten-**

ción Primaria como principal puerta de entrada (85,7%). La Atención Especializada tiene también un papel clave, con Traumatología (57,4%), Rehabilitación, Fisioterapia, Reumatología como los servicios más utilizados.

Las **Unidades del Dolor**, especializadas en el manejo integral y multidisciplinar de las patologías causantes de dolor, constituyen un recurso de referencia en la atención sanitaria. Aunque no todos los pacientes con artrosis requieren asistencia en estas unidades, resulta fundamental garantizar el acceso adecuado para aquellos que sí lo necesiten, especialmente en presencia de comorbilidades o dolor complejo. En la actualidad, solo el **29,1% de los pacientes con artrosis y dolor crónico son atendidos** en estas unidades, y los tiempos medios de espera alcanzan los 10,2 meses.

En conjunto, los datos del Barómetro reflejan la elevada carga individual, social y sanitaria de la artrosis asociada al dolor crónico en España, y ponen de manifiesto la necesidad de impulsar estrategias específicas que permitan optimizar su prevención, detección y manejo integral.

Reflexión final: retos futuros en el abordaje de la artrosis

La evidencia recogida en este informe confirma que la artrosis constituye uno de los grandes retos sanitarios de la actualidad, tanto por su elevada prevalencia como por su impacto sostenido en la calidad de vida de millones de personas. Las proyecciones demográficas y epidemiológicas apuntan a un aumento progresivo de esta carga, por lo que **resulta urgente posicionar la artrosis como una prioridad sanitaria nacional**.

En este contexto, se identifican cinco retos clave que pueden orientar la acción institucional y profesional en los próximos años. Estas prioridades abordan aspectos estructurales, clínicos y organizativos del abordaje de la artrosis, con el objetivo de consolidar una **respuesta eficaz, equitativa y sostenible** frente a esta enfermedad.

RETOS FUTUROS EN EL ABORDAJE DE LA ARTROSIS

- 1. Reforzar la detección precoz en poblaciones de riesgo**, como mujeres y personas mayores, mediante estrategias de sensibilización comunitaria y formación continuada a profesionales de Atención Primaria, que permitan identificar factores de riesgo y prevenir la progresión de la enfermedad.
- 2. Promover un abordaje clínico integral**, impulsando la coordinación efectiva entre Atención Primaria y especialidades clave como Traumatología, Reumatología o Rehabilitación, con el fin de garantizar una atención continuada, multidisciplinar y centrada en las necesidades del paciente.
- 3. Incorporar de forma sistemática la atención a la salud mental en los protocolos asistenciales**, evaluando de forma proactiva los síntomas de depresión y ansiedad, y asegurando el acceso a recursos de apoyo emocional y psicosocial que permitan abordar de forma integral el impacto de la artrosis.
- 4. Garantizar el acceso equitativo a las Unidades del Dolor**, agilizando los procesos de derivación desde los hospitales y reduciendo los tiempos de espera, con el objetivo de ofrecer un manejo avanzado del dolor crónico asociado a la artrosis que incluya opciones farmacológicas, no farmacológicas y terapéuticas complementarias.
- 5. Impulsar la educación sanitaria de las personas con artrosis**, promoviendo el papel de las organizaciones de pacientes en la difusión de conocimiento sobre la enfermedad y sus comorbilidades (especialmente aquellas musculoesqueléticas) y fomentando el autocuidado, la adherencia terapéutica y la toma de decisiones compartidas. Todo ello debe ir acompañado de estrategias de prevención y detección precoz, así como de medidas específicas para reducir el riesgo de caídas.
- 6. Impulsar la I+D+i en artrosis**, una patología con escasas opciones terapéuticas específicas, y en el abordaje del dolor crónico no oncológico, con el fin de ampliar el arsenal terapéutico y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Fundación Grünenthal. *Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional.*
2. Calsina-Berna A. et al., 2010. *Prevalencia de dolor como motivo de consulta y su influencia en el sueño: experiencia en un centro de atención primaria. Atención Primaria.* doi: 10.1016/j.aprim.2010.09.006.
3. Grünenthal. *Fundación Grünenthal España.*
4. Fundación Grünenthal. *Presentación.*
5. Fundación Grünenthal. *Universidad de Cádiz.*
6. Fundación Grünenthal. *Observatorio del Dolor.*
7. Observatorio del Dolor. *Quiénes somos.*
8. More than Research. *Inicio.*
9. Biolnova Consulting. *Inicio.*
10. Osteoarthritis Foundation International. *Quiénes somos.*
11. Organización Mundial de la Salud, 2023. *Artrosis.*
12. Global Health Data Exchange, 2021. *Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.*
13. Long H. et al., 2022. *Prevalence Trends of Site-Specific Osteoarthritis From 1990 to 2019: Findings From the Global Burden of Disease Study 2019. Arthritis & Rheumatology.* doi: 10.1002/art.42089.
14. Cieza A. et al., 2021. *Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet.* doi: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0.
15. Mayo Clinic. *Osteoarthritis.*
16. Clínica Universidad de Navarra. *Artrosis.*
17. Ministerio de Sanidad. *Prevención de caídas en personas adultas.*
18. Organización Mundial de la Salud, 2021. *Caídas.*
19. Arthritis Foundation. *Artrosis.*
20. Giménez S. et al., 2016. *Guía práctica para el tratamiento en Atención Primaria de la artrosis en pacientes con comorbilidad. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).*

21. Blanco F. et al., 2021. *Prevalencia de artrosis sintomática en España: Estudio EPISER2016* Prevalence of symptomatic osteoarthritis in Spain: EPISER2016 study. *Reumatología Clínica*. doi: 10.1016/j.reuma.2020.01.008.
22. Ministerio de Sanidad, 2020. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018 - Situación de Salud*.
23. Dolor.com. *Datos de la artrosis en España*.
24. Osteoarthritis Foundation International (OAFI), 2018. *Artro 360: Nuevo modelo de gestión para avanzar en el tratamiento de la artrosis optimizando recursos*.
25. Expansión, 2025. *PIB de España - Producto Interior Bruto. Evolución: PIB anual España (2024)*.
26. Ministerio de Sanidad, 2022. *Gasto sanitario público: millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante según los países de Unión Europea (UE-27)*.
27. Mayoral V., 2021. *Epidemiología, repercusión clínica y objetivos terapéuticos en la artrosis*. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. doi:10.20986/resed.2021.3874/2020.
28. iSanidad, 2021. *La SER advierte del alto impacto económico en gastos indirectos que supone la artrosis*.
29. Instituto Nacional de Estadística, 2020. *Proyecciones de población 2020-2070*.
30. Marie Ng. et al., 2025. *Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021*. *The Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(25)00355-1.
31. Margarit C., 2019. *La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas*. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*. doi: 10.20986/resed.2019.3752/2019.
32. Sociedad Española de Reumatología. *Quiénes somos*.
33. Sociedad Española de Reumatología. *Misión, visión y valores*.
34. Sociedad Española de Reumatología. *Investigación*.
35. Sociedad Española de Reumatología. *EPISER: Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española*.
36. Sociedad Española de Reumatología. *Fundación Española de Reumatología - FER*.
37. Sociedad Española de Reumatología Pediátrica. *Quiénes somos*.
38. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. *¿Qué es la SECOT?*
39. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Fundación SECOT*.
40. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. *Historia*.
41. Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis. *Sobre AECOSAR - Historia*.

42. Liga Reumatológica Española. [Quiénes somos](#).
44. Federación Europea de Asociaciones Nacionales de Ortopedia y Traumatología. [EFORT mission, vision & activities](#).
45. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. [Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud](#).
46. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. [Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud](#).
47. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. [Documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor](#).
48. Ministerio de Sanidad, 2019. [Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad](#).
49. Osteoarthritis Foundation International. [Campaña de Prevención y Detección Precoz](#).
50. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2018. [Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas](#).
51. Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, 2016. Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor 2017-2019.
52. Larrosa M. et al., 2012. [Planificación en enfermedades reumáticas. Elaboración del Plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor de Cataluña. Reumatología Clínica](#). doi: 10.1016/j.reuma.2011.12.007.
53. Cint. [Market Research and Insights](#).
54. Schmidt S. et al., 2012. [Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. Médica Clínica](#). doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024.
55. Monteagudo O. et al., 2009. [Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2. Gaceta Sanitaria](#). doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.005.
56. Zigmond A. y Snaith R., 1983. [The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica](#). doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
57. Selvarajah D. et al., 2014. [The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy. Diabetes and Vascular Disease Research](#). doi: 10.1177/1479164114522135.
58. Herrero M. et al., 2003. [A validation study of the hospital anxiety and depression scale \(HADS\) in a Spanish population. General Hospital Psychiatry](#). doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4.
59. Bellón J. et al., 1996. [Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Atención Primaria](#) 1996 Sep 15;18(4):153-6, 158-63.
60. Instituto Nacional de Estadística, 2024. [Población según comunidad autónoma y provincia y sexo](#).

Anexo 1

METODOLOGÍA

DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL Y MUESTRAL

Tabla A1 – 1. Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.

	Total	Hombre		Mujer		18-34 años		35-44 años		45-54 años		55-64 años		65-75 años		76-85 años	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	6.772.098	3.334.010	49,2	3.438.088	50,8	1.618.733	23,9	1.250.859	18,5	1.368.227	20,2	1.184.548	17,5	808.400	11,9	541.324	8,0
Aragón	1.045.219	517.502	49,5	527.717	50,5	226.086	21,6	179.943	17,2	208.948	20,0	187.547	17,9	139.627	13,4	103.067	9,9
Principado de Asturias	832.723	400.319	48,1	432.404	51,9	139.177	16,7	135.774	16,3	167.270	20,1	162.185	19,5	136.253	16,4	92.059	11,1
Islas Baleares	988.720	493.754	49,9	494.966	50,1	245.332	24,8	202.535	20,5	204.796	20,7	157.561	15,9	108.971	11,0	69.521	7,0
Canarias	1.866.634	922.384	49,4	944.250	50,6	447.550	24,0	347.161	18,6	398.383	21,3	324.793	17,4	213.253	11,4	135.486	7,3
Cantabria	473.412	231.546	48,9	241.866	51,1	90.918	19,2	83.266	17,6	96.393	20,4	88.661	18,7	69.570	14,7	44.603	9,4
Castilla y León	1.926.752	960.071	49,8	966.681	50,2	367.038	19,0	305.701	15,9	372.918	19,4	374.460	19,4	286.787	14,9	219.843	11,4
Castilla - La Mancha	1.620.286	817.157	50,4	803.129	49,6	379.179	23,4	295.808	18,3	327.169	20,2	289.049	17,8	190.081	11,7	139.006	8,6
Cataluña	6.076.627	2.968.762	48,9	3.107.865	51,1	1.454.308	23,9	1.103.224	18,2	1.234.873	20,3	999.873	16,5	755.207	12,4	529.154	8,7
C. Valenciana	4.065.129	1.997.152	49,1	2.067.977	50,9	904.961	22,3	728.876	17,9	829.850	20,4	708.199	17,4	528.492	13,0	364.748	9,0
Extremadura	848.349	422.877	49,8	425.472	50,2	193.111	22,8	141.466	16,7	162.737	19,2	161.597	19,0	108.914	12,8	80.527	9,5
Galicia	2.197.253	1.065.099	48,5	1.132.154	51,5	407.763	18,6	376.974	17,2	439.327	20,0	390.474	17,8	325.301	14,8	257.416	11,7
C. de Madrid	5.388.841	2.569.547	47,7	2.819.294	52,3	1.298.146	24,1	1.015.842	18,9	1.123.008	20,8	884.649	16,4	627.562	11,6	439.638	8,2
Región de Murcia	1.187.794	593.981	50,0	593.813	50,0	304.857	25,7	228.000	19,2	242.819	20,4	195.426	16,5	128.821	10,8	87.868	7,4
La Rioja	250.685	123.931	49,4	126.754	50,6	53.036	21,2	44.386	17,7	50.800	20,3	44.963	17,9	33.436	13,3	24.074	9,6
C. Foral de Navarra	518.638	257.210	49,6	261.428	50,4	118.996	22,9	90.187	17,4	105.402	20,3	89.809	17,3	66.751	12,9	47.491	9,2
País Vasco	1.742.688	845.073	48,5	897.615	51,5	347.905	20,0	285.006	16,4	350.896	20,1	324.277	18,6	252.544	14,5	182.062	10,4
TOTAL	37.801.848	18.520.375	49	19.281.473	51	8.597.096	23	6.815.008	18	7.683.816	20	6.568.071	17	4.779.970	13	3.357.887	9

Tabla A1 – 2. Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.

	Total	Hombre		Mujer		18-34 años		35-44 años		45-54 años		55-64 años		65-75 años		76-85 años	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	1.245	727	58,4	518	41,6	343	27,6	222	17,8	229	18,4	197	15,8	144	11,6	110	8,8
Aragón	203	94	46,3	109	53,7	37	18,2	41	20,2	50	24,6	42	20,7	16	7,9	17	8,4
Principado de Asturias	165	76	46,1	89	53,9	28	17,0	30	18,2	44	26,7	30	18,2	17	10,3	16	9,7
Islas Baleares	173	81	46,8	92	53,2	39	22,5	27	15,6	20	11,6	16	9,2	54	31,2	17	9,8
Canarias	310	150	48,4	160	51,6	73	23,5	33	10,6	49	15,8	47	15,2	76	24,5	32	10,3
Cantabria	94	34	36,2	60	63,8	27	28,7	17	18,1	14	14,9	15	16,0	10	10,6	11	11,7
Castilla y León	365	185	50,7	180	49,3	72	19,7	67	18,4	98	26,8	62	17,0	34	9,3	32	8,8
Castilla - La Mancha	298	161	54,0	137	46,0	88	29,5	57	19,1	47	15,8	39	13,1	40	13,4	27	9,1
Cataluña	1.153	507	44,0	646	56,0	258	22,4	206	17,9	250	21,7	205	17,8	132	11,4	102	8,8
C. Valenciana	762	368	48,3	394	51,7	146	19,2	160	21,0	157	20,6	125	16,4	96	12,6	78	10,2
Extremadura	162	84	51,9	78	48,1	42	25,9	28	17,3	33	20,4	19	11,7	22	13,6	18	11,1
Galicia	424	202	47,6	222	52,4	76	17,9	85	20,0	79	18,6	82	19,3	58	13,7	44	10,4
C. de Madrid	1.034	567	54,8	467	45,2	192	18,6	182	17,6	228	22,1	219	21,2	111	10,7	102	9,9
Región de Murcia	213	116	54,5	97	45,5	74	34,7	40	18,8	28	13,1	28	13,1	24	11,3	19	8,9
La Rioja	47	16	34,0	31	66,0	11	23,4	16	34,0	7	14,9	7	14,9	3	6,4	3	6,4
C. Foral de Navarra	83	36	43,4	47	56,6	23	27,7	11	13,3	13	15,7	16	19,3	13	15,7	7	8,4
País Vasco	327	135	41,3	192	58,7	67	20,5	68	20,8	74	22,6	59	18,0	30	9,2	29	8,9
TOTAL	7.058	3.539	50	3.519	50	1.596	23	1.290	18	1.420	20	1.208	17	880	12	664	9

Anexo 2

RESULTADOS

PREVALENCIAS DE ARTROSIS

Tabla A2 - 1. Prevalencias de artrosis en pacientes con dolor crónico.

Variables	Categorías	ARTROSIS		
		N	Prevalencia Bruta (%)	IC95%
Prevalencia global		603	33,0	(30,9 - 35,2)
Edad	18-34	24	8,0	(5,2 - 11,7)
	35-54	163	22,7	(19,7 - 25,9)
	55-75	342	53,5	(49,6 - 57,4)
	76-85	74	44,3	(36,6 - 52,2)
Sexo	Hombre	221	29,4	(26,1 - 32,8)
	Mujer	382	35,6	(32,8 - 38,6)
Comunidad Autónoma (sin ajustar)	Andalucía	109	33,8	(28,6 - 39,2)
	Aragón	20	37,0	(24,3 - 51,3)
	Asturias	13	33,3	(19,1 - 50,2)
	Islas Baleares	22	40,0	(30 - 58,8)
	Canarias	27	32,1	(22,4 - 43,2)
	Cantabria	3	14,3	(3,1 - 36,3)
	Castilla y León	30	35,7	(25,6 - 46,9)
	Castilla - La Mancha	27	42,2	(29,9 - 55,2)
	Cataluña	103	32,6	(27,5 - 38,1)
	Comunidad Valenciana	61	30,7	(24,3 - 37,6)
	Extremadura	15	29,4	(17,5 - 43,8)
	Galicia	37	32,7	(24,2 - 42,2)
	Comunidad de Madrid	82	31,8	(26,2 - 37,8)
	Murcia	24	43,6	(30,3 - 57,7)
	La Rioja	2	20,0	(2,5 - 55,6)
	Navarra	4	19,1	(5,5 - 41,9)
	País Vasco	24	28,9	(19,5 - 39,9)
Comunidad Autónoma (ajustada por edad)	Andalucía	109	32,2	(26,2 - 38,3)
	Aragón	20	33,4	(18,8 - 48,1)
	Asturias	13	28,8	(13,1 - 44,4)
	Islas Baleares	22	34,0	(19,8 - 48,1)
	Canarias	27	31,1	(19,3 - 42,8)
	Cantabria	3	19,5	(-2,6 - 41,5)
	Castilla y León	30	33,9	(21,7 - 46)
	Castilla - La Mancha	27	41,0	(25,5 - 56,4)
	Cataluña	103	31,3	(25,3 - 37,3)
	Comunidad Valenciana	61	27,1	(20,3 - 34)
	Extremadura	15	30,7	(15,2 - 46,3)
	Galicia	37	28,0	(19 - 37)
	Comunidad de Madrid	82	29,0	(22,7 - 35,3)
	Murcia	24	40,9	(24,5 - 57,2)
	La Rioja	2	37,7	(-14,6 - 89,9)
	Navarra	4	21,4	(0,4 - 42,3)
	País Vasco	24	26,5	(15,9 - 37,1)

Tabla A2 - 2. Prevalencias de artrosis en el total de encuestados.

Variables	Categorías	ARTROSIS		
		N	Prevalencia Bruta (%)	IC95
Prevalencia global		603	8,5	(7,9 - 9,2)
Edad	18-34	24	1,5	(1 - 2,2)
	35-54	163	6	(5,2 - 7)
	55-75	342	16,4	(14,8 - 18)
	76-85	74	11,2	(8,9 - 13,8)
Sexo	Hombre	221	6,3	(5,5 - 7,1)
	Mujer	382	10,9	(9,9 - 11,9)
Comunidad Autónoma (sin ajustar)	Andalucía	109	8,8	(7,2 - 10,5)
	Aragón	20	9,9	(6,1 - 14,8)
	Asturias	13	7,9	(4,3 - 13,1)
	Islas Baleares	22	12,7	(8,1 - 18,6)
	Canarias	27	8,7	(5,8 - 12,4)
	Cantabria	3	3,2	(0,7 - 9,1)
	Castilla y León	30	8,2	(5,6 - 11,5)
	Castilla - La Mancha	27	9,1	(6,1 - 12,9)
	Cataluña	103	8,9	(7,4 - 10,7)
	Comunidad Valenciana	61	8	(6,2 - 10,2)
	Extremadura	15	9,3	(5,3 - 14,8)
	Galicia	37	8,7	(6,2 - 11,8)
	Comunidad de Madrid	82	7,9	(6,4 - 9,8)
	Murcia	24	11,3	(7,4 - 16,3)
	La Rioja	2	4,3	(0,5 - 14,5)
	Navarra	4	4,8	(1,3 - 11,9)
	País Vasco	24	7,3	(4,8 - 10,7)
Comunidad Autónoma (ajustada por edad)	Andalucía	109	9,3	(7,5 - 11)
	Aragón	20	9,8	(5,5 - 14,1)
	Asturias	13	7,7	(3,5 - 11,9)
	Islas Baleares	22	11,1	(6,5 - 15,7)
	Canarias	27	7,9	(4,9 - 10,9)
	Cantabria	3	3,2	(-0,4 - 6,8)
	Castilla y León	30	8,3	(5,3 - 11,2)
	Castilla - La Mancha	27	9,8	(6,1 - 13,5)
	Cataluña	103	9	(7,3 - 10,7)
	Comunidad Valenciana	61	8	(6 - 10)
	Extremadura	15	10,1	(5 - 15,2)
	Galicia	37	8,1	(5,5 - 10,6)
	Comunidad de Madrid	82	7,6	(5,9 - 9,2)
	Murcia	24	12,6	(7,5 - 17,6)
	La Rioja	2	4,7	(-1,8 - 11,1)
	Navarra	4	5,3	(0,1 - 10,4)
	País Vasco	24	7,4	(4,4 - 10,3)

CARACTERÍSTICAS DE LA ARTROSIS ASOCIADA A DOLOR CRÓNICO

Tabla A2 - 3. Distribución de la muestra de encuestados con artrosis.

Variables	Categorías	N	%
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Edad	18-34	24	4
	35-54	163	27
	55-75	342	56,7
	76-85	74	12,3
	Media (DT)	59,2 (12,7)	
	Mediana (RI)	60 (16)	
Sexo	Hombre	221	36,7
	Mujer	382	63,3
Comunidad Autónoma	Andalucía	109	18,1
	Aragón	20	3,3
	Asturias	13	2,2
	Islas Baleares	22	3,6
	Canarias	27	4,5
	Cantabria	3	0,5
	Castilla y León	30	5
	Castilla - La Mancha	27	4,5
	Cataluña	103	17,1
	Comunidad Valenciana	61	10,1
	Extremadura	15	2,5
	Galicia	37	6,1
	Comunidad de Madrid	82	13,6
	Murcia	24	4
	La Rioja	2	0,3
	Navarra	4	0,7
	País Vasco	24	4
Nivel de estudios	Sin Estudios	11	1,8
	Estudios Primarios	60	10
	Estudios Secundarios	156	25,9
	Formación Profesional	181	30
	Estudios universitarios	191	31,7
	No contesta	4	0,7
Situación laboral	Tengo trabajo actualmente	218	36,2
	Estoy en paro	73	12,1
	Estoy Jubilado/retirado	225	37,3
	Tengo la incapacidad laboral permanente	39	6,5
	Estoy estudiando	5	0,8
	Trabajo doméstico no remunerado	43	7,1
Baja Laboral por cualquier causa (Contestan sólo los que trabajan actualmente)	Sí	97	44,5
	No	121	55,5

USO SISTEMA SANITARIO			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas por cualquier causa	Sí	366	60,7
	No	237	39,3
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior)	Ninguna vez	36	9,8
	1 vez	192	52,5
	2 veces	87	23,8
	3 veces o más	51	13,9
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	113	30,9
	1 vez	146	39,9
	2 veces	65	17,8
	3 veces o más	42	11,5
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	287	78,4
	1 vez	49	13,4
	2 veces	9	2,5
	3 veces o más	21	5,7
Frecuencia con la que acude a Urgencias (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	238	65
	1 vez	82	22,4
	2 veces	23	6,3
	3 veces o más	23	6,3

CUESTIONARIO PRINCIPAL: Estado de Salud			
Calidad de Vida (SF 12v.2). PCS	Media (DT)	34,8 (10,2)	
	Mediana (RI)	34,4 (15,2)	
Calidad de Vida (SF 12v.2). MCS	Media (DT)	43,3 (12,1)	
	Mediana (RI)	42,5 (17,9)	
HADS- Depresión	Media (DT)	7,5 (4,7)	
	Mediana (RI)	7 (6)	
	No Caso	320	53,1
	Caso dudoso	140	23,2
	Caso	143	23,7
HADS- Ansiedad	Media (DT)	7,9 (4,8)	
	Mediana (RI)	8 (7)	
	No Caso	296	49,1
	Caso dudoso	133	22,1
	Caso	174	28,9
Limitaciones vida diaria: Alimentarse	No puedo hacerlo por mí mismo	29	4,8
	Sí. mucha dificultad	33	5,5
	Sí alguna dificultad	61	10,1
	No. ninguna dificultad	480	79,6
Limitaciones vida diaria: Sentarse	No puedo hacerlo por mí mismo	20	3,3
	Sí. mucha dificultad	49	8,1
	Sí alguna dificultad	213	35,3
	No. ninguna dificultad	321	53,2

Limitaciones vida diaria: Levantarse de una silla o de la cama	No puedo hacerlo por mí mismo	20	3,3
	Sí. mucha dificultad	94	15,6
	Sí alguna dificultad	295	48,9
	No. ninguna dificultad	194	32,2
Limitaciones vida diaria: Acostarse	No puedo hacerlo por mí mismo	20	3,3
	Sí. mucha dificultad	47	7,8
	Sí alguna dificultad	215	35,7
	No. ninguna dificultad	321	53,2
Limitaciones vida diaria: Vestirse y desvestirse	No puedo hacerlo por mí mismo	21	3,5
	Sí. mucha dificultad	61	10,1
	Sí alguna dificultad	227	37,6
	No. ninguna dificultad	294	48,8
Limitaciones vida diaria: Ir al baño	No puedo hacerlo por mí mismo	20	3,3
	Sí. mucha dificultad	44	7,3
	Sí alguna dificultad	143	23,7
	No. ninguna dificultad	396	65,7
Limitaciones vida diaria: Ducharse o bañarse	No puedo hacerlo por mí mismo	26	4,3
	Sí. mucha dificultad	53	8,8
	Sí alguna dificultad	173	28,7
	No. ninguna dificultad	351	58,2
Limitaciones vida diaria: Otras	No puedo hacerlo por mí mismo	28	4,6
	Sí. mucha dificultad	45	7,5
	Sí alguna dificultad	149	24,7
	No. ninguna dificultad	381	63,2
Recibe ayuda familiar. social de entidades para: Alimentarse	Sí	43	7,1
	No	560	92,9
Sentarse	Sí	63	10,4
	No	540	89,6
Levantarse de una silla o de la cama	Sí	72	11,9
	No	531	88,1
Acostarse	Sí	56	9,3
	No	547	90,7
Vestirse y desvestirse	Sí	65	10,8
	No	538	89,2
Ir al baño	Sí	51	8,5
	No	552	91,5
Ducharse o bañarse	Sí	72	11,9
	No	531	88,1
Apoyo social: DUKE Puntuación (11-55) Menor puntuación menor apoyo	Media (DT)	36,6 (11,9)	
	Mediana (RI)	38 (18)	
	Apoyo social percibido bajo (<32)	187	31
	Apoyo normal (≥32)	416	69

Tabla A2 – 4. Características del dolor de los encuestados con artrosis.

Variables	Categorías	N	%
DOLOR			
Duración del dolor crónico en años	Media (DT) Mediana (RI)	8,6 (9,6) 5 (8,1)	
Donde se localiza el dolor que más le afecta	Es un dolor generalizado	116	19,2
	Cabeza	22	3,6
	Cuello (cervicales)	52	8,6
	Espalda	142	23,5
	Extremidades y/o articulaciones	262	43,4
	Pecho	2	0,3
	Abdomen	5	0,8
	Otro	2	0,3
Trastorno del sueño debido al DC	Sí	408	67,7
	No	195	32,3
Intensidad del Dolor	Nada (0)	2	0,3
	Muy poco o poco (1-3)	23	3,8
	Moderado (4-6)	176	29,2
	Mucho (7-9)	366	60,7
	Insoportable (10)	36	6
	Media (DT) Mediana (RI)	7 (1,7) 7 (2)	
CONSECUENCIAS del DC en los encuestados con artrosis			
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Alimentarse	Sí. mucho	36	6
	Sí. algo	117	19,4
	No. no las he limitado	450	74,6
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Sentarse	Sí. mucho	95	15,8
	Sí. algo	244	40,5
	No. no las he limitado	264	43,8
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Levantarse de una silla o de la cama	Sí. mucho	133	22,1
	Sí. algo	299	49,6
	No. no las he limitado	171	28,4
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Acostarse	Sí. mucho	95	15,8
	Sí. algo	229	38
	No. no las he limitado	279	46,3
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Vestirse y desvestirse	Sí. mucho	68	11,3
	Sí. algo	261	43,3
	No. no las he limitado	274	45,4
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Ir al baño	Sí. mucho	52	8,6
	Sí. algo	141	23,4
	No. no las he limitado	410	68
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Ducharse o bañarse	Sí. mucho	64	10,6
	Sí. algo	186	30,8
	No. no las he limitado	353	58,5
Baja laboral a causa del dolor en el último año (N=530)	Sí	140	26,4
	No	390	73,6
Tiempo Baja laboral en el último año (Meses) (N=139)	Media (DT) Mediana (RI)	5,4 (4,6) 3 (11)	
Deja o cambia de puesto de trabajo a causa de DC (sólo los que ha respondido sí en la pregunta anterior) (N=140)	Sí. lo tuve que dejar	62	44,3
	Sí. cambié de puesto	16	11,4
	No	62	44,3
Baja laboral a causa del dolor en el último año (Contestan sólo los que trabajan actualmente) (N=218)	Sí	92	42,2
	No	126	57,8

Variables	Categorías		N	%
USO SISTEMA SANITARIO A CAUSA DEL DC en los encuestados con artrosis				
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí No		258 345	42,8 57,2
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior) (N=258)	Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces o más		37 120 70 31	14,3 46,5 27,1 12
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=258)	Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces o más		74 100 44 40	28,7 38,8 17,1 15,5
Unidad/especialidad en la que ha sido atendido. (Contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta anterior) (N=258)	Unidad del dolor	Sí	75	29,1
		No	183	70,9
	(N=258)	Sí	90	34,9
		No	168	65,1
	Traumatología	Sí	148	57,4
		No	110	42,6
	Reumatología	Sí	89	34,5
		No	169	65,5
	Neurología	Sí	59	22,9
		No	199	77,1
Medicina Interna	Sí	88	34,1	
	No	170	65,9	
Oncología	Sí	18	7	
	No	240	93	
Neurocirugía	Sí	37	14,3	
	No	221	85,7	
Fisioterapia	Sí	96	37,2	
	No	162	62,8	
Tiempo de espera primera consulta Unidad de Dolor (Meses) (N=66)	Media (DT) Mediana (RI)		10,2 (9,1) 12,2 (10,2)	
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=258)	Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces o más		187 35 15 21	72,5 13,6 5,8 8,1
Frecuencia con la que acude a Urgencias (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=258)	Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces o más		147 66 25 20	57 25,6 9,7 7,8

COMORBILIDADES DE LA ARTROSIS

Tabla A2 – 5. Análisis de otras comorbilidades dolorosas crónicas presentes en encuestados con artrosis.

Variab	Categorías	N	%
COMORBILIDADES DOLOROSAS AGRUPADAS EN SUJETOS CON ARTROSIS			
Número de Comorbilidades causantes de DC en personas con artrosis. (Muculoesquelética. neurológica. oncológica. dolor postquirúrgico. visceral y postraumático)	Media (DT) Mediana (RI)	2 (1) 2 (2)	
Patologías Musculoesqueléticas comórbidas causantes de DC (artrosis. osteoporosis. dolor cervical. dolor lumbar. artritis reumatoide. contracturas musculares. hombro doloroso. fibromialgia. hernia discal)	Sí No	601 2	99,7 0,3
Patologías Neurológicas comórbidas causantes de DC (Migraña y otros dolores de cabeza crónicos. ciática. neuropatía diabética u otras neuropatías. síndrome del túnel carpiano)	Sí No	336 267	55,7 44,3
Dolor Oncológico comórbido	Sí No	27 576	3,6 96,4
Dolor Postquirúrgico comórbido	Sí No	103 500	17,1 82,9
Patologías causantes de dolor Visceral comórbido (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. dismenorrea/endometriosis)	Sí No	27 576	3,9 96,1
Dolor Postraumático	Sí No	105 498	17,4 82,6
COMORBILIDADES DOLOROSAS DESAGRUPADAS EN SUJETOS CON ARTROSIS			
Lumbalgia	Sí No	411 192	68,2 31,8
Osteoporosis	Sí No	599 4	99,3 0,7
Dolor cervical	Sí No	339 264	56,2 43,8
Dolor lumbar	Sí No	105 498	17,4 82,6
Traumatismo	Sí No	170 433	28,2 71,8
Dolor relacionado con una intervención quirúrgica	Sí No	103 500	17,1 82,9
Artritis reumatoide	Sí No	210 393	34,8 65,2
Ciática	Sí No	206 397	34,2 65,8
Contracturas musculares	Sí No	328 275	54,4 45,6
Cáncer	Sí No	27 576	4,5 95,5
Hombro doloroso	Sí No	238 365	39,5 60,5

Fibromialgia	Sí No	103 500	17,1 82,9	
Neuropatía diabética u otras neuropatías	Sí No	48 555	8 92	
Síndrome del túnel carpiano	Sí No	109 494	18,1 81,9	
Enfermedad de Crohn o Colitis ulcerosa	Sí No	27 576	4,5 95,5	
Desconoce la causa patológica	Sí No	151 452	25 75	
Dismenorrea/Endometriosis	Sí No	0 603	0 100	
Hernias discales	Sí No	7 596	1,2 98,8	
CARACTERISTICAS DEL DOLOR CRÓNICO EN LOS ENCUESTADOS CON ARTROSIS SEGÚN LA PRESENCIA DE COMORBILIDAD DOLOROSA ASOCIADA				
Dolor Musculoesquelético (sólo aquellos que tengan dolor musculoesquelético concomitante a artrosis) (N=601)	Intensidad del dolor	Nada (0)	2	0,3
		Muy poco o poco (1-3)	22	3,7
		Moderado (4-6)	176	29,3
		Mucho (7-9)	365	60,7
		Insoportable (10)	36	6
		Media (DT)	7 (1,7)	
		Mediana (RI)	7 (2)	
Dolor Neurológico (sólo aquellos que tengan dolor neurológico concomitante a artrosis) (N=336)	Intensidad del dolor	Nada (0)	2	0,6
		Muy poco o poco (1-3)	7	2,1
		Moderado (4-6)	77	22,9
		Mucho (7-9)	222	66,1
		Insoportable (10)	28	8,3
		Media (DT)	7,3 (1,7)	
		Mediana (RI)	7 (2)	
Dolor Oncológico (sólo aquellos que tengan dolor oncológico concomitante a artrosis) (N=27)	Intensidad del dolor	Nada (0)	0	0
		Muy poco o poco (1-3)	0	0
		Moderado (4-6)	2	7,4
		Mucho (7-9)	22	81,5
		Insoportable (10)	3	11,1
		Media (DT)	7,9 (1,2)	
		Mediana (RI)	8 (2)	
Dolor Postquirúrgico (sólo aquellos que tengan dolor postquirúrgico concomitante a artrosis) (N=103)	Intensidad del dolor	Nada (0)	0	0
		Muy poco o poco (1-3)	3	2,9
		Moderado (4-6)	24	23,3
		Mucho (7-9)	66	64,1
		Insoportable (10)	10	9,7
			7,2 (1,8)	
			7 (2)	

Dolor Visceral (sólo aquellos que tengan dolor visceral concomitante a artrosis) (N=27)	Intensidad del dolor	Nada (0)	0	0
		Muy poco o poco (1-3)	1	3,7
		Moderado (4-6)	10	37
		Mucho (7-9)	15	55,6
		Insoportable (10)	1	3,7
		Media (DT)	7 (1,7)	
Dolor Postraumático (sólo aquellos que tengan dolor postraumático concomitante a artrosis) (N=105)	Intensidad del dolor	Nada (0)	0	0
		Muy poco o poco (1-3)	2	1,9
		Moderado (4-6)	25	23,8
		Mucho (7-9)	67	63,8
		Insoportable (10)	11	10,5
		Media (DT)	7,5 (1,7)	
		Mediana (RI)	8 (3)	

