



**Biblioteca  
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

## **Intervenciones con ejercicios y creencias de los pacientes para pacientes con artrosis de cadera o rodilla o de cadera y rodilla: una revisión de métodos mixtos (Revisión)**

Hurley M, Dickson K, Hallett R, Grant R, Hauari H, Walsh N, Stansfield C, Oliver S

Hurley M, Dickson K, Hallett R, Grant R, Hauari H, Walsh N, Stansfield C, Oliver S.

Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: a mixed methods review (Intervenciones con ejercicios y creencias de los pacientes para pacientes con artrosis de cadera o rodilla o de cadera y rodilla: una revisión de métodos mixtos).

*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 4. Art. No.: CD010842.

DOI: [10.1002/14651858.CD010842.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010842.pub2).

[www.cochranelibrary.com/es](http://www.cochranelibrary.com/es)

**Intervenciones con ejercicios y creencias de los pacientes para pacientes con artrosis de cadera o rodilla o de cadera y rodilla: una revisión de métodos mixtos (Revisión)**

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

**WILEY**

[Revisión de intervención]

# Intervenciones con ejercicios y creencias de los pacientes para pacientes con artrosis de cadera o rodilla o de cadera y rodilla: una revisión de métodos mixtos

Michael Hurley<sup>1</sup>, Kelly Dickson<sup>2</sup>, Rachel Hallett<sup>3</sup>, Robert Grant<sup>3</sup>, Hanan Hauari<sup>4</sup>, Nicola Walsh<sup>5</sup>, Claire Stansfield<sup>6</sup>, Sandy Oliver<sup>4</sup>

<sup>1</sup>School of Rehabilitation Sciences, Faculty of Health, Social Care and Education, St George's, University of London and Kingston University, London, UK. <sup>2</sup>Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, London, UK. <sup>3</sup>Center for Health and Social Care Research, St George's, University of London and Kingston University, London, UK. <sup>4</sup>EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London, London, UK. <sup>5</sup>University of the West of England, Bristol, UK. <sup>6</sup>EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London, London, UK

**Contacto:** Michael Hurley, School of Rehabilitation Sciences, Faculty of Health, Social Care and Education, St George's, University of London and Kingston University, 2nd Floor Grosvenor Wing, Crammer Terrace, Tooting, London, SW17 0RE, UK.  
[Michael.Hurley@sgul.kingston.ac.uk](mailto:Michael.Hurley@sgul.kingston.ac.uk).

**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Enfermedades Musculoesqueléticas.

**Estado y fecha de publicación:** Nueva, publicada en el número 4, 2018.

**Referencia:** Hurley M, Dickson K, Hallett R, Grant R, Hauari H, Walsh N, Stansfield C, Oliver S. Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: a mixed methods review (Intervenciones con ejercicios y creencias de los pacientes para pacientes con artrosis de cadera o rodilla o de cadera y rodilla: una revisión de métodos mixtos). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 4. Art. No.: CD010842. DOI: [10.1002/14651858.CD010842.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010842.pub2).

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

## RESUMEN

### Antecedentes

El dolor articular periférico crónico debido a la artrosis es sumamente prevalente y una causa principal de disfunción física y dificultades psicosociales. El ejercicio se recomienda para aliviar el dolor articular y mejorar la función física, aunque no se conoce el efecto del ejercicio sobre la función psicosocial (creencias en cuanto a la salud, la depresión, la ansiedad y la calidad de vida) en esta población.

### Objetivos

Mejorar la comprensión de la interrelación compleja entre el dolor, los efectos psicosociales, la función y el ejercicio físico.

### Métodos de búsqueda

Los autores de la revisión efectuaron búsquedas en 23 bases de datos clínicas, de salud pública, de psicología y de atención social y otros 25 recursos relevantes incluidos los registros de ensayos hasta marzo de 2016. Se revisaron las listas de referencias de los estudios incluidos para obtener estudios pertinentes. Se estableció contacto con expertos clave acerca de los estudios no publicados.

### Criterios de selección

Para estar incluidos en la síntesis cuantitativa, los estudios debían ser ensayos controlados aleatorios de programas de ejercicios terrestres o acuáticos en comparación con un grupo de control que constaba de ningún tratamiento o una intervención sin ejercicios (como medicación, educación del paciente) que hubiesen medido el dolor o la función y al menos un resultado psicosocial (autoeficacia, depresión, ansiedad, calidad de vida). Los participantes debían tener a partir de 45 años de edad, con un diagnóstico clínico de OA (según lo definido en el estudio) o dolor crónico autoinformado de cadera o rodilla (o ambas) (definido como de una duración de más de seis meses).

Para estar incluido en la síntesis cualitativa, los estudios debían haber informado las opiniones y las experiencias de los pacientes en cuanto a los programas basados en ejercicio (p.ej. opiniones, comprensión, experiencias y creencias acerca de la utilidad del ejercicio en el tratamiento del dolor crónico/OA).

**Intervenciones con ejercicios y creencias de los pacientes para pacientes con artrosis de cadera o rodilla o de cadera y rodilla: una revisión de métodos mixtos (Revisión)**

**1**

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

## Obtención y análisis de los datos

Se utilizó la metodología estándar recomendada por Cochrane para el análisis cuantitativo. Para el análisis cualitativo, se extrajeron las citas literales de los participantes de los estudios y se sintetizaron los estudios de las opiniones de los pacientes mediante la síntesis del marco. Luego se realizó una revisión integradora, sintetizando los datos cuantitativos y cualitativos juntos.

## Resultados principales

Veintiún ensayos (2372 participantes) cumplieron con los criterios de inclusión para la síntesis cuantitativa. Hubo variaciones grandes en el contenido del programa de ejercicios, la modalidad de entrega, la frecuencia y la duración, los síntomas de los participantes, la duración de los síntomas, los resultados medidos, la calidad metodológica y el informe. Los grupos comparadores fueron variados e incluyeron atención normal; educación; y controles de atención como visitas a domicilio, gel de simulacro y controles en lista de espera. El riesgo de sesgo fue alto en un estudio y poco claro en cinco estudios con respecto al proceso de asignación al azar, alto para 11 estudios con respecto a la ocultación de la asignación, alto para los 21 estudios con respecto al cegamiento y alto para tres estudios y poco claro para cinco estudios con respecto a la deserción. Los estudios no proporcionaron información sobre los efectos adversos.

Hubo evidencia de calidad moderada de que el ejercicio alivió el dolor en una reducción porcentual absoluta de 6% (intervalo de confianza [IC] del 95%: -9% a -4%, [9 estudios, 1058 participantes], equivalente a un alivio [mejoría] del dolor de 1,25 puntos de 6,5 a 5,3 en una escala de 0 a 20) y evidencia de calidad moderada de que el ejercicio mejoró la función física en un porcentaje absoluto de 5,6% (IC del 95%: -7,6% a 2,0%; diferencia de medias estandariza [DME] -0,27; IC del 95%: -0,37 a -0,17; equivalente a una reducción [mejoría] en la función según WOMAC [Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index] en una escala de 0 a 100 de 49,9 a 44,3) (13 estudios, 1599 participantes). La autoeficacia aumentó en un porcentaje absoluto de 1,66% (IC del 95%: 1,08% a 2,20%), aunque la evidencia fue de baja calidad (DME 0,46; IC del 95%: 0,34 a 0,58; equivalente a una mejoría en la puntuación ExBeliefs en una escala de 17 a 85 de 64,3 a 65,4), con beneficios pequeños para la depresión a partir de evidencia de calidad moderada que indica una reducción del porcentaje absoluto de 2,4% (IC del 95%: -0,47% a 0,5%) (DME -0,16; IC del 95%: -0,29 a -0,02; equivalente a una mejoría en la depresión medida con HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en una escala de 0 a 21 de 3,5 a 3,0) pero ningún efecto clínico o estadísticamente significativo sobre la ansiedad (DME -0,11; IC del 95%: -0,26 a 0,05; mejoría absoluta del 2%, IC del 95%: -5% a 1% equivalente a una mejoría en la ansiedad en HADS en una escala de 0 a 21 de 5,8 a 5,4; evidencia de calidad moderada). Cinco estudios midieron el efecto del ejercicio sobre la calidad de vida relacionada con la salud mediante el 36-item Short Form (SF-36) y encontraron beneficios estadísticamente significativos para la función social; el aumento fue de un porcentaje absoluto del 7,9% (IC del 95%: 4,1% a 11,6%), equivalente a un aumento en la función social en el SF-36 en una escala de 0 a 100 de 73,6 a 81,5; aunque la evidencia fue de baja calidad. La calidad de la evidencia se disminuyó debido a la heterogeneidad de las medidas, las limitaciones con el cegamiento y la falta de detalles con respecto a las intervenciones. Para 20/21 estudios, hubo un alto riesgo de sesgo en cuanto al cegamiento debido a que los participantes proporcionaron un autoinforme y no fueron cegados a su participación en una intervención con ejercicios.

Doce estudios (con seis a 29 participantes) cumplieron los criterios de inclusión para la síntesis cualitativa. Su rigor metodológico y calidad fueron en general buenos. Desde las perspectivas de los pacientes, las formas de mejorar la administración de las intervenciones de ejercicios incluyeron: proporcionar mejor información y asesoramiento acerca de la seguridad y el valor del ejercicio; proporcionar ejercicio adaptado a las preferencias, las capacidades y las necesidades del individuo; desafiar las creencias inapropiadas en cuanto a la salud y proporcionar más apoyo.

Una revisión integradora, que comparó los resultados de los ensayos cuantitativos con bajo riesgo de sesgo y las implicaciones derivadas de los estudios de alta calidad en la síntesis cualitativa, confirmó la importancia de estas implicaciones.

## Conclusiones de los autores

El dolor crónico de la cadera y la rodilla afecta todos los dominios de la vida de las personas. Las creencias de los pacientes acerca del dolor crónico forma sus actitudes y comportamientos acerca de cómo controlar el dolor. Los pacientes presentan confusión acerca de la causa del dolor, y desconcierto en cuanto a la variabilidad y la aleatoriedad. Sin la información y el asesoramiento adecuados por parte de los profesionales de la asistencia sanitaria, los pacientes no saben lo que deben y no deben hacer y, en consecuencia, evitan la actividad por temor a causar daños. La participación en los programas de ejercicio puede mejorar levemente la función física, la depresión y el dolor. Puede mejorar levemente la autoeficacia y la función social, aunque probablemente hay poca o ninguna diferencia en la ansiedad. La posibilidad de proporcionar reafirmación y asesoramiento claro acerca del valor del ejercicio en cuanto al control de los síntomas, y las oportunidades de participar en los programas de ejercicio que los pacientes consideran agradables y relevantes, pueden promover una mayor participación en el ejercicio, lo cual da lugar a un rango de beneficios para la salud a una gran población de pacientes.

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

### Beneficios para la salud del ejercicio para los pacientes con dolor crónico de cadera y rodilla causado por la artrosis

Los investigadores realizaron una revisión del efecto del ejercicio sobre la salud física, emocional y mental para los pacientes con dolor articular que se prolonga durante mucho tiempo (crónico) en la rodilla o la cadera causado por la artrosis. Los estudios examinados fueron de Europa, Norteamérica, Asia y Australasia, e incluyeron contextos clínicos, ejercicio domiciliario y sesiones en establecimientos recreativos. Los estudios incluyeron hombres y mujeres de 45 años o más.

## ¿Qué es el dolor articular crónico y qué es el ejercicio?

El dolor crónico de la rodilla y la cadera causado por la artrosis (deterioro del hueso y el cartílago, que causa dolor y rigidez) es una causa común de discapacidad física, ansiedad, depresión, calidad de vida deficiente y problemas sociales (como la sensación de carga). El ejercicio se recomienda para aliviar el dolor y la discapacidad, y mejora las creencias de los pacientes en cuanto a salud, la depresión, la ansiedad y la calidad de vida. Se deseaba mejorar la comprensión de las relaciones entre el dolor, la capacidad de movimiento, los temas psicológicos como la depresión y la ansiedad, cómo afecta el dolor crónico las relaciones sociales, y el ejercicio.

## ¿Qué les sucede a los pacientes con dolor crónico de la rodilla o la cadera que participan en programas de ejercicios?

Una búsqueda de las bases de datos médicas hasta marzo de 2016 encontró 21 estudios con 2372 pacientes que consideraron el dolor, el movimiento o ambos, junto con los resultados psicológicos y sociales cuando los pacientes con dolor y rigidez en la rodilla, la cadera, o ambas participaron en actividades con ejercicios. La participación en los programas de ejercicio probablemente mejora levemente el dolor, la función física, la depresión, y la capacidad de conectarse con los otros, y tiene poca o ninguna diferencia en la ansiedad. Puede mejorar la creencia en las capacidades propias, y la función social.

Los estudios confirmaron que:

- los pacientes que realizaron ejercicios consideraron el dolor como 1,2 puntos inferior en una escala de 0 a 20 después de alrededor de 45 semanas (puntuación: 5,3 con ejercicio comparado con 6,5 sin ejercicio [control], una mejoría del 6%).
- la función física mejoró en alrededor del 5% en el plazo de 41 semanas (el grupo de ejercicio mejoró por 5,6 puntos en una escala de 0 a 100 [44,3 con ejercicio en comparación con 49,9 con control]).
- la confianza del paciente en lo que podían hacer aumentó en un 2% después de 35 semanas (el grupo de ejercicio mejoró por 1,1 puntos en una escala de 17 a 85 [65,4 con ejercicio en comparación con 64,3 con control]).
- los pacientes que realizaron ejercicios presentaron una reducción del 2% en la depresión, o medio punto en una escala de 0 a 21; después de 35 semanas (3,0 puntos con ejercicio en comparación con 3,5 con control).
- el ejercicio dio lugar a que los pacientes se sintieran menos ansiosos acerca de sí mismos en un 2%, una disminución de 0,4 en una escala de 0 a 21; después de 24 semanas (5,4 puntos con ejercicio en comparación con 5,8 con control).
- el ejercicio dio lugar a una mejoría en la interacción social de 7,9 puntos en el plazo de 36 semanas en una escala de 0 a 100; lo cual dio lugar a un cambio del 8% (81,5 con ejercicio en comparación con 73,6 con control).

La calidad de la evidencia fue en general moderada, pero baja para la confianza en la capacidad, la salud mental y la función social. Lo anterior se debe principalmente a la variación en las medidas, lo cual dificultó la comparación, y a que los pacientes que participaron sabían que estaban realizando ejercicios, y pueden haber sido influenciados por las expectativas de mejoría. Los estudios no informaron efectos secundarios. Los estudios se prolongaron por diferentes duraciones, por lo cual no se conoce si los cambios se produjeron rápidamente y se mantuvieron, o si las mejorías fueron graduales en todos los estudios. Algunos estudios tomaron las mediciones posteriormente después del programa en comparación con otros.

Además, 12 estudios investigaron las opiniones, las creencias y las experiencias de los pacientes con el ejercicio, y si el ejercicio las cambió. La calidad de la evidencia fue en general baja. Inicialmente los pacientes fueron confundidos acerca de las características del dolor, lo cual dio forma a sus sentimientos, comportamientos y decisiones acerca del alivio del dolor. Los pacientes pensaban que el movimiento y el ejercicio eran beneficiosos para las articulaciones, aunque el movimiento causó dolor y les preocupó que quizá el mismo les causara daños. La ausencia de información por parte de los profesionales médicos dio lugar a que los pacientes evitaran la actividad física y el ejercicio por temor a los daños.

En términos generales, los pacientes que habían participado en programas de ejercicio tuvieron experiencias positivas, lo cual los ayudó a aumentar las creencias en que el ejercicio podría mejorar el dolor, la salud física y mental y la calidad de vida general.

La provisión de reafirmación y asesoramiento en cuanto al ejercicio, el hecho de desafiar las creencias en cuanto a la salud deficiente, y la provisión de programas de ejercicios agradables pueden promover la participación y beneficiar la salud de muchos pacientes.