ISSN 2744-8029

SÍNTESIS RÁPIDA

Efectividad y seguridad del Plasma Rico en Plaquetas (PRP) para el tratamiento de la osteoartrosis de rodilla

UNED
Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de decisiones

05/10/2026

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

Síntesis Rápida
Efectividad y seguridad del Plasma Rico en Plaquetas (PRP) para el tratamiento de la osteoartrosis de rodilla
(Respuesta de 10 días)

05/10/2026

Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones-UNED
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

La Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de Decisiones (UNED) de la Facultad de medicina de la Universidad de Antioquia aprovecha la mejor evidencia global y local disponible para producir resúmenes de evidencia. UNED también convoca a ciudadanos, investigadores, tomadores de decisiones y otros actores interesados a participar en diálogos deliberativos con el objetivo de informar la formulación de políticas sociales y en salud y de mejorar de la población colombiana.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
1803
Facultad de Medicina

Unidad de Evidencia y Deliberación para la toma de decisiones
UNED

Autores

- Silvia Villatoro (SV). MD, magíster en Epidemiología Clínica e investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Colombia.
- Pamela Velásquez (PV) MD, magíster en Epidemiología Clínica, PhD(c) e investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Colombia.
- Anny Jaramillo-García (AJ). Química farmacéutica, magíster en Salud Pública e investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Colombia.
- Jissel Carolina Díaz (JD). MD, magíster en Epidemiología Clínica e investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Colombia.
- Viviana Vélez Marín (VV). MD, investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Colombia.
- David García Arias (DG). Politólogo, magíster en Gobierno y Políticas Públicas e investigador de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Colombia.
- Carlos José Atencia Flórez (CA). Médico especialista en Medicina Interna, magíster en Epidemiología Clínica y profesor del Departamento de Medicina Interna de la Universidad de Antioquia, Colombia.
- Mateo Medina Chvatal (MM). MD, PhD(c) en Hepatología Experimental y Epidemiología. Profesor de Epidemiología de la Universidad de Antioquia.
- Alejandro Vallejo Díaz (AV). Médico y cirujano, especialista en Ortopedia y Traumatología y Subespecialista en infecciones óseas y reconstrucción de extremidades. MSc(c) en Epidemiología Clínica
- Paola Ramírez (PR). Bibliotecóloga de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Colombia.
- Daniel Felipe Patiño (DP). Ingeniero biomédico. Magíster en Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Doctor en Políticas de Salud. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.
- Ivan D. Florez (IF). Médico, pediatra. Magíster en Epidemiología Clínica. Doctor en Metodología de la Investigación en Salud. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Línea temporal

Las síntesis rápidas se pueden solicitar en un plazo de tres, 10, 30, 60 o 90 días hábiles. Esta síntesis se preparó en un plazo de 10 días hábiles. En la página web de la Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones-UNED se presenta una descripción general de las características, alcance y contenidos en cada una de las diferentes líneas de tiempo.

Financiación

Esta síntesis rápida no recibió financiación. La Unidad recibe apoyo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Los puntos de vista expresados en la síntesis rápida son puntos de vista de los autores y no deben considerarse representativos de los puntos de vista de la Universidad de Antioquia.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen intereses profesionales o comerciales relevantes para la síntesis rápida.

Revisión de mérito

Las síntesis rápidas de 10 y 30 días son revisadas por un pequeño número de actores interesados e investigadores con el fin de garantizar su rigor científico y la relevancia para el sistema. Las síntesis rápidas no van a revisión de mérito debido al corto tiempo para su producción. Esta síntesis fue revisada por un especialista en Ortopedia (AV).

Citación

Villatoro-Rodríguez SN, Velásquez-Salazar P, Jaramillo-García A, Díaz-Villero JC, Vélez-Marín V, García-Arias D, Atencia-Flórez C, Chvatal-Medina M, Vallejo-Díaz A, Ramírez PA, Velásquez-Salazar P, Patiño-Lugo D, Florez ID. Síntesis rápida: efectividad y seguridad del Plasma Rico en Plaquetas (PRP) para el tratamiento de la osteoartrosis de rodilla. Medellín, Colombia: Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones, Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia, 5 de Octubre de 2026. 98 p..

This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License.
To view a copy of this license, visit http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/ or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

CONTENIDO

SIGLAS Y ABREVIATURAS 7
MENSAJES CLAVE 8
Pregunta 8
¿Por qué el tema es importante? 8
Lo que encontramos 8
Calidad metodológica y priorización de las revisiones sistemáticas 8
Efectividad del PRP para reducir el dolor 9
Efectividad del PRP para mejorar la funcionalidad 9
Otros desenlaces asociados al uso de PRP 9
Eventos adversos (EA) asociados al uso de PRP 9
PREGUNTAS 11
¿Por qué el tema es importante? 11
LO QUE ENCONTRAMOS 12
Selección de la overview de anclaje 12
Selección de las revisiones sistemáticas 13
Caracterización inicial de las revisiones sistemáticas 14
Evaluación de la calidad metodológica de las revisiones 17
Solapamiento de los estudios primarios 17
Priorización de las revisiones sistemáticas 18
RESULTADOS 20
Efectividad del PRP para la reducción del dolor 20
Efectividad del PRP para la mejora de la funcionalidad 27
Otros desenlaces asociados al uso de PRP 32
Eventos adversos 39
Limitaciones de la evidencia disponible 40
Variabilidad de los preparados de PRP 40
Heterogeneidad de la población 41
Magnitud del efecto y multiplicidad de desenlaces 41
Integridad de la información de una revisión incluida 42
Limitaciones del proceso de esta síntesis 42
REFERENCIAS 45
ANEXOS 44
Anexo 1. Evaluación de calidad de las revisiones con AMSTAR 2 44
Anexo 2. Matriz de citación de estudios primarios incluídos en las revisiones sistemáticas 47
Anexo 3. Matriz de Groove 53
Anexo 4. Características generales de las revisiones priorizadas 55
Anexo 5. Lista de estudios excluidos y motivo de exclusión 89

Listado de tablas

Tabla 1. Características y elegibilidad de las *overviews* evaluadas para la selección del documento de anclaje 12
Tabla 2. Características de las revisiones sistemáticas. Fase 1 14
Tabla 3. Resultados de efectividad con respecto a la reducción del dolor 21
Tabla 4. Resultados de efectividad con respecto a la mejora de la funcionalidad 28
Tabla 5. Resultados de efectividad con respecto a otros desenlaces asociados al uso de PRP. 33
Tabla 6. Eventos adversos del PRP en comparación con otros tratamientos. 40

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AAT: Tejido Adiposo Autólogo
AH: Ácido Hialurónico.
AINEs: Antiinflamatorios No Esteroideos
AVD: Actividades de la Vida Diaria.
BMC: Concentrado de médula ósea.
BMAC: Concentrado de aspirado de médula ósea.
CdI: Conflictos de Interés.
CETS: Comité de Evaluación de Tecnologías en Salud.
DM: Diferencia de Medias.
DMCI: Diferencia Mínima Clínicamente Importante.
DME: Diferencia de Medias Estandarizada.
EA: Eventos Adversos
EAU: Emiratos Árabes Unidos
EEUU: Estados Unidos
EVA: Escala Visual Análoga.
IC: Intervalo de Confianza.
ICRS: International Cartilage Regeneration and Joint Preservation Society. (Sociedad Internacional para la Regeneración del Cartílago y la Preservación Articular).
IKDC: Comité Internacional de Documentación de la Rodilla (*International Knee Documentation Committee*).
KL: Kellgren-Lawrence.
KOOS: Escala de Resultados de Lesiones de Rodilla y Osteoartritis (*Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score*).
MFAT: Tejido Adiposo Microfragmentado.
OA: Osteoartrosis.
PRP: Plasma Rico en Plaquetas.
PSU: Programa de Salud de la Universidad de Antioquia.
RR: Riesgo Relativo.
RU: Reino Unido
WOMAC: Índice de Osteoartritis de las Universidades de Western Ontario y McMaster (*Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index*).

MENSAJES CLAVE

Pregunta

En pacientes adultos con osteoartrosis (OA) de rodilla, ¿cuáles son los efectos del plasma rico en plaquetas (PRP), solo o combinado con ácido hialurónico (AH), comparado con AH, corticosteroides, otros agentes ortobiológicos o farmacológicos , sobre el dolor, la funcionalidad y los eventos adversos?

¿Por qué el tema es importante?

La OA de rodilla es una enfermedad degenerativa prevalente y asociada con la edad. Se caracteriza por la degradación progresiva del cartílago articular, la inflamación sinovial y la remodelación del hueso subcondral, procesos que contribuyen al dolor crónico, el deterioro funcional y la discapacidad en todo el mundo. En los últimos años, las preparaciones biológicas, también llamadas ortobiológicos, entre ellas el PRP, han surgido como opciones terapéuticas prometedoras debido a su capacidad para modular el microambiente articular y favorecer la homeostasis y la reparación tisular. Aunque existe evidencia de mejoría en el dolor y la funcionalidad con el uso de PRP en comparación con placebo, corticosteroides y AH, esta no tiene la solidez ni la calidad suficientes para sustentar decisiones sobre su financiación con recursos de los sistemas de salud.

Estos desafíos también afectan las decisiones de financiación del Programa de Salud de la Universidad de Antioquia (PSU). Por esta razón, el Comité de Evaluación de Tecnologías en Salud (CETS) de la Universidad de Antioquia, cuyo propósito es apoyar la toma de decisiones del PSU realiza, con el apoyo de la Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones (UNED), una síntesis de la evidencia sobre la efectividad y la seguridad de la administración de plasma rico en plaquetas en pacientes adultos con OA de rodilla. Esta síntesis busca sustentar la decisión de suministrar o no este tratamiento a los afiliados al programa.

Lo que encontramos

La búsqueda inicial recuperó 219 registros para *overview*s (revisiones de revisiones sistemáticas). Cinco publicaciones cumplieron los criterios de inclusión y se seleccionó la *overview* de Yi et al. 2025 como documento de anclaje, debido a su correspondencia con la pregunta PICO y fecha de última búsqueda (01/12/2024). Esta publicación incluyó 29 revisiones sistemáticas (RS) con metaanálisis. La búsqueda de actualización de RS, realizada para el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2024 y septiembre de 2026, recuperó 169 registros. Se incluyeron 24 RS que incorporaron ensayos clínicos aleatorizados pertinentes para la pregunta PICO. Según AMSTAR 2 (evaluación de calidad), una RS presentó confianza alta, una confianza baja y 22 (91,7 %) confianza críticamente baja en sus resultados. Las 24 RS reunieron 419 menciones de 113 estudios primarios únicos. Se describen el proceso de priorización de las RS y los principales hallazgos:

Calidad metodológica y priorización de las revisiones sistemáticas

- Las limitaciones metodológicas más frecuentes fueron la falta de una lista de estudios excluidos y justificaciones para su exclusión, el uso de métodos inadecuados para la combinación estadística de los resultados, la interpretación de los hallazgos sin considerar el riesgo de sesgo y la estrategias de búsqueda poco exhaustivas.
- El solapamiento global fue alto, con un área cubierta corregida del 11,8 %. Asimismo, el 47,5 % de los pares de revisiones presentó un solapamiento alto, muy alto o total.
- Se priorizaron seis RS según su calidad metodológica, solapamiento de los estudios primarios y cobertura de las comparaciones de interés: Whittle et al. 2025 (confianza alta en los resultados); Han et al. 2026 (confianza baja) y Park et al. 2025, Centeno et al. 2026, Anitua et al. 2026 y Zhang et al. 2025 (confianza críticamente baja). Estas últimas cuatro RS se incluyeron para cubrir características no abordadas por las RS de mayor

calidad y sus resultados deben interpretarse con cautela. Las revisiones compararon el PRP con AH, corticosteroides y otros tratamientos ortobiológicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ozono, paracetamol y dextrosa utilizada para proloterapia.

Efectividad del PRP para reducir el dolor

Los resultados fueron variables. En la mayoría de las comparaciones no se hallaron diferencias estadísticamente significativas frente a los tratamientos alternativos. La baja calidad metodológica de la mayoría de las revisiones, la heterogeneidad y la ausencia de importancia clínica en algunos análisis limitan la confianza en los resultados:

- Frente a AH, algunas revisiones hallaron resultados favorables al PRP entre los 3 y 12 meses. En Han et al., las diferencias no alcanzaron importancia clínica basados en la diferencia mínima clínicamente importante, y otros análisis presentaron heterogeneidad alta o muy alta.
- Frente a corticosteroides, Centeno et al. encontraron resultados favorables al PRP a los 6 y 12 meses; Anitua et al. hallaron resultados favorables en algunas escalas a los 6 meses, pero no a los 12 meses.
- Frente a concentrado de aspirado de médula ósea (BMAC) y tejido adiposo microfragmentado (MFAT) se observaron diferencias aisladas del PRP frente a BMAC entre 3 y 6 meses con certeza muy baja y del MFAT frente al PRP a los 6 meses, mostrando inconsistencias.
- La evidencia de una RS confianza críticamente baja en los resultados según el AMSTAR 2 no mostró diferencias frente a AINEs. Frente a paracetamol los resultados variaron según la escala de medición del dolor, y los de ozono favorecieron al PRP con heterogeneidad muy alta.

Efectividad del PRP para mejorar la funcionalidad

Los resultados variaron según el comparador, escala utilizada y tiempo de seguimiento; y varios análisis presentaron heterogeneidad alta o muy alta lo que limitó la confianza en los resultados:

- Frente al AH, algunos análisis mostraron resultados estadísticamente favorables al PRP entre los 3 y 12 meses. Las diferencias observadas por Han et al. fueron inferiores al umbral de importancia clínica y los resultados no fueron consistentes entre las distintas escalas.
- Frente a los corticosteroides, se encontraron resultados favorables al PRP en el WOMAC total y la puntuación subjetiva IKDC a los 6 y 12 meses. No se observaron diferencias en la subescala de función física de WOMAC ni en la subescala de deporte y recreación de KOOS. Algunos análisis presentaron heterogeneidad alta o muy alta.
- Frente al ozono, PRP mostró mejores resultados en el WOMAC total a los 6 y 12 meses (RS con confianza críticamente baja en los resultados según AMSTAR 2 y heterogeneidad muy alta)
- Frente al MFAT, la única diferencia favoreció al MFAT en la puntuación subjetiva IKDC a los 6 meses, pero no alcanzó el umbral de importancia clínica.
- No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el PRP y el BMAC a los 3, 6 o 12 meses. Tampoco para el PRP comparado con los AINEs o el paracetamol.

Otros desenlaces asociados al uso de PRP

- El PRP mostró resultados favorables frente al AH, los corticosteroides y el ozono en algunas evaluaciones conjuntas de dolor, rigidez y funcionalidad. Estos hallazgos proceden de RS con confianza críticamente baja en los resultados de acuerdo a su calidad metodológica y, en su mayoría, con heterogeneidad muy alta.
- Para la rigidez, el PRP presentó resultados favorables frente a los AINEs y el ozono únicamente a los 6 meses.
- En las actividades de la vida diaria, no se encontraron diferencias en la mayoría de las comparaciones; el AH mostró un resultado favorable frente al PRP a los 12 meses.
- El MFAT mostró resultados favorables frente al PRP en los síntomas a los 6 y 12 meses y en la calidad de vida a los 6 meses.

- Una RS no encontró diferencias entre el PRP y el MFAT en el éxito informado por los participantes, ni entre el PRP y las terapias celulares en el fracaso del tratamiento (confianza alta en los resultados según la evaluación de la calidad metodológica)
- Ninguna de las revisiones sistemáticas incluidas evaluó el impacto del PRP sobre el tiempo hasta la necesidad de artroplastia de rodilla.

Eventos adversos (EA) asociados al uso de PRP

Tres RS priorizadas analizaron EA, con información limitada y heterogénea:

- Frente a AH se notificaron dolor o inflamación local y casos aislados de otros EA, pero faltaron datos por grupo para estimar diferencias entre tratamientos.
- Frente a MFAT, Park et al. informaron EA principalmente locales y transitorios, sin diferencia estadísticamente significativa ni EA graves relacionados con el procedimiento. Whittle et al. no encontraron diferencias estadísticamente significativas en retiros por EA frente a MFAT ni en EA graves frente a BMAC o MFAT. La certeza de estos resultados fue muy baja.

Limitaciones de la evidencia

- Las preparaciones de PRP varían en los distintos estudios y las revisiones no muestran si el efecto cambia según la edad de los pacientes o la gravedad de la artrosis, por lo que no es claro qué PRP usar ni en qué pacientes.
- Los resultados no son consistentes entre los distintos tiempos de seguimiento y así nunca se informó en las revisiones cuántos pacientes alcanzaron una mejoría clínica significativa. La evidencia tampoco permite saber si el PRP puede retrasar una artroplastia.
- La confianza en las conclusiones es limitada debido a falencias en la calidad metodológica de las revisiones, y la heterogeneidad de las poblaciones, preparaciones, escalas utilizadas y análisis realizados en cada revisión.

PREGUNTAS

Para la definición de la pregunta se utilizó el esquema PICO recomendado por la Colaboración Cochrane para definición de preguntas: Población, Intervención/exposición, Comparación y Desenlaces (*outcomes)*. Se definió la siguiente pregunta:

- En pacientes adultos con osteoartrosis (OA) de rodilla, ¿cuáles son los efectos del plasma rico en plaquetas (PRP), solo o combinado con ácido hialurónico (AH), comparado con AH, corticosteroides, otros agentes ortobiológicos o farmacológicos , sobre el dolor, la funcionalidad y los eventos adversos?

¿Por qué el tema es importante?

El Comité de Evaluación de Tecnologías del Programa de Salud (CETS) de la Universidad de Antioquia tiene como propósito apoyar el proceso de toma de decisiones proporcionando información de alta calidad científica para garantizar a los afiliados al Programa de Salud de la Universidad de Antioquia (PSU), las mejores prácticas en sus servicios de salud, con el objetivo de aumentar la seguridad, mejorar la calidad, y optimizar el uso de los recursos, potencialmente ahorrando costos e invirtiendo los recursos en las tecnologías con mejor evidencia científica (1).

El CETS requiere contar con la mejor evidencia científica disponible para definir la financiación con recursos del PSU para el PRP en el tratamiento de la OA de rodilla, una enfermedad degenerativa no inflamatoria de la articulación de la rodilla que comprende tres grandes categorías: 1) afecciones que bloquean el movimiento sincrónico normal, 2) afecciones que producen trayectorias de movimiento anormales, y 3) afecciones que causan concentración de estrés que resulta en cambios en el cartílago articular (2). Esta condición está asociada a la edad y se caracteriza por la degradación progresiva del cartílago articular, la inflamación sinovial y la remodelación del hueso subcondral, lo que contribuye a la aparición de dolor crónico, deterioro funcional y discapacidad en todo el mundo (3).

Cuadro 1. Antecedentes de la síntesis rápida

Esta síntesis rápida moviliza evidencia de investigación tanto global como local sobre una pregunta presentada al programa de Respuesta Rápida de la Unidad de Evidencia y Deliberación para la Toma de Decisiones-UNED de la Facultad de Medicina (Universidad de Antioquia). Siempre que sea posible, la síntesis rápida resume la evidencia científica extraída de revisiones sistemáticas de la literatura y ocasionalmente de estudios de investigación individuales. Una revisión sistemática es un resumen de los estudios que abordan una pregunta claramente formulada que utiliza métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar los estudios de investigación, y para sintetizar los datos de los estudios incluidos. La síntesis rápida no contiene recomendaciones, lo que habría requerido que los autores hicieran juicios basados en sus valores y preferencias personales.

Las síntesis rápidas pueden solicitarse en un plazo de tres (3), diez (10), treinta (30), sesenta (60) o noventa (90) días hábiles.

Esta síntesis rápida se preparó en un plazo de 10 días laborables e incluyó tres (3) pasos:

1. La presentación de una pregunta por parte de un formulador de políticas o de un actor interesado (en este caso, entre la UNED y el Comité de Evaluación de Tecnologías del Programa de Salud de la Universidad de Antioquia);
2. Identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar las investigaciones pertinentes sobre el tema;
3. Redactar la síntesis rápida de manera que se presente de forma concisa y en un lenguaje accesible.

En los últimos años, han surgido las preparaciones biológicas, también llamadas ortobiológicos, como el PRP, que modulan el microambiente articular para favorecer la homeostasis y la reparación tisular, como una opción terapéutica prometedora. Aunque el tratamiento con PRP cuenta con evidencia que ha demostrado mejoría del dolor y la función en comparación con el placebo, los corticosteroides y el AH (3), esta no tiene la solidez ni la calidad suficiente para sustentar decisiones sobre su financiación con recursos de los sistemas de salud.

LO QUE ENCONTRAMOS

Selección de la *overview* de anclaje

En la primera fase se realizó una búsqueda en PubMed sin restricción por año, utilizando términos y filtros para identificar, revisiones sistemáticas, revisiones de alcance, y *overviews.* La búsqueda recuperó 219 registros. Durante la evaluación de títulos y resúmenes se identificaron seis publicaciones potencialmente elegibles como *overviews*, las cuales fueron evaluadas en texto completo.

Cinco de las seis publicaciones cumplieron los criterios de inclusión para esta fase (5–9). Bard et al. 2026 (10) fue excluida porque correspondía a una revisión narrativa crítica y no presentaba métodos sistemáticos y reproducibles de búsqueda, selección y evaluación de revisiones. Las características principales de las *overviews* evaluadas se presentan en la **Tabla 1**. Entre las cinco *overviews* elegibles, se seleccionó Yi et al. 2025 (5) como documento de anclaje porque presentó la correspondencia más completa con la población, la intervención, los comparadores y los desenlaces definidos en la pregunta de investigación. Además, fue la revisión con la búsqueda más reciente, realizada hasta el 1 de diciembre de 2024. Las demás *overviews* presentaron búsquedas menos recientes o un alcance más limitado.

Yi et al. (5) incluyó 29 revisiones sistemáticas (RS) y metanálisis sobre PRP para la OA de rodilla y evaluó tanto su calidad metodológica como el solapamiento de los estudios primarios. Por estas razones, se utilizó para identificar la evidencia previa y establecer el periodo de la búsqueda de actualización. Esta búsqueda se orientó a localizar RS publicadas después del periodo cubierto por la overview seleccionada.

Cuadro 2. Identificación, selección y síntesis de la evidencia científica

Se aplicó un enfoque escalonado y anclado para identificar la evidencia mediante búsquedas en PubMed. En la primera etapa se buscaron overviews sin restricción por año y se seleccionó una overview pertinente como documento de anclaje. La fecha de su última búsqueda, correspondiente al 1 de diciembre de 2024, se utilizó para delimitar el periodo de actualización. En la segunda etapa se buscaron revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados desde 2024 hasta el 9 de septiembre de 2026. Aunque la actualización correspondía al periodo posterior al 1 de diciembre de 2024, la búsqueda se configuró desde el inicio de ese año debido a que el filtro de fecha de PubMed se aplicó por año de publicación. La fecha de cada registro se verificó posteriormente durante la selección. Se diseño una estrategia de búsqueda con los siguientes términos: ("osteoarthritis, knee"[MeSH Terms] OR "knee Osteoarthritides"[Title/Abstract] OR "knee osteoarthritis"[Title/Abstract] OR "knee osteoarthrosis"[Title/Abstract] OR "osteoarthritis of knee"[Title/Abstract] OR "osteoarthritis of the Knee"[Title/Abstract] OR "osteoarthrosis of knee"[Title/Abstract] OR "osteoarthrosis of the knee"[Title/Abstract] OR "gonarthr*"[Title/Abstract]) AND ("platelet-rich plasma"[MeSH Terms] OR "platelet-rich plasma"[Title/Abstract] OR "plasma rich in platelets"[Title/Abstract] OR "PRP"[Title/Abstract]). Filtros aplicados: Review, Systematic Review, Meta-Analysis, Overview y Scoping Review.

La selección se realizó en dos etapas: evaluación de títulos y resúmenes y revisión de textos completos. Un revisor efectuó la selección, con verificación completa mediante inteligencia artificial en ambas etapas (principalmente Claude Opus 5, y Claude Fable 5.1 para dos lotes de título/resumen). Las discrepancias fueron revisadas y resueltas por un tercer evaluador.

Un revisor extrajo la información en una matriz estandarizada de Excel y la totalidad de los datos fue verificada mediante inteligencia artificial (Claude Opus 5). Las discrepancias, omisiones o inconsistencias se resolvieron con la participación de un tercer evaluador y mediante consulta de las publicaciones originales.

La calidad de las revisiones se evaluó con AMSTAR 2 (A MeaSurement Tool to Assess Systematic Reviews) (4) y se clasificó como confianza alta, moderada, baja o críticamente baja. También se analizó el solapamiento de los estudios primarios mediante el área cubierta corregida y una matriz GROOVE. Los resultados de ambas evaluaciones, junto con la explicación de las categorías de confianza y la interpretación del solapamiento, se presentan en los anexos correspondientes.Para la extracción detallada se priorizaron las revisiones con mayor calidad metodológica, menor solapamiento y mayor relevancia para la pregunta. Se incorporaron revisiones adicionales para cubrir comparaciones o desenlaces no representados en las revisiones inicialmente seleccionadas. Finalmente, los resultados se integraron mediante una síntesis narrativa organizada por comparación, desenlace y tiempo de seguimiento.

Tabla 1. Características y elegibilidad de las *overviews* evaluadas para la selección del documento de anclaje

Overview	Alcance	Última búsqueda	Decisión en texto completo	Observaciones
Yi et al., 2025 (5)	PRP para osteoartrosis de rodilla	1 de diciembre de 2024	Incluida y seleccionada como anclaje	Correspondencia completa con la PICO y búsqueda más reciente
Zhou et al., 2025 (6)	PRP frente a AH para osteoartrosis de rodilla	15 de septiembre de 2024	Incluida	Limitada a la comparación con AH
Lin et al., 2024 (7)	PRP y células mesenquimales para osteoartrosis de rodilla	Agosto de 2023	Incluida	Combinó diferentes grupos control y no presentó resultados desagregados por comparador
Rodríguez García et al., 2021 (8)	Terapias intraarticulares para enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas	Julio de 2020	Incluida	Incluyó resultados separables de PRP en osteoartrosis de rodilla, principalmente frente a AH. Limitación: antigüedad.
Xing et al., 2017 (9)	PRP para osteoartrosis de rodilla	Febrero de 2017	Incluida	Correspondencia temática, pero búsqueda antigua.
Bard et al., 2026 (10)	Sesgos y complejidad metodológica de la evidencia sobre PRP	No aplica	Excluida	Revisión narrativa, no *overview* sistemática

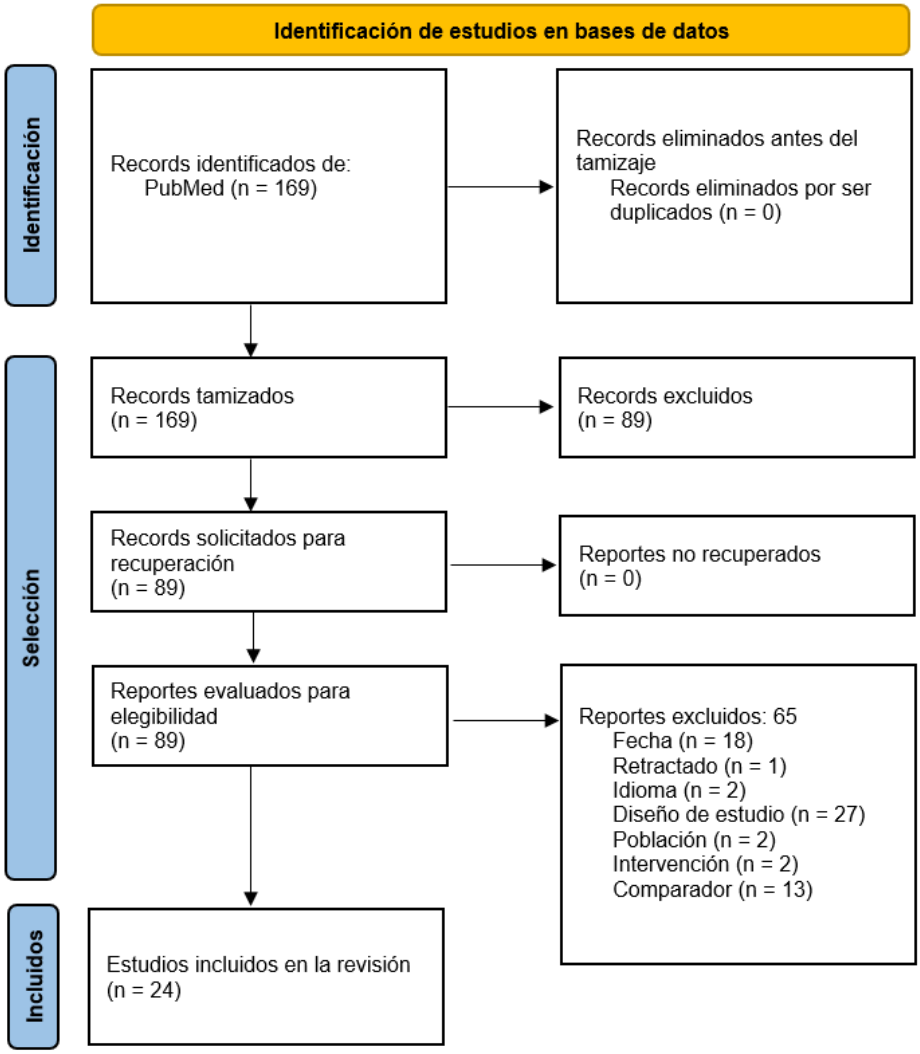
Abreviaturas= PRP: Plasma Rico en Plaquetas; AH: Ácido Hialurónico

Selección de las revisiones sistemáticas

A partir de la fecha de búsqueda de la *overview* de anclaje, se realizó una actualización de la búsqueda en PubMed. Se aplicaron filtros para identificar revisiones, RS con y sin metaanálisis, y se limitó la búsqueda a publicaciones desde 2024, dado que PubMed permite aplicar el filtro temporal por año y no desde una fecha específica. Durante la selección se verificaron las fechas de publicación para identificar las revisiones posteriores al periodo cubierto por Yi et al. (5), cuya búsqueda finalizó el 1 de diciembre de 2024.

La búsqueda recuperó 169 registros. Después de la evaluación de títulos y resúmenes, 84 publicaciones fueron seleccionadas para revisión en texto completo. De estas, 24 cumplieron los criterios de inclusión. El proceso de selección y los motivos de exclusión de las publicaciones evaluadas en texto completo se presentan en la **Figura 1. Diagrama de PRISMA**.

Figura 1. Diagrama de PRISMA



Caracterización inicial de las revisiones sistemáticas

En la primera fase de extracción se caracterizaron las 24 RS que cumplieron los criterios de inclusión. Para cada revisión se registraron el autor y año, el título, el país, la fecha de la última búsqueda, la fuente de financiación y el número total de estudios primarios incluidos. Posteriormente, se identificaron exclusivamente los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que responden a la PICO de esta síntesis y se extrajeron su autor, año y título. La información completa de esta fase de caracterización se presenta en la **Tabla 2**, donde las RS marcadas en verde se refieren a aquellas con confianza alta en los resultados de la revisión basado en la calidad metodológica, naranja a aquellas con confianza baja y roja a aquellas con confianza críticamente baja.

Tabla 2. Características de las revisiones sistemáticas. Fase 1

Autor, año	Título	País	Primarios, total/PICO	AMSTAR 2	Financiación	Conflictos de interés
Whittle, 2025 (11)	Stem cell injections for osteoarthritis of the knee	Australia; Canadá	25/2	Alta	Apoyo institucional y financiación pública del NHMRC, ANZMUSC y Hospital Research Foundation Group; financiadores sin participación en la revisión	Reporta que así algunos actores ocupan cargos en organizaciones financiadoras o editoras de la síntesis, ninguno se vio involucrado en la financiación o el proceso editorial de la revisión
Han, 2026 (12)	Intra-articular Orthobiologics Show Statistically but Not Clinically Meaningful Improvements Compared With Viscosupplementation	Corea del Sur	24/18	Baja	No reportada	Reporta que no hay conflictos de interés
Xu, 2025 (13)	Comparison of hyaluronic acid and platelet-rich plasma in knee osteoarthritis: a systematic review	China	42/40	Críticamente baja	Programas públicos de ciencia, tecnología y salud de Zhejiang y Hangzhou	Reporta que no hay conflictos de interés
Li, 2025 (14)	Platelet-Rich Plasma Is More Effective Than Hyaluronic Acid Injections for Osteoarthritis of the Knee	China	15/14	Críticamente baja	Programa nacional de innovación estudiantil y Fundación de Ciencias Naturales de Hubei	Reporta que no hay conflictos de interés
Wang, 2025 (15)	Efficacy and safety of platelet-rich plasma injections for the treatment of knee osteoarthritis	China	28/15	Críticamente baja	Sin financiación	Reporta que no hay conflictos de interés
Xu, 2026 (16)	Leukocyte-rich versus leukocyte-poor platelet-rich plasma and hyaluronic acid for knee osteoarthritis	China	21/18	Críticamente baja	Plan de Innovación Científica y Tecnológica de Shanghái y fundación institucional de Yueyang Hospital	Reporta que no hay conflictos de interés
Bagheri, 2025 (17)	Platelet rich plasma compared to viscosupplementation in the treatment of knee osteoarthritis	EEUU	26/26	Críticamente baja	No reportada	Reporta que no hay conflictos de interés
Hooper, 2026 (18)	Platelet-rich plasma outcomes in knee osteoarthritis are associated with the amount of total deliverable platelets	EEUU	32/20	Críticamente baja	Sin financiación	Reporta que no hay conflictos de interés
Yu, 2025 (19)	The efficacy of platelet-rich plasma preparation protocols in the treatment of osteoarthritis	China	22/15	Críticamente baja	Fundación Nacional de Ciencias Naturales de China	Reporta que no hay conflictos de interés

Autor, año	Título	País	Primarios, total/PICO	AMSTAR 2	Financiación	Conflictos de interés
Peng, 2025 (20)	Intraarticular leukocyte-poor platelet-rich plasma injection is more effective than intraarticular hyaluronic acid injection	Taiwán	12/12	Críticamente baja	Sin financiación	Reporta que no hay conflictos de interés
Park, 2025 (21)	Microfragmented Adipose Tissue as an Alternative to Platelet-Rich Plasma for Intra-articular Injection in Knee Osteoarthritis	Corea del Sur	6/4	Críticamente baja	No reportada	No reporta
Zhang, 2025 (22)	Efficacy of ultrasound-guided intra-articular injection in the treatment of knee osteoarthritis in early and middle stages	China	14/12	Críticamente baja	Fundación de Ciencias Naturales de Shandong y apoyo de un equipo científico y tecnológico	Reporta que no hay conflictos de interés
Fucaloro, 2025 (23)	Complications of Platelet-Rich Plasma Injection for Knee Osteoarthritis Are Similar to Those of Corticosteroids and Hyaluronic Acid	EEUU	24/17	Críticamente baja	No reportada	Reporta que no hay conflictos de interés
Nakagawa, 2026 (24)	Assessment of adverse events and safety associated with intra-articular platelet-rich plasma injections	EEUU	32/26	Críticamente baja	No reportada	No reporta
Centeno, 2026 (25)	Autologous platelet-rich plasma versus hyaluronic acid, corticosteroids or saline for knee osteoarthritis	EEUU; Francia	62/49	Críticamente baja	Université Paris Est Créteil financió únicamente la publicación en acceso abierto; no se informó financiación de la revisión	Varios autores tenían cargos, afiliación laboral y patentes relacionadas con Regenexx y tratamientos ortobiológicos
Peng, 2026 (26)	Comparative Clinical Effectiveness of Intra-Articular Leukocyte-Rich Platelet-Rich Plasma and Hyaluronic Acid	Taiwán; Canadá	19/17	Críticamente baja	No reportada	Reporta que no hay conflictos de interés
Díaz Haaz, 2025 (27)	Efficacy and Safety of Intra-articular Platelet-Rich Plasma Versus Corticosteroid Injections	México	6/6	Críticamente baja	Sin financiación	Reporta que no hay conflictos de interés
Hohmann, 2025 (28)	Microfragmented Adipose Tissue Has No Advantage Over Platelet-Rich Plasma and Bone Marrow Aspirate Injections	EAU; Sudáfrica; RU; Estados Unidos	5/4	Críticamente baja	No reportada	No reporta
An, 2026 (29)	The efficacy and safety of platelet rich plasma and hyaluronic acid in the treatment of knee osteoarthritis	China	18/16	Críticamente baja	Sin financiación	Reporta que no hay conflictos de interés

Autor, año	Título	País	Primarios, total/PICO	AMSTAR 2	Financiación	Conflictos de interés
Anitua, 2026 (30)	Influence of platelet-rich plasma composition on pain and functional performance in knee osteoarthritis	España	56/43	Críticamente baja	Sin financiación específica ni apoyo material	Todos los autores estaban vinculados con BTI Biotechnology Institute, fabricante de la tecnología PRGF Endoret
Pelluri, 2025 (31)	Effect of platelet-rich plasma versus placebo or corticosteroid for knee osteoarthritis	India; Australia	21/9	Críticamente baja	Autofinanciada	Un autor declara apoyo no financiero (análisis estadístico) de la Koneru Lakshmaiah Education Foundation; el resto declara no tener conflictos de interés.
Zhao, 2026 (3)	Efficacy and safety of microfragmented adipose tissue versus platelet-rich plasma, hyaluronic acid and saline	China	11/4	Críticamente baja	Fundación Nacional de Ciencias Naturales de China y fondos institucionales de innovación	Reporta que no hay conflictos de interés
Oka, 2026 (32)	Clinical outcomes of biologic therapies for knee osteoarthritis	Japón	14/10	Críticamente baja	Japan Society for the Promotion of Science, KAKENHI	Reporta que no hay conflictos de interés
Gupta, 2025(33)	Long-term effectiveness of intra-articular injectables in patients with knee osteoarthritis	India; RU	37/22	Críticamente baja	Sin financiación	Reporta que no hay conflictos de interés

EEUU: Estados Unidos, EAU: Emiratos Árabes Unidos; RU: Reino Unido

Evaluación de la calidad metodológica de las revisiones

La evaluación de la calidad metodológica fue realizada con la herramienta AMSTAR 2, la cual arrojó que la mayoría de las revisiones sistemáticas incluidas tenían una clasificación de confianza crítica en los resultados. De las 24 RS incluidas, solo Whittle et al. 2025 (11), obtuvo una evaluación de calidad con confianza alta en los resultados de la RS; solo Han et al. 2026 (12), fue clasificada con confianza baja; y las 22 restantes (91,7 %), presentaron una confianza críticamente baja en los resultados. No se identificaron revisiones con confianza moderada. Las revisiones que mostraron confianza críticamente baja en el AMSTAR 2 incumplieron entre dos y siete dominios críticos, con un promedio de cuatro dominios críticos incumplidos por revisión. Las deficiencias más frecuentes fueron la ausencia de una lista de estudios excluidos con su correspondiente justificación, identificada en 22 de las 24 revisiones; el uso de métodos inadecuados para la combinación estadística de los resultados, observado en 17 RS; la falta de consideración del riesgo de sesgo de los estudios primarios al interpretar los resultados, presente en 14 revisiones; y la ausencia de una estrategia de búsqueda suficientemente exhaustiva, observada en 13 RS. También fueron frecuentes la falta de un protocolo establecido antes de realizar la revisión, identificada en 11 revisiones, y la evaluación insuficiente del sesgo de publicación, observada en 10. Estos hallazgos indican que la mayoría de los resultados deben interpretarse con precaución, debido a la presencia simultánea de múltiples limitaciones metodológicas. Ver **Anexo 1**.

Solapamiento de los estudios primarios

Las 24 RS incluyeron 419 menciones de 113 estudios primarios distintos que responden a la PICO. El área cubierta corregida global fue de 11,8 %, lo que corresponde a un solapamiento alto. En promedio, cada ECA apareció en 3,7 revisiones. Este resultado indica que la coincidencia de resultados entre RS debe interpretarse teniendo en cuenta que varias sintetizan los mismos ensayos. La matriz de citación completa se presenta en el **Anexo 2**.

El análisis por pares mostró una distribución heterogénea del solapamiento. Cincuenta y tres ECA (47 %) aparecieron en una sola revisión, mientras que algunos ensayos de PRP frente a ácido hialurónico se incluyeron repetidamente: el primario Huang et al. 2019 apareció en 15 de las 24 RS. De los 276 pares posibles de revisiones, 113 presentaron solapamiento leve, 29 moderado, 21 alto y 113 muy alto; 83 pares no compartieron ningún ECA. Se presentaron tres casos de solapamiento total que corresponden a las comparaciones entre Park et al. 2025 (21), Hohmann et al. 2025 (28) y Zhao et al. 2026 (3), cuyas revisiones incluyeron los mismos cuatro estudios primarios. Los resultados detallados del análisis pareado se presentan en la matriz GROOVE del **Anexo 3**.

Estos hallazgos se consideraron al priorizar las RS para la extracción detallada. Las seis revisiones seleccionadas como priorizadas abarcaron 81 de los 113 ECA identificados (72 %) y 13 de los 17 ECA verificables publicados desde 2023. Cuando varias RS abordaban una misma comparación con conjuntos iguales o ampliamente coincidentes de ensayos, se priorizó la revisión según su confianza metodológica, actualidad, concordancia con la PICO y disponibilidad de estimaciones utilizables. Se conservaron revisiones adicionales cuando aportaban comparaciones, desenlaces, tiempos de seguimiento o características de la intervención que no eran cubiertas por las revisiones de mejor calidad.

Priorización de las revisiones sistemáticas

La selección de las RS para la extracción detallada consideró la evaluación de la calidad metodológica, el solapamiento de los estudios primarios y la cobertura de las comparaciones de interés. Se priorizaron Whittle et al. 2025 (11), única revisión con confianza alta en los resultados según la evaluación de calidad, y Han et al. 2026 (12), única revisión con confianza baja. Estas revisiones aportaron información sobre las comparaciones entre PRP y concentrado de aspirado de médula ósea (BMAC), y entre PRP y AH, respectivamente.

Posteriormente, se seleccionaron cuatro revisiones de confianza críticamente baja en los resultados según AMSTAR 2, que permitían ampliar o complementar las comparaciones cubiertas parcialmente o no cubiertas por las revisiones de mayor calidad. Se incluyeron las revisiones de Park et al. 2025 (21) para la comparación entre PRP y tejido adiposo microfragmentado (MFAT); Centeno et al. 2026 (25) para ampliar los datos de las comparaciones de PRP frente a AH y corticosteroides; Anitua et al. 2026 (30) que incluyeron comparaciones con AH, corticosteroides, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ozono y otras intervenciones; y Zhang et al. 2025 (22) por aportar información sobre PRP solo o combinado con ultrasonido frente a AH, corticosteroides y ozono.

Los resultados de estas seis RS priorizadas fueron incluidas en esta síntesis. La inclusión de revisiones con confianza críticamente baja según la calidad metodológica respondió a la necesidad de cubrir todas las comparaciones relevantes y no implica que sus resultados tengan el mismo nivel de confianza que los procedentes de las revisiones con mejor calidad metodológica. Por esta razón, sus hallazgos deben interpretarse con precaución y teniendo en cuenta sus limitaciones metodológicas y el solapamiento de los estudios primarios.

Las seis revisiones incluyeron adultos con OA de rodilla, generalmente de entre 50 y 60 años. La proporción de mujeres varió entre los estudios y fue mayoritaria en varias muestras (11,12,21,22,25,30). La gravedad de la OA se clasificó principalmente mediante la escala de Kellgren-Lawrence (KL), que comprende los grados 1 a 4

(dudoso, leve, moderado y grave); Zhang et al. (22) se centraron en pacientes con OA temprana o moderada. Los principales comparadores del PRP fueron el AH, los corticosteroides y otros ortobiológicos autólogos, como el MFAT y el concentrado de médula ósea (BMC o BMAC). Algunas revisiones también incluyeron AINEs, ozono, paracetamol y dextrosa utilizada para proloterapia (11,12,21,22,25,30). Centeno et al. (25) reunieron el mayor número absoluto de estudios que responden a la pregunta PICO: 49 de 62 (79 %). Les siguieron Anitua et al. (30), con 43 de 56 (77 %); Han et al. (12), con 18 de 24 (75 %); Zhang et al. (22), con 12 de 14 (86 %); Park et al. (21), con cinco estudios únicos (100 %) tras excluir un sexto por compartir población con otro; y Whittle et al. (11), con 2 de 25 (8 %). El total de participantes fue de 5251 en Anitua et al., 4969 en Centeno et al., 2960 en Han et al., 1341 en Whittle et al. y 934 en Zhang et al. En Park et al., 286 participantes contribuyeron al análisis, dado que, además del estudio excluido, dos estudios evaluaron a la misma población en distintos momentos de seguimiento (11,12,21,22,25,30).

En cuanto a los resultados de las seis RS, estos fueron poco consistentes entre las comparaciones evaluadas, como se describe más adelante. Específicamente, Han et al. (12) Park et al. (21) analizaron la importancia clínica de los resultados frente a la DMCI. Mientras Han et al. (12) estandarizaron sus estimaciones en unidades de DMCI para su lectura directa contra el umbral, Park et al. (21) evaluaron la diferencia entre grupos, indicando que a los seis meses no alcanzó el umbral. En ambas revisiones, aunque hubo mejoría frente a la condición basal, las diferencias entre tratamientos no lograron relevancia clínica.

Asimismo, las revisiones examinaron la heterogeneidad y algún aspecto de la confiabilidad de sus resultados, aunque solo Whittle et al. (11) y Centeno et al. (25) calificaron formalmente la certeza de la evidencia mediante GRADE. Park et al. (21), Zhang et al. (22), Han et al. (12) y Anitua et al. (30) evaluaron el riesgo de sesgo, consistencia de las comparaciones o estabilidad de las estimaciones. Han et al. expresaron cautela porque persistieron inconsistencias en su metaanálisis en red (12); Whittle et al. refirieron incertidumbre por la certeza muy baja de la comparación entre células madre y PRP (11); Zhang et al. señalaron que algunos intervalos de confianza amplios limitaban la confiabilidad de los resultados (22); y Anitua et al. indicaron que las asociaciones observadas no permitían establecer conclusiones definitivas (30). La elevada heterogeneidad contribuyó a reducir la certeza de varios resultados de Centeno et al. (25), mientras que Park et al. reconocieron las limitaciones derivadas del escaso número de estudios y de las diferencias entre sus poblaciones y protocolos (21). Entre las limitaciones descritas en las revisiones también figuran la variabilidad en la preparación y dosis del PRP, la gravedad inicial de la OA de rodilla, las escalas de medición, los tiempos de seguimiento y el uso de evidencia indirecta en los metaanálisis en red (11,12,21,22,25,30).

Respecto a la financiación y los conflictos de intereses, Whittle et al. (11) declararon apoyo institucional y mediante becas. Centeno et al. (25) informaron de vínculos de varios autores con Regenexx, empresa relacionada con tratamientos ortobiológicos, incluido el PRP. Zhang et al. (22) declararon subvenciones de Shandong y ausencia de conflictos de intereses comerciales o financieros, mientras que Anitua et al. (30) declararon vínculos financieros con BTI *Biotechnology Institute*. La financiación de Park et al. (21) y Han et al. (12) no se reportó; aunque Park et al. (21) declararon no tener conflictos de intereses.

No se identificaron revisiones elegibles con estimaciones utilizables sobre PRP combinado con AH frente a un comparador sin PR, Gupta et al. (33) presentó en el cuerpo del artículo estimaciones de la combinación únicamente frente a solución salina, comparador que tampoco cumplía los criterios de esta revisión. Por tanto, no fue posible sintetizar esta comparación y se identificó un vacío en la evidencia disponible.

El **Anexo 4** presenta una tabla que resume las características de las revisiones priorizadas.

RESULTADOS

En lo referente a los resultados, Centeno et al. (25) encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del PRP frente a AH y corticosteroides en dolor y función. Han et al. (12) reportaron diferencias estadísticamente significativas frente a AH, pero no alcanzaron la DMCI. Whittle et al. (11) identificaron una ventaja del PRP frente a BMC en un único resultado de dolor medido entre los tres y los seis meses. Anitua et al. (30) observaron diferencias estadísticamente significativas a favor del PRP en algunas comparaciones y diferencias estadística y clínicamente importantes entre formulaciones de PRP en algunas subescalas de la Escala de Resultados de Lesiones de Rodilla y Osteoartritis (KOOS) a los 12 meses. No obstante, los efectos no fueron consistentes en todos los desenlaces. Zhang et al. (22) no encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del PRP en las comparaciones evaluadas. Park et al. (21) observaron una pequeña ventaja estadística del MFAT sobre el PRP a los seis meses; ambos tratamientos alcanzaron umbrales de mejoría clínica, sin una diferencia clínicamente importante entre ellos. A continuación se profundiza en los resultados según el desenlace evaluado.

Con el fin de estandarizar la presentación de los resultados, se consideró PRP como intervención y a los demás tratamientos como comparadores. Todas las diferencias se expresaron como PRP menos comparador y todas las razones como PRP dividido por el comparador. La interpretación del signo depende de la dirección de cada escala y se indica en los resultados. En algunos casos, las estimaciones fueron reexpresadas por el equipo porque la revisión publicó la comparación en sentido inverso; estas cifras se obtuvieron cambiando el signo de la diferencia o invirtiendo la razón y los límites de su intervalo de confianza, según correspondiera.

Efectividad del PRP para la reducción del dolor

En general, los resultados sobre el efecto del PRP en el dolor fueron variables y, en la mayoría de las comparaciones, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas frente a los tratamientos alternativos. La interpretación de estos resultados debe hacerse con cautela, dado que solo una revisión incluida tuvo una calidad metodológica con confianza alta en los resultados (11), una con confianza baja (12) y las restantes fueron calificadas con una confianza críticamente baja (3,13–33) en los resultados. Además, varios metaanálisis presentaron una heterogeneidad alta o muy alta, lo que indica una variabilidad importante entre los estudios incluidos. Ver **Tabla 3.**

En comparación con el AH, Han et al. (12) encontró resultados estadísticamente favorables para el PRP a los 3, 6 y 12 meses. Sin embargo, estas comparaciones no alcanzaron el umbral de la DMCI definido por los autores. Centeno et al. (25) también encontró una reducción del dolor favorable al PRP a los 6 y 12 meses, aunque con heterogeneidad muy alta (I^2 94 % y 91 %, respectivamente). Anitua et al. (30) informó algunos resultados favorables al PRP sin activar en las escalas y subescalas de Western Ontario and *McMaster Universities Arthritis Index* - WOMAC (Índice de Osteoartritis de las Universidades de Western Ontario y McMaster) y Escala Visual Análoga (EVA), pero no encontró diferencias en KOOS subescala dolor. Estos resultados también presentaron heterogeneidad alta o muy alta y procedían de una revisión sistemática de confianza críticamente baja en los resultados según la evaluación de calidad.

Centeno et al. (25) realizó un análisis por subgrupos según el volumen de sangre utilizado para preparar el PRP. A los 3 meses, cuando se emplearon menos de 40 mL no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el PRP y AH, con una DM: de -0,41 (IC del 95%: -0,89 a 0,06; I^2 = 93%). En el subgrupo en el que se utilizaron más de 40 mL el resultado favoreció al PRP, con una DM de -0.98 (IC del 95%: -1,42 a -0,54; I^2 = 93%). Sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos (valor de p = 0,09) .A los 6 meses, cuando se empleó menos de 40 mL de sangre no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el PRP y el AH con una DM de -0,65 (IC del 95%: -1,42 a 0,11; I^2 = 86 %) y

cuando se utilizaron 40 mL o más, el resultado favoreció al PRP, con una DM de -1,66 (IC del 95%: -2,18 a -1,14; I^2 = 87%). La diferencia entre los subgrupos fue estadísticamente significativa (valor de p =0,004). Sin embargo, ambos análisis presentaron heterogeneidad muy alta.

Anitua et al (30) también analizaron por separado el PRP activado. Frente al ácido hialurónico, el PRP activado redujo el dolor medido con la EVA a los 6 meses (DM: -0,94; IC del 95 %: -1,69 a -0,2) y 12 meses (DM: -1,65; IC del 95 %: -2,71 a -0,58) y con WOMAC a los 12 meses (DM: -1,87; IC del 95 %: -3,64 a -0,09), pero no se observaron diferencias en WOMAC a los 6 meses ni en KOOS dolor en ninguno de los seguimientos.

Frente a los corticosteroides, Centeno et al. (25) encontró resultados favorables para PRP a los 6 y 12 meses. La heterogeneidad fue muy alta a los 6 meses, pero no se observó heterogeneidad a los 12 meses. Anitua et al. (30) encontró resultados favorables al PRP sin activar a los 6 meses en WOMAC subescala dolor y EVA, pero no en KOOS subescala dolor. A los 12 meses no encontró diferencias estadísticamente significativas. La heterogeneidad de sus análisis fue alta o muy alta. En Anitua et al. (30) en el análisis de PRP activado frente a los corticosteroides, los resultados favorecieron al PRP activado a los 6 meses en KOOS dolor (DM: 16,09; IC del 95 %: 1,18 a 31) y EVA (DM: -2,66; IC del 95 %: -4,27 a -1,05).

Los resultados frente a BMAC y MFAT fueron menos consistentes. La revisión de alta calidad de Whittle et al. (11) no encontró diferencias entre PRP y BMAC durante los primeros 3 meses ni entre los 6 y 12 meses, aunque observó un resultado favorable al PRP entre los 3 y 6 meses. No obstante, la certeza de la evidencia para estos resultados fue muy baja. Frente a MFAT, Whittle et al. (11) no encontró diferencias estadísticamente significativas hasta los 6 meses. Park et al. (21) tampoco encontró diferencias a los 3 ni a los 12 meses, pero informó resultados favorables a MFAT a los 6 meses en EVA y KOOS subescala dolor. Esta última revisión fue de confianza críticamente baja en los resultados según el AMSTAR 2.

Para las comparaciones del PRP con AINEs, paracetamol y ozono, la evidencia procede solo de Anitua et al. (30), una revisión de confianza críticamente baja en sus resultados según la evaluación de calidad. No se observaron diferencias estadísticamente significativas frente a los AINEs. Mientras que en el análisis de PRP activado los resultados frente a los AINES favorecieron al PRP activado a los 6 meses en EVA (DM: -1,34; IC del 95 %: -2,65 a -0,03) y 12 meses (DM: -1,67; IC del 95 %: -3,13 a -0,21), mientras que WOMAC dolor no mostró diferencias. Frente al paracetamol, no se encontraron diferencias en WOMAC subescala dolor, aunque el resultado medido con la EVA favoreció al PRP sin activar. En comparación con el ozono, los resultados favorecieron al PRP sin activar en WOMAC subescala dolor y EVA. Sin embargo, estos resultados presentaron heterogeneidad muy alta (I^2 entre 88 % y 98 %). Estos resultados variaron según la escala y el tiempo de seguimiento.

Zhang et al. (22), revisión de confianza críticamente baja, evaluaron el PRP administrado mediante inyección guiada por ecografía frente a AH, corticosteroides, ozono, dextrosa para proloterapia y tejido adiposo autólogo microfragmentado (AAT/MFAT). No encontraron diferencias estadísticamente significativas en dolor en ninguna de estas comparaciones, aunque algunas estimaciones puntuales favorecieron al PRP. Los resultados proceden de un metaanálisis en red. Además, la revisión no especificó el tiempo de seguimiento correspondiente a las estimaciones agrupadas, lo que impide compararlas directamente con los resultados presentados a los 3, 6 o 12 meses por otras revisiones.

En resumen, aunque algunas estimaciones mostraron resultados estadísticamente favorables al PRP, la evidencia no demuestra de manera consistente una reducción del dolor frente a todos los otros comparadores. La baja calidad metodológica en el AMSTAR 2 de la mayoría de las RS, la heterogeneidad elevada, las diferencias entre escalas para medición del dolor y formulaciones de PRP, y la ausencia de diferencias clínicamente importantes en algunos análisis limitan la confianza en los resultados.

Tabla 3. Resultados de efectividad con respecto a la reducción del dolor

Dolor							
Seguimiento a 1 mes							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I^2**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	EVA	DM	0,00 (-6,89 a 6,88)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0 %
			KOOS dolor	DM	2,67 (-8,45 a 13,80)	Sin diferencia estadísticamente significativa	81 %
Seguimiento a los 3 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I^2**
PRP vs AH	Han, 2026 (12)	Baja	EVA, WOMAC dolor y KOOS dolor agrupadas	DME	-0,42 (-0,83 a -0,01)	**Favorece estadísticamente al PRP, sin alcanzar la diferencia mínima clínicamente importante**	NR
PRP vs MFAT	Whittle, 2025 (11)	Alta	EVA	DM	0,50 (−0,53 a 1,53)	Sin diferencia estadística significativa	NA
	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	EVA	DM	-0,82 (-6,41 a 4,78)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0%
			KOOS dolor	DM	3,32 (-0,66 a 7,29)	Sin diferencia estadística significativa	0%
PRP vs BMAC	Whittle, 2025 (11)	Alta	WOMAC dolor	DM	0,15 (-0,51 a 0,81)	Sin diferencia estadística significativa	NA
Seguimiento a los 6 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección del efecto**	**I^2**
PRP vs AH	Centeno, 2026 (25)	Críticamente baja	EVA	DM	-0,72 (-1,05 a -0,38)	**Favorece al PRP**	94 %
	Han, 2026 (12)	Baja	EVA, WOMAC dolor y KOOS dolor agrupadas	DME	-0,25 (-0,48 a -0,02)	**Favorece estadísticamente al PRP, sin alcanzar la diferencia mínima clínicamente importante**	NR
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC dolor	DM	1,27 (0,12 a 2,43)	**Favorece al PRP**	88 %
			KOOS dolor	DM	4,80 (-8,99 a 18,59)	Sin diferencia estadísticamente significativa	81,5 %
			EVA	DM	0,83 (0,19 a 1,47)	**Favorece al PRP**	95 %

Dolor							
PRP vs CE	Centeno, 2026 (25)	Críticamente baja	EVA	DM	-1,52 (-2,04 a -1,01)	**Favorece al PRP**	92 %
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC dolor	DM	4,90 (1,91 a 7,89)	**Favorece al PRP**	88 %
			KOOS dolor	DM	-11,93 (-27,11 a 3,24)	Sin diferencia estadísticamente significativa	81 %
			EVA	DM	2,54 (0,92 a 4,16)	**Favorece al PRP**	95 %
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	EVA	DM	5,55 (1,20 a 9,90)	**Favorece al MFAT**	10 %
			KOOS dolor	DM	3,61 (0,31 a 6,91)	**Favorece al MFAT**	0 %
	Whittle, 2025 (11)	Alta	EVA	DM	0,51 (-0,56 a 1,58)	Sin diferencia estadísticamente significativa	NA
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS dolor	DM	2,07 (-9,31 a 13,45)	Sin diferencia estadísticamente significativa	81 %
			EVA	DM	-0,34 (-1,67 a 0,98)	Sin diferencia estadísticamente significativa	95 %
PRP vs BMAC	Whittle, 2025 (11)	Alta	WOMAC dolor	DM	-0,75 (-1,47 a -0,03)	**Favorece al PRP**	NA
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC dolor	DM	1,50 (-1,72 a 4,72)	Sin diferencia estadísticamente significativa	88%
PRP vs AINE	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC dolor	DM	2,01 (-0,28 a 4,30)	Sin diferencia estadísticamente significativa	88 %
			EVA	DM	1,23 (-0,25 a 2,71)	Sin diferencia estadísticamente significativa	95 %
PRP vs paracetamol	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC dolor	DM	2,75 (-0,79 a 6,28)	Sin diferencia estadísticamente significativa	88%
PRP vs paracetamol	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	EVA	DM	3,28 (0,75 a 5,82)	**Favorece al PRP**	95 %
PRP vs ozono		Críticamente baja	WOMAC dolor	DM	7,09	**Favorece al PRP**	88 %

Dolor							
	Anitua, 2026 (30)				(4,35 a 9,82)		
			EVA	DM	3,56 (1,78 a 5,35)	**Favorece al PRP**	95 %
Seguimiento a los 12 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**EscalA**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección del efecto**	**I^2**
PRP vs AH	Centeno, 2026 (25)	Críticamente baja	EVA	DM	-1,27 (-1,77 a -0,77)	**Favorece al PRP**	91 %
	Han, 2026 (12)	Baja	EVA, WOMAC dolor y KOOS dolor agrupadas	DME	-0,36 (-0,67 a -0,05)	**Favorece al PRP, sin alcanzar la diferencia mínima clínicamente importante**	NR
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC dolor	DM	2,39 (0,72 a 4,07)	**Favorece al PRP**	95 %
			KOOS dolor	DM	0,62 (-9,90 a 11,13)	Sin diferencia estadísticamente significativa	68,9 %
			EVA	DM	1,40 (0,61 a 2,20)	**Favorece al PRP**	98 %
PRP vs CE	Centeno, 2026 (25)	Críticamente baja	EVA	DM	-2,99 (-3,21 a -2,78)	**Favorece al PRP**	0 %
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC dolor	DM	1,96 (-1,64 a 5,57)	Sin diferencia estadísticamente significativa	95 %
			EVA	DM	1,01 (-0,57 a 2,60)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98 %
PRP vs BMAC	Whittle, 2025 (11)	Alta	WOMAC dolor	DM	-0,30 (-0,96 a 0,36)	Sin diferencia estadísticamente significativa	NA
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC dolor	DM	0,60 (-3,15 a 4,35)	Sin diferencia estadísticamente significativa	95 %
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	EVA	DM	-2,39 (-6,94 a 2,15)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0 %
			KOOS dolor	DM	1,65 (-1,96 a 5,26)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0 %

Dolor							
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS dolor	DM	0,24 (-7,78 a 8,25)	Sin diferencia estadísticamente significativa	68,9 %
			EVA	DM	0,19 (-1,28 a 1,65)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98 %
PRP vs AINE	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC dolor	DM	2,66 (-0,46 a 5,78)	Sin diferencia estadísticamente significativa	95 %
			EVA	DM	1,42 (-0,29 a 3,13)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98 %
PRP vs ozono	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC dolor	DM	4,59 (1,29 a 7,90)	**Favorece al PRP**	95 %
			EVA	DM	2,35 (0,40 a 4,29)	**Favorece al PRP**	98 %
Seguimiento hasta los 24 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección del efecto**	**I^2**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	EVA	DM	4,77 (-1,08 a 10,61)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0 %
			KOOS dolor	DM	2,79 (-1,97 a 7,54)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0 %
Tiempo de seguimiento no reportado							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección del efecto**	**I^2**
PRP vs AH	Zhang, 2025 (22)	Críticamente baja	WOMAC dolor	DME	0,13 (-0,54 a 0,80)	Sin diferencia estadísticamente significativa	27 %
PRP vs corticosteroides	Zhang, 2025 (22)	Críticamente baja	EVA	DME	0,70 (-1,29 a 2,69)	Sin diferencia estadísticamente significativa	10 %
PRP vs ozono	Zhang, 2025 (22)	Críticamente baja	EVA	DME	0,76 (-1,69 a 3,22)	Sin diferencia estadísticamente significativa	10 %
PRP vs dextrosa como proloterapia	Zhang, 2025 (22)	Críticamente baja	EVA	DME	0,33 (-0,29 a 0,98)	Sin diferencia estadísticamente significativa	10 %
PRP vs dextrosa como proloterapia	Zhang, 2025 (22)	Críticamente baja	WOMAC dolor	DME	0,29 (-0,49 a 1,09)	Sin diferencia estadísticamente significativa	27 %
PRP vs AAT/MFAT	Zhang, 2025 (22)	Críticamente baja	EVA	DME	-0,03 (-1,76 a 1,69)	Sin diferencia estadísticamente significativa	10 %

Dolor

Nota: *La columna "Calidad" es la evaluación de la calidad metodológica de la revisión obtenida con AMSTAR 2. "Medida" indica la medida utilizada para estimar el efecto. El "Resultado" presenta primero el estimado puntual y, entre paréntesis, su intervalo de confianza del 95 %. La "Dirección del efecto" señala el tratamiento favorecido por el resultado. El signo se interpreta según la orientación de cada análisis: en Park et al. 2025, los valores negativos favorecen al PRP y los positivos al MFAT; en los análisis de Anitua et al. 2026 incluidos en esta tabla, los valores positivos de WOMAC dolor y EVA favorecen al PRP, mientras que los negativos de KOOS dolor favorecen al PRP. En Zhang et al. 2025, las escalas se estandarizaron para que los valores más altos indicaran mayor eficacia. Zhang et al. informaron en el anexo un "ciclo de tratamiento" en semanas para cada ensayo, pero no especificaron a qué momento de evaluación corresponden las estimaciones agrupadas. Por ello, sus resultados se presentan bajo "Tiempo de seguimiento no reportado". Zhang denominaron AAT al tejido adiposo autólogo utilizado como comparador; los dos ensayos de Baria incluidos en esa comparación describieron la preparación como MFAT. En la tabla se identifica como AAT/MFAT.*

El I^2 expresa el porcentaje de variabilidad atribuible a heterogeneidad; se consideró muy alta cuando fue ≥75 %. En Zhang et al., el I^2 corresponde a la red completa de cada desenlace, no a cada comparación individual. Han et al. 2026 fue la única revisión que evaluó explícitamente la importancia clínica de las diferencias observadas. De Anitua et al. 2026 solo se incluyeron los análisis de PRP sin activación exógena; no se presentan los análisis por subgrupos de Centeno et al. 2026. "NA" indica que el resultado procede de un único estudio y no fue posible estimar la heterogeneidad; "NR" indica que la revisión no reportó el dato.

AAT: tejido adiposo autólogo; AH: ácido hialurónico; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; BMAC: concentrado de aspirado de médula ósea; CE: corticosteroides; DM: diferencia de medias; DME: diferencia de medias estandarizada; EVA: escala visual analógica; IC del 95 %: intervalo de confianza del 95 %; I^2: medida de heterogeneidad estadística; KOOS: Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score; MFAT: tejido adiposo microfragmentado; PRP: plasma rico en plaquetas; WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index.; NA: No aplica ; NR: No reporta.

Efectividad del PRP para la mejora de la funcionalidad

Cinco revisiones evaluaron los efectos del PRP sobre la funcionalidad mediante la WOMAC total y subescalas, subescalas de KOOS y la Puntuación subjetiva del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla- IKDC (*International Knee Documentation Committee*), con seguimientos entre 1 y 24 meses. La confianza en los resultados fue críticamente baja en Centeno et al. (25), Anitua et al. (30) y Park et al. (21), baja en Han et al. (12) y alta en Whittle et al. (11). Los resultados variaron según el comparador, la escala de medición de funcionalidad y el tiempo de seguimiento; además, varios análisis presentaron heterogeneidad alta o muy alta. La dirección de las estimaciones se interpretó según la escala y la forma en que cada revisión presentó la comparación. En Park et al. (21), los valores negativos favorecen al PRP y los positivos al MFAT. En Anitua et al. (30), los valores positivos en WOMAC favorecen al PRP, mientras que los valores negativos en KOOS e IKDC favorecen al PRP. Por ello, el signo de una diferencia de medias no debe interpretarse de la misma manera en todos los análisis; la dirección del efecto se indica para cada resultado en la **Tabla 4**.

En comparación con AH, Han et al. (12) encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del PRP a los 3 meses (DME: -0,26; IC del 95 %: -0,51 a -0,01), 6 meses (-0,27; IC del 95 %: -0,53 a -0,02) y 12 meses (-0,44; IC del 95 %: -0,81 a -0,07). Aunque fueron estadísticamente significativos, estos efectos fueron inferiores a la DMCI establecida. Centeno et al. (25) también encontraron resultados favorables al PRP aplicando el WOMAC total a los 6 meses (DM: -5,63; IC del 95 %: -9,09 a -2,16) y 12 meses (DM: -9,86; IC del 95 %: -12,82 a -6,91); sin embargo, la heterogeneidad fue muy alta (I^2 = 99 % y 94 %, respectivamente). Al realizar el análisis por subgrupos según el volumen de sangre utilizado para preparar el PRP, se observó que a los 6 meses, cuando se emplearon menos de 40 mL no hubo diferencias estadísticamente significativas (DM: -1,21; IC del 95 %: -5,49 a 3,07; I^2 =99%), mientras que con 40 mL o más el resultado favoreció al PRP (DM: -10,13; IC del 95 %: -14,48 a -5,79; I^2 = 98%). A los 12 meses, los resultados favorecieron al PRP en ambos subgrupos: con menos de 40 mL la DM fue de -10,83 (IC del 95 %: -18,70 a -2,96; I^2 =93%) y con 40 mL o más fue de -8,77 (IC del 95 %: -11,03 a -6,51; I^2 =86%). No obstante, la heterogeneidad se mantuvo muy alta en todos los análisis.

En Anitua et al. (30), el PRP mostró mejores resultados en puntuación subjetiva IKDC a los 6 y 12 meses, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el WOMAC subescala de función física ni en la subescala de deporte y recreación de KOOS. Anitua et al. (30) también analizaron por separado el subgrupo de PRP activado (PRPa) para la funcionalidad. Frente al ácido hialurónico, el PRPa mostró mejores resultados en la puntuación subjetiva IKDC a los 6 meses (DM: 7,82; IC del 95 %: 2,22 a 13,41) y en la subescala WOMAC-función física a los 12 meses (DM: -3,65; IC del 95 %: -12,87 a -2,05), pero no se observaron diferencias en WOMAC-función a los 6 meses ni en la subescala KOOS deporte y recreación en ninguno de los seguimientos. En conclusión, los resultados frente al AH favorecieron al PRP en algunos análisis, pero no fueron consistentes entre las distintas escalas de medición.

Frente a los corticosteroides, Centeno et al. (25) encontraron diferencias a favor del PRP en el WOMAC total a los 6 meses (DM: -6,04; IC del 95 %: -10,17 a -1,90; I^2 = 93 %) y 12 meses (DM: -17,45; IC del 95 %: -22,63 a -12,26; I^2 = 86 %). Anitua et al. (30) también encontraron resultados favorables al PRP en la puntuación subjetiva IKDC a los 6 meses (DM: -21,2; IC del 95 %: -33,63 a -8,77) y 12 meses (DM: -22,20; IC del 95 %: -32,09 a -12,31). Del mismo modo, en el análisis por subgrupo de esta última revisión, , los resultados favorecieron al PRPa en la escala IKDC tanto a los 6 meses (DM: 23,39; IC del 95 %: 9,44 a 37,34) como a los 12 meses (DM: 17,87; IC del 95 %: 6,41 a 29,32). No obstante, esta RS no encontró diferencias estadísticamente significativas en WOMAC subescala función ni en KOOS subescala deporte y recreación. La heterogeneidad fue muy alta para el WOMAC total y moderada a alta para la puntuación subjetiva IKDC a los 6 meses, aunque fue nula para puntuación subjetiva IKDC a los 12 meses.

Asimismo, el PRP mostró mejores resultados en función al compararse con el ozono en el WOMAC- función a los 6 meses (DM: 24,61; IC del 95 %: 14,67 a 34,56) y 12 meses (DM: 12,04; IC del 95 %: 3,08 a 21,00). Sin embargo, estos análisis proceden de una revisión con confianza críticamente baja en los resultados y presentaron heterogeneidad muy alta (I^2 = 98 % y 95 %, a los 6 y 12 meses respectivamente). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas frente a los AINEs ni al paracetamol. En contraste, frente a los AINE el PRPa mostró un beneficio en la función medida con WOMAC a los 12 meses (DM: -8,84; IC del 95 %: -15,11 a -2,58).

En la comparación con MFAT, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los análisis realizados entre 1 y 24 meses. La única diferencia significativa se observó en puntuación IKDC a los 6 meses, a favor del MFAT (DM: 4,22; IC del 95 %: 0,40 a 8,03), aunque Park et al. (21) señalaron que su magnitud no alcanzó el umbral de importancia clínica. Finalmente, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre PRP y BMAC a los 3, 6 o 12 meses, dato que incluye los resultados procedentes de Whittle et al. (11), la única revisión con confianza alta en sus resultados según la evaluación de calidad.

Tabla 4. Resultados de efectividad con respecto a la mejora de la funcionalidad

Funcionalidad							
Seguimiento hasta 1 mes							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I²**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- Función subescala deporte y recreación	DM	-2,04 (-12,32; 8,25)	Sin diferencia estadísticamente significativa	50%
Seguimiento hasta los 3 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I²**
PRP vs AH	Han, 2026 (12)	Baja	WOMAC total WOMAC- física WOMAC - rigidez KOOS- actividades de la vida diaria	DME	-0,26 (-0,51; -0,01)	**Favorece al PRP**	NR
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- Función subescala deporte y recreación	DM	0,22 (-5,47; 5,9)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0%
			IKDC subjetivo	DM	1,86 (-2,73; 6,46)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0%
PRP vs BMAC	Whittle, 2025 (11)	Alta	WOMAC función, normalizada de 0 a 100	DM	3,97 (-2,63; 10,57)	Sin diferencia estadísticamente significativa	NA
Seguimiento hasta los 6 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I²**
PRP vs AH	Centeno, 2026 (25)	Críticamente baja	WOMAC	DM	-5,63 (- 9,09; -2,16)	**Favorece al PRP**	99%
	Han, 2026 (12)	Baja	WOMAC total WOMAC- función física WOMAC - rigidez KOOS- actividades de la vida diaria	DME	-0,27 (-0,53; -0,02)	**Favorece al PRP**	NR
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- función física	DM	0,73 (-3,78; 5,24)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%
			KOOS- Función subescala deporte y recreación	DM	-1,25 (-17,85; 15,36)	Sin diferencia estadísticamente significativa	58%
			IKDC subjetivo	DM	-5,63 (-9,89; -1,37)	**Favorece al PRP**	69%

Funcionalidad							
PRP vs CE	Centeno, 2026 (25)	Críticamente baja	WOMAC Total	DM	-6,04 (-10,17; -1,9)	**Favorece al PRP**	93%
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- función	DM	9,5 (-2,76;21,75)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%
			KOOS-Función subescala deporte y recreación	DM	1,8 (-10,97; 14,57)	Sin diferencia estadísticamente significativa	58%
			IKDC subjetivo	DM	-21,2 (-33,63; -8,77)	**Favorece al PRP**	69%
PRP vs AINES	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- función	DM	3,87 (-4,69; 12,42)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%
PRP vs ozono	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- función	DM	24,61 (14,67; 34,56)	**Favorece al PRP**	98%
PRP vs Paracetamol	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- función	DM	7,04 (-6,13; 20,2)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- Función subescala deporte y recreación	DM	4,37 (-2,02; 10,75)	Sin diferencia estadísticamente significativa	37%
			IKDC subjetivo	DM	4,22 (0,4; 8,03)	**Favorece MFAT**	0%
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS- Función subescala deporte y recreación	DM	0,62 (-10,45; 11,68)	Sin diferencia estadísticamente significativa	58%
			IKDC subjetivo	DM	2,19 (-6,19; 10,57)	Sin diferencia estadísticamente significativa	69%
PRP vs BMAC	Whittle, 2025 (11)	Alta	WOMAC función, normalizada de 0 a 100	DM	-1,91 (-8,93;5,11)	Sin diferencia estadísticamente significativa	NA
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- función	DM	1,3 (-10,48; 13,08)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%
			IKDC subjetivo	DM	-1,5 (-9,57; 6,57)	Sin diferencia estadísticamente significativa	69%
Seguimiento hasta los 12 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I^2**
PRP vs AH	Centeno, 2026 (25)	Críticamente baja	WOMAC	DM	-9,86 (-12,82; -6,91)	**Favorece al PRP**	94%

Funcionalidad							
	Han, 2026 (12)	Baja	WOMAC total WOMAC-función física WOMAC -rigidez KOOS -actividades de la vida diaria	DME	-0,44 (-0,81; -0,07)	**Favorece al PRP**	NR
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- función física	DM	5,11 (-0,03; 10,25)	Sin diferencia estadísticamente significativa	95%
			KOOS-Función subescala deporte y recreación	DM	7,02 (-7,25; 21,29)	Sin diferencia estadísticamente significativa	35%
			IKDC subjetivo	DM	-7,26 (-10,98; -3,53)	**Favorece al PRP**	0%
PRP vs CE	Centeno, 2026 (25)	Críticamente baja	WOMAC Total	DM	-17,45 (-22,63; -12,26)	**Favorece al PRP**	86%
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- función	DM	3,56 (-6,35; 13,47)	Sin diferencia estadísticamente significativa	95%
			IKDC subjetivo	DM	-22,2 (-32,09; -12,31)	**Favorece al PRP**	0%
PRP vs AINES	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- función	DM	6,49 (-2,21; 15,19)	Sin diferencia estadísticamente significativa	95%
PRP vs ozono	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- función	DM	12,04 (3,08; 21)	**Favorece al PRP**	95%
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- Función subescala deporte y recreación	DM	3,7 (-5,46; 12,85)	Sin diferencia estadísticamente significativa	65%
			IKDC subjetivo	DM	2,62 (-1,67; 6,92)	Sin diferencia estadísticamente significativa	13%
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS- Función subescala deporte y recreación	DM	3,18 (-6,3; 12,65)	Sin diferencia estadísticamente significativa	35%
			IKDC subjetivo	DM	-2,97 (-10,45; 4,52)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0%
PRP vs BMAC	Whittle, 2025 (11)	Alta	WOMAC- función	DM	-2,2 (-9,72; 5,31)	Sin diferencia estadísticamente significativa	NA

Funcionalidad							
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- función	DM	1,5 (-9,14; 12,14)	Sin diferencia estadísticamente significativa	95%
			IKDC subjetivo	DM	0,6 (-2,08; 3,28)	Sin diferencia estadísticamente significativa	88%
Seguimiento hasta los 24 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I^2**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- Función subescala deporte y recreación/KOOS-actividades de la vida diaria	DM	11,68 (-10,54; 33,89)	Sin diferencia estadísticamente significativa	94%
			IKDC subjetivo	DM	4,65 (-0,1; 9,4)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0%

Nota. La columna "Medida" indica la medida de estimación del efecto; el "Resultado" presenta el estimador y, entre paréntesis, su intervalo de confianza del 95 %. La columna "Dirección" indica el tratamiento favorecido según la orientación de cada escala; cuando el intervalo de confianza incluye el valor nulo (0), se considera que no existe una diferencia estadísticamente significativa. El I^2 estima el porcentaje de variabilidad entre los estudios atribuible a heterogeneidad y no al azar; valores más altos indican mayor heterogeneidad, considerándose muy alta cuando es ≥75 %. En Park et al., los valores negativos favorecen al PRP y los positivos al MFAT. En Anitua et al., los valores positivos en WOMAC favorecen al PRP, mientras que los valores negativos en KOOS e IKDC favorecen al PRP. Para esta última revisión, solo se incluyó el PRP sin activación exógena y el I^2 corresponde a la heterogeneidad global de la red para cada desenlace y tiempo de seguimiento. "No aplica" indica que el resultado procede de un único estudio y NR, que no fue reportado. AH: ácido hialurónico; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; BMAC: concentrado de aspirado de médula ósea; CE: corticosteroides; DM: diferencia de medias; DME: diferencia de medias estandarizada; IC del 95 %: intervalo de confianza del 95 %; IKDC: International Knee Documentation Committee Subjective Knee Evaluation Form; KOOS: Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score; MFAT: tejido adiposo microfragmentado; PRP: plasma rico en plaquetas; WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; NA: No aplica ; NR: No reporta.

Otros desenlaces asociados al uso de PRP

Los resultados correspondientes a otros desenlaces se presentan en la **Tabla 5**. Algunas revisiones evaluaron conjuntamente diferentes dimensiones clínicas, como el dolor, la rigidez y la funcionalidad. Anitua et al. (30) encontraron resultados favorables del PRP frente al AH a los 6 y 12 meses, mediante la puntuación del WOMAC total. A los 6 meses, el PRP también mostró mejores resultados que el AH y los corticosteroides en la evaluación conjunta del dolor, la capacidad para caminar y las actividades de la vida diaria (AVD), medida con el índice de Lequesne. Asimismo, se reportaron resultados favorables al PRP frente al ozono en la evaluación combinada del dolor, la rigidez y la función física mediante el WOMAC total. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas frente a los demás comparadores. La confianza en los resultados para estas RS según su calidad metodológica fue críticamente baja y, en la mayoría de los análisis del WOMAC, la heterogeneidad fue muy alta.

En la RS de Centeno et al. (25), el PRP mostró mejores resultados que los corticosteroides en la evaluación conjunta del dolor, la rigidez y la función física, medida mediante la puntuación WOMAC total a los 6 meses (DM: -6,04; IC del 95 %: -10,17 a -1,90) y 12 meses (DM: -17,45; IC del 95 %: -22,63 a -12,26). Sin embargo, los resultados de esta RS se calificaron con una confianza críticamente baja según el AMSTAR 2 y la heterogeneidad fue muy alta (I^2 = 93 % y 86 %, a los 6 y 12 meses respectivamente).

En cuanto a los síntomas, Park et al. (21) encontraron resultados favorables al MFAT frente al PRP a los 6 meses (DM: 5,31; IC del 95 %: 1,72 a 8,89) y 12 meses (DM: 3,68; IC del 95 %: 0,33 a 7,02). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al mes, 3 meses ni a los 24 meses. Anitua et al. (30) tampoco encontraron diferencias entre el PRP y los comparadores evaluados a los 6 y 12 meses. Asimismo, para la rigidez, Anitua et al. (30) encontraron resultados positivos al PRP frente a los AINEs y el ozono a los 6 meses. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las demás comparaciones a los 6 meses ni en las comparaciones evaluadas a los 12 meses y la heterogeneidad fue muy alta en la mayoría de estos análisis.

En las AVD, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el PRP y el MFAT en los diferentes tiempos de seguimiento. Tampoco se observaron diferencias entre el PRP y los comparadores evaluados por Anitua et al. (30) a los 6 meses. A los 12 meses, el AH mostró un resultado favorable frente al PRP (DM: 11,13; IC del 95 %: 3,68 a 18,57), mientras que no se encontraron diferencias frente a los demás comparadores. Respecto a la calidad de vida, Park et al. (21) encontraron un resultado favorable al MFAT únicamente a los 6 meses (DM: 4,74; IC del 95 %: 0,79 a 8,69). En los demás tiempos de seguimiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las intervenciones y la confianza en los resultados de esta revisión basados en su calidad metodológica fue críticamente baja.

La RS de Whittle et al. (11), con confianza alta en los resultados en la evaluación de la calidad metodológica, no encontró diferencias estadísticamente significativas entre el PRP y el MFAT en la evaluación global del éxito informada por los participantes (RR: 0,85; IC del 95 %: 0,60 a 1,19). Tampoco se encontraron diferencias en el fracaso del tratamiento, definido como la progresión a un reemplazo articular u otro procedimiento quirúrgico, al comparar el PRP con BMC/MFAT (RR: 1,06; IC del 95 %: 0,27 a 4,35).

Anitua et al. (30) no sólo evaluó el PRP sin activación exógena, sino también el PRP activado frente a diferentes tratamientos. Para esta última formulación, la revisión presentó resultados sobre desenlaces combinados de dolor, función y rigidez mediante la puntuación total de WOMAC, que integra estos tres dominios, y el índice algofuncional de Lequesne, que evalúa dolor y capacidad funcional e incorpora un ítem sobre rigidez matutina. Frente al ácido hialurónico, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en WOMAC total a los 6 meses, DM -7,32 (IC 95 %: -14,92 a 0,28), ni a los 12 meses, DM -9,67 (IC 95 %: -25,01 a 5,75). En el índice de Lequesne, el resultado favoreció al PRP activado a los 6 meses, DM -0,79 (IC 95 %: -1,20 a −0,38), pero no se observaron diferencias a los 12 meses, DM -3,42 (IC 95 %: -7,44 a 0,59). Frente a los corticosteroides, el resultado del índice de Lequesne a los 6 meses favoreció al PRP activado, DM -1,57 (IC 95 %: -2,67 a -0,47). En comparación con los AINE, no se encontraron diferencias en WOMAC total a los 6 meses, DM -3,34 (IC 95 %: -17,39 a 10,70), ni a los 12 meses, DM -7,56 (IC 95 %: -28,36 a 13,24). No se reportaron el número de estudios, el tamaño de muestra, la heterogeneidad ni la certeza de la evidencia para estos contrastes.

Tabla 5. Resultados de efectividad con respecto a otros desenlaces asociados al uso de PRP.

Otros desenlaces asociados al uso de PRP							
Desenlaces combinados de dolor, rigidez y función a los 6 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs AH	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC total	DM	7,66 (2,02; 13,31)	**Favorece al PRP**	94%
			Índice de Lequesne	DM	2,2 (1,47;2,93)	**Favorece al PRP**	0%
PRP vs CE	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC total	DM	15,97 (-5,49; 37,43)	Sin diferencia estadísticamente significativa	94%
			Índice de Lequesne	DM	2,98 (2,27; 3,69)	**Favorece al PRP**	0%
	Centeno, 2026 (25)	Críticamente baja	WOMAC total	DM	-6,04 (-10,17; -1,9)	**Favorece al PRP**	93%
PRP vs AINES	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC total	DM	3,69 (-11,97; 19,35)	Sin diferencia estadísticamente significativa	94%
PRP vs ozono	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC total	DM	36,79 (17,86; 55,71)	**Favorece al PRP**	94%
PRP vs ACE	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC total	DM	12,64 (-11,43; 36,72)	Sin diferencia estadísticamente significativa	94%
PRP vs BMAC	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC total	DM	3,2 (-19,09; 25,49)	Sin diferencia estadísticamente significativa	94%
Desenlaces combinados de dolor, rigidez y función a los 12 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs AH	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC total	DM	12,54 (2,52; 22,56)	**Favorece al PRP**	98,1 %
			Índice de Lequesne	DM	3 (-2,54; 8,54)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%
PRP vs CE	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC total	DM	4,75 (-23,17;32,66)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%
	Centeno, 2026 (25)	Críticamente baja	WOMAC total	DM	-17,45 (-22,63; -12,26)	**Favorece al PRP**	86%
PRP vs AINES	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC total	DM	10,43 (-14,76; 35,62)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%
PRP vs ozono	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC total	DM	21,16 (-6,44; 48,76)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%

Otros desenlaces asociados al uso de PRP							
PRP vs BMAC	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC total	DM	2,6 (-29,26;34,46)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%
Tiempo de seguimiento no reportado función y síntomas							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs dextrosa	Zhang, 2025 (22)	Críticamente baja	WOMAC total (dolor, rigidez y limitación funcional)	DME	0,38 (-0,49; 1,27)	Sin diferencia estadísticamente significativa	40 %
Rigidez a los 6 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs AH	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- rigidez	DM	0,35 (-0,24; 0,95)	Sin diferencia estadísticamente significativa	94%
PRP vs CE	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- rigidez	DM	1,59 (0; -3,19)	Sin diferencia estadísticamente significativa	93,9%
PRP vs AINES	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- rigidez	DM	1,54 (0,43;2,65)	**Favorece al PRP**	94%
PRP vs ozono	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- rigidez	DM	2,87 (1,6; 4,15)	**Favorece al PRP**	94%
PRV vs ACE	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- rigidez	DM	0,91 (-0,76; 2,59)	Sin diferencia estadísticamente significativa	94%
PRP vs BMAC	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC- rigidez	DM	0,2 (-1,32; 1,72)	Sin diferencia estadísticamente significativa	94%
Rigidez a los 12 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs AH	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC-rigidez	DM	-0,86 (-3,7; 1,98)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%
PRP vs CE	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC-rigidez	DM	-0,27 (-5,5; 4,97)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98,2%
PRP vs AINES	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC-rigidez	DM	2,47 (-2,62; 7,57)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%
PRP vs ozono	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC-rigidez	DM	1,02 (-4,09; 6,13)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%
PRP vs BMAC	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	WOMAC-rigidez	DM	0,5 (-5,19; 6,19)	Sin diferencia estadísticamente significativa	98%
Tiempo de seguimiento no reportado en rigidez							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs dextrosa	Zhang, 2025 (22)	Críticamente baja	WOMAC- rigidez	DME	0,33 (-0,17; 0,84)	Sin diferencia estadísticamente significativa	32%

Otros desenlaces asociados al uso de PRP							
Actividades de la vida diaria a 1 mes							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- actividades de la vida diaria	DM	0,22 (-11,6; 12,04)	Sin diferencia estadísticamente significativa	79%
Actividades de la vida diaria a los 3 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- actividades de la vida diaria	DM	1,23 (-3,45; 5,91)	Sin diferencia estadísticamente significativa	20%
	Whittle, 2025 (11)	Alta	KOOS- media de la subescala actividades de la vida diaria	DM	4,6 (-2,99; 12,19)	Sin diferencia estadísticamente significativa	NA
Actividades de la vida diaria a los 6 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs AH	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS- actividades de la vida diaria	DM	3,34 (-10,36; 17,04)	Sin diferencia estadísticamente significativa	69,1%
PRP vs CE	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS- actividades de la vida diaria	DM	-7,02 (-18,95; 4,91)	Sin diferencia estadísticamente significativa	69%
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- actividades de la vida diaria	DM	2,75 (-3,77; 9,27)	Sin diferencia estadísticamente significativa	72%
	Whittle, 2025 (11)	Alta	KOOS- actividades de la vida diaria	DM	1,4 (-5,92; 8,72)	Sin diferencia estadísticamente significativa	NA
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS- actividades de la vida diaria	DM	1,39 (-6,92; 9,69)	Sin diferencia estadísticamente significativa	69%
Actividades de la vida diaria a los 12 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs AH	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS- actividades de la vida diaria	DM	11,13 (3,68; 18,57)	**Favorece al AH**	0%
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- actividades de la vida diaria	DM	1,94 (-7,69; 11,57)	Sin diferencia estadísticamente significativa	84%
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS- actividades de la vida diaria	DM	2,23 (-2,97; 7,44)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0%
Sintomas a 1 mes							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- síntomas	DM	4,05 (-13,84; 21,93)	Sin diferencia estadísticamente significativa	90%

Otros desenlaces asociados al uso de PRP							
Sintomas a los 3 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- síntomas	DM	2,37 (-1,91; 6,65)	Sin diferencia estadísticamente significativa	9%
Síntomas a los 6 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs AH	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS- síntomas	DM	7,32 (-6,38; 21,02)	Sin diferencia estadísticamente significativa	72%
PRP vs CE	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS- síntomas	DM	-2,91 (-13,4; 7,59)	Sin diferencia estadísticamente significativa	72%
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- síntomas	DM	5,31 (1,72; 8,89)	**Favorece MFAT**	12%
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS- síntomas	DM	3,67 (-5,33; 12,68)	Sin diferencia estadísticamente significativa	72%
Síntomas a los 12 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs AH	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS- síntomas	DM	6,63 (-5,67;18,92)	Sin diferencia estadísticamente significativa	57%
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- síntomas	DM	3,68 (0,33; 7,02)	**Favorece MFAT**	1%
	Anitua, 2026 (30)	Críticamente baja	KOOS- síntomas	DM	1,67 (-5,88; 9,22)	Sin diferencia estadísticamente significativa	57%
Síntomas a los 24 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS- síntomas	DM	3,22 (-1,01; 7,44)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0%
Calidad de vida a 1 mes							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS-QoL (subescala calidad de vida)	DM	-1,97 (-11,08;7,15)	Sin diferencia estadísticamente significativa	66%
Calidad de vida a los 3 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS-QoL (subescala calidad de vida)	DM	2,03 (-3,35; 7,41)	Sin diferencia estadísticamente significativa	33%

Otros desenlaces asociados al uso de PRP							
Calidad de vida a los 6 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS-QoL (subescala calidad de vida)	DM	4,74 (0,79; 8,69)	**Favorece a MFAT**	0%
Calidad de vida a los 12 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS-QoL (subescala calidad de vida)	DM	2,5 (-1,9; 6,9)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0%
Calidad de vida a los 24 meses							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Críticamente baja	KOOS-QoL (subescala calidad de vida)	DM	4,87 (-1,05; 10,79)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0%
Evaluación global del éxito según lo informado por los participantes							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs MFAT	Whittle, 2025 (11)	Alta	KOOS- actividades de la vida diaria	RR	0,85 (0,6; 1,19)	Sin diferencia estadísticamente significativa	NA
Fracaso del tratamiento							
Comparación	**Revisiones**	**Calidad**	**Escala**	**Medida**	**Resultado**	**Dirección**	**I2**
PRP vs BMC/MFAT	Whittle, 2025 (11)	Alta	No aplica	RR	1,06 (0,27; 4,35)	Sin diferencia estadísticamente significativa	0%

La columna "Medida" indica la medida de estimación del efecto; el "Resultado" presenta el estimador y, entre paréntesis, su intervalo de confianza del 95 %. La columna "Dirección" identifica el tratamiento favorecido según la orientación de cada escala. Cuando el intervalo de confianza incluye el valor nulo (0 para la DM y 1 para el RR), se considera que no existe una diferencia estadísticamente significativa. El I^2 estima el porcentaje de variabilidad entre los estudios atribuibles a heterogeneidad y no al azar; valores más altos indican mayor heterogeneidad, considerándose muy alta cuando es ≥75 %. En Park et al., los valores negativos favorecen al PRP y los positivos al MFAT. En Anitua et al., los valores positivos en WOMAC y en el índice de Lequesne favorecen al PRP, mientras que los valores negativos en las subescalas de KOOS favorecen al PRP. Para Anitua et al., sólo se incluyó el PRP sin activación exógena y el I^2 corresponde a la heterogeneidad global de la red para cada desenlace y tiempo de seguimiento. "No aplica" indica que la medida no corresponde al desenlace o que la heterogeneidad no pudo calcularse por proceder el resultado de un único estudio. El fracaso del tratamiento se definió como la progresión a un reemplazo articular u otro procedimiento quirúrgico.
ACE: acetaminofén; AH: ácido hialurónico; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; BMAC: concentrado de aspirado de médula ósea; BMC: concentrado de médula ósea; CE: corticosteroides; DM: diferencia de medias; IC del 95 %: intervalo de confianza del 95 %; IKDC: International Knee Documentation Committee Subjective Knee Evaluation Form; KOOS: Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score; KOOS-QoL: subescala de calidad de vida de KOOS; MFAT: tejido adiposo microfragmentado; PRP: plasma rico en plaquetas; RR: riesgo relativo; WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; NA: No aplica ; NR: No reporta.

Eventos adversos

Tres de las seis revisiones priorizadas abordaron los eventos adversos (EA) en sus análisis: Han et al. 2026 (12), Park et al. 2025 (21) y Whittle et al. 2025 (11). La información fue limitada y heterogénea en cuanto a la definición, clasificación y forma de reporte de los EA.

En la comparación entre PRP y AH, Han et al. 2026 (12) señaló que nueve estudios informaron dolor o inflamación local después de la inyección. También se describieron casos aislados de sinovitis, náuseas o mareo. Sin embargo, la ausencia de datos desagregados por grupo impidió calcular una estimación comparativa del efecto. Un estudio informó dos muertes, una asociada con insuficiencia cardíaca y otra con cáncer, consideradas no relacionadas con las intervenciones evaluadas.

En la comparación entre PRP y MFAT, Park et al. 2025 (21) informó proporciones agrupadas de EA de 12,9 % (IC 95 %: −0,4 % a 26,1 %) con PRP y 10,3 % (IC 95 %: 0,6 % a 21,2 %) con MFAT, sin diferencias estadísticamente significativas (p= 0,08). Los eventos consistieron principalmente en dolor o inflamación en el sitio de inyección, se resolvieron en pocos días y no se registraron EA graves relacionados con el procedimiento. Estos resultados deben interpretarse con cautela debido a la confianza críticamente baja de los resultados de esta RS según su calidad metodológica y a las inconsistencias estadísticas en la presentación de las estimaciones.

Whittle et al. 2025 (11), la única revisión de alta calidad metodológica, no encontró diferencias estadísticamente significativas en los retiros debidos a EA entre PRP y MFAT (RR: 1,45; IC 95 %: 0,26 a 8,33). Tampoco encontró diferencias en los EA graves al comparar PRP frente a las terapias celulares evaluadas (BMAC o MFAT), registrando 4/77 eventos con PRP y 5/84 con terapias celulares (RR: 0,89; IC 95 %: 0,23 a 3,45).No obstante, la certeza de esta evidencia fue muy baja debido al reducido número de EA y a la amplitud de los intervalos de confianza. Ver **Tabla 6**.

Tabla 6. Eventos adversos del PRP en comparación con otros tratamientos.

Eventos adversos						
Compa-ración	**Revisión**	**Calidad**	**Categoría del EA**	**Evento adverso**	**Resultado**	**Interpretación**
PRP vs AH	Han, 2026 (12)	Baja	Específico leve	Dolor o edema local después de la inyección	9 estudios reportaron dolor y/o inflamación local tras la inyección; 3 estudios describen ambos síntomas; 5 estudios describen dolor sin inflamación y uno inflamación sin dolor descrito. Los datos por grupo fueron insuficientes para estimar el efecto	No fue posible establecer diferencias entre los tratamientos.
				Sinovitis	Descrito en un estudio.	No fue posible estimar el efecto comparativo.
				Náuseas / Mareo	Descrito en un estudio.	No fue posible estimar el efecto comparativo.
			Grave	Muerte asociada a falla cardíaca y cáncer	Un estudio describió 2 muertes asociadas a otras causas.	No fue posible estimar el efecto comparativo

Eventos adversos						
Compa-ración	**Revisión**	**Calidad**	**Categoría del EA**	**Evento adverso**	**Resultado**	**Interpretación**
PRP vs MFAT	Park, 2025 (21)	Crítica-mente baja	Específico leve	Dolor y/o inflamación en el sitio de inyección	PRP: 12,9 % (IC 95 %: −0,4 % a 26,1 %); MFAT: 10,3 % (IC 95 %: 0,6 % a 21,2 %); p = 0,08	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los eventos se resolvieron en pocos días y no se informaron eventos graves relacionados con el procedimiento.
	Whittle, 2025 (11)	Alta	Retiradas debido a EA	No especifica	RR 1,45 (IC 95 %: 0,26 a 8,33)	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas; evidencia de certeza muy baja
PRP vs BMAC o MFAT	Whittle, 2025 (11)	Alta	Grave	Grupo BMC: 2 reemplazo total de rodilla, 1 cáncer Grupo PRP: 1 cirugía de rodilla	RR 0,89 (IC 95 %: 0,23 a 3,45); 4/77 participantes con PRP y 5/84 con terapias celulares	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas; evidencia de certeza muy baja

AH: ácido hialurónico; BMAC: concentrado de aspirado de médula ósea; EA: evento adverso; IC: intervalo de confianza; MFAT: tejido adiposo microfragmentado; PRP: plasma rico en plaquetas; RR: riesgo relativo. Los RR se orientaron considerando al PRP como intervención; valores inferiores a 1 indican menos eventos con PRP y valores superiores a 1, más eventos con PRP. En Park et al., las estimaciones se interpretaron como proporciones agrupadas, aunque los autores las denominan odds ratio. El límite inferior negativo informado para el PRP carece de interpretación clínica. Aunque Whittle et al. fue una revisión de alta calidad metodológica, la certeza de sus resultados de seguridad fue muy baja. Algunas revisiones compartieron estudios primarios, por lo que sus resultados no deben sumarse ni interpretarse como evidencia independiente.

Limitaciones de la evidencia disponible

Variabilidad de los preparados de PRP

Más allá de las limitaciones que las propias revisiones declaran, el análisis de este conjunto de evidencia muestra que el término “plasma rico en plaquetas” se ha usado para designar a una familia de preparaciones y no un tratamiento único. Las revisiones incluidas difieren en la concentración plaquetaria, el contenido de leucocitos, la activación, el volumen inyectado y el número y el espaciado de las aplicaciones, y la descripción de los procesos de obtención es limitada. En la evaluación con AMSTAR 2 realizada, el ítem sobre descripción adecuada de los estudios incluidos se cumplió parcialmente en 16 de las 24 revisiones y no se cumplió en 6. Centeno et al. (25) encontraron que el efecto depende del volumen de sangre procesada: con 40 mL o más la diferencia frente al AH fue estadísticamente significativa y por debajo de ese volumen no lo fue a los seis meses, con una diferencia entre subgrupos estadísticamente significativa (valor de p = 0,004) en el WOMAC total. Anitua et al. (30) organizaron toda su red en torno a la composición, comparando el PRP activado con el no activado y clasificando las formulaciones según el sistema de Mishra. Estas revisiones pueden ser un ejemplo de cómo las diferencias entre preparaciones pueden modificar el resultado con respecto al PRP.

En este sentido, la pregunta de cuál preparación utilizar no tiene respuesta a partir de este cuerpo de evidencia. Durante la extracción de Park et al. (21) no fue posible registrar la concentración del principio activo, porque los estudios informan el volumen aplicado pero no la concentración obtenida. Esto nos lleva a concluir que, a partir de esta evidencia, esta intervención no puede describirse en términos reproducibles.

La información incompleta y variable sobre cómo se prepara el PRP y qué dosis se aplica dificulta valorar su eficacia y seguridad. Para establecer una dosis óptima, se necesitan estudios que describan la composición del PRP, comparen distintas dosis y esquemas de aplicación y evalúen sus beneficios y riesgos frente a otras opciones. Que el PRP esté disponible y se utilice en la práctica clínica no demuestra que sus beneficios superen sus riesgos.

Heterogeneidad de la población

La OA de rodilla, aunque se asocia con la edad, también se presenta en personas jóvenes por trauma, deformidad o sobrecarga por alteraciones de la alineación articular. Las revisiones priorizadas reúnen poblaciones amplias en edad y en grado radiológico, y ninguna de las seis informa estimaciones por subgrupos de edad ni de grado de Kellgren-Lawrence. Zhang et al. (22) revisaron si las edades de los participantes eran similares entre los estudios que comparaban distintos tratamientos. Sin embargo, no analizaron si el PRP funciona de manera diferente según la edad de los pacientes. Por lo tanto, hay una posibilidad de que el beneficio se concentre en algunos pacientes y sea nulo en otros, esto explicaría parte de la inconsistencia observada entre comparaciones, y siendo así, no podría confirmarse ni descartarse beneficios en subgrupos de edades con la información disponible. Como esta síntesis se basa en revisiones sistemáticas, solo contamos con los resultados que ellas presentan. Estas revisiones no informan si el efecto del PRP cambia según la edad de los pacientes o la gravedad de la artrosis. Comparar la edad promedio o la gravedad general entre estudios no resolvería esa pregunta, para responderla, sería necesario que los ensayos presentaran resultados separados para esos grupos o analizar los datos individuales de sus participantes.

La misma limitación encontramos al preguntarnos sobre el lugar del PRP en la trayectoria de la enfermedad. Con la evidencia disponible, no es posible establecer si su indicación sería más adecuada en fases tempranas o tardías, ni en qué medida podría diferir una artroplastia total de rodilla, porque ese desenlace prácticamente no se ha evaluado. La única estimación relacionada es el fracaso del tratamiento reportado por Whittle et al. (11), definido como progresión a reemplazo articular u otro procedimiento quirúrgico con un RR de 1,06 (IC del 95%: 0,27 a 4,35), procedente de dos ensayos y 161 participantes, con certeza muy baja. Fuera de esa estimación, los reemplazos articulares aparecen únicamente como eventos adversos notificados en unos pocos pacientes. Por lo tanto, no podemos saber si el PRP podría retrasar una intervención mayor a partir de la evidencia encontrada.

Magnitud del efecto y multiplicidad de desenlaces

La evaluación del efecto mediante múltiples subescalas y múltiples momentos de seguimiento aumenta la probabilidad de encontrar diferencias aisladas sin que se observe una mejoría consistente de la escala funcional en un punto determinado. Park et al. (21) presentan alrededor de 35 resultados sobre dolor y función, medidos de distintas maneras y en cinco momentos después del tratamiento. Solo seis de estos resultados muestran una diferencia estadística entre los tratamientos, casi todas a los seis meses, y ninguna a los 24 meses. Además, los autores indican que las diferencias observadas a los seis meses son demasiado pequeñas para considerarse importantes para los pacientes. Cómo estas diferencias no se observan de manera constante durante el seguimiento, es difícil concluir que uno de los tratamientos ofrezca un beneficio mayor. En esa misma revisión, las estimaciones de las subescalas de actividades de la vida diaria y de deporte y recreación del KOOS a los

veinticuatro meses corresponden al mismo conjunto de datos, por lo que no pueden interpretarse como resultados independientes.

Han et al. (12) y Park et al. (21) evaluaron si algunas de las diferencias observadas alcanzaron un umbral de importancia clínica. Sin embargo, las revisiones casi nunca informan qué proporción de pacientes obtuvo una mejoría clínicamente importante, esa proporción ayudaría a estimar cuántas personas podrían beneficiarse del PRP, lo cual sería información útil para la práctica clínica. Whittle et al. (11), reportan una evaluación global de éxito procedente de un solo ensayo, con certeza muy baja, aunque este desenlace no es equivalente a evaluar realmente a contar los pacientes que alcanzaron un umbral definido de mejoría.

La mayor diferencia de medias más favorable al PRP identificada en esta síntesis procede de Centeno et al. (25) frente a corticosteroides a los 12 meses, la cual fue de -2,99 puntos en la EVA de 0 a 10 (IC del 95 %: -3,21 a -2,78) y de -17,45 puntos en el WOMAC total (IC del 95 %: -22,63 a -12,26). Cada estimación se basa en cuatro ensayos. La certeza que la propia revisión asigna a esas estimaciones es moderada y muy baja según el desenlace. Además, la heterogeneidad fue del 0 % para EVA y del 86,1 % para WOMAC. Varios autores de la revisión declaran vínculos comerciales con tratamientos ortobiológicos, como se describe en la caracterización de las revisiones, lo que también debe tenerse presente al interpretar los hallazgos. Es posible que parte de la diferencia observada a los 12 meses se relacione con una disminución del efecto del corticosteroide; sin embargo, los datos disponibles no permiten comprobar esta explicación ni determinar cuánto tiempo persiste el efecto del PRP.

La información sobre eventos adversos es insuficiente para valorar con precisión la seguridad del PRP. No encontrar diferencias estadísticamente significativas frente a otros tratamientos no significa que sean igualmente seguros, sobre todo cuando los eventos son poco frecuentes o no se registran de forma completa. La inyección intraarticular puede causar dolor e inflamación local y presenta un riesgo de infección. La ausencia de eventos reportados no demuestra ausencia de riesgo. Se necesita un registro sistemático de eventos adversos y un seguimiento suficiente para evaluar el balance entre beneficios y riesgos de las distintas preparaciones y esquemas de aplicación del PRP.

Integridad de la información de una revisión incluida

Durante la construcción de la matriz de citación se contrastaron con las fuentes originales las referencias de los ensayos incluidos por Xu et al. (16). De las 21 referencias de ensayos, seis no pudieron localizarse con los datos de revista, volumen y número proporcionados en la revisión. En una séptima referencia, correspondiente a un ensayo localizable, el tamaño de muestra y el esquema de aplicación descritos en la revisión difieren de los publicados en el artículo original. Estas discrepancias afectan la posibilidad de verificar qué estudios sustentan los resultados de Xu et al. AMSTAR 2 no comprueba directamente la exactitud de cada referencia bibliográfica; por lo que su valoración de confianza metodológica no permite resolver la duda sobre los estudios incluidos.

La revisión cumplía los criterios de elegibilidad y el protocolo no preveía estas discrepancias como motivo de exclusión. Por tanto, se mantuvo entre las 24 revisiones incluidas y en la descripción del conjunto, pero sus estimaciones no fueron parte de las revisiones priorizadas. Las seis referencias no localizadas se conservaron como registros separados en la matriz de citación, pero no se le atribuyeron coincidencias con ensayos que no pudieron verificarse. La comprobación de las fuentes originales no estaba prevista en el protocolo y se realizó de forma selectiva con esta revisión, por lo que no permite determinar si existen discrepancias similares en las demás revisiones.

Limitaciones del proceso de esta síntesis

Esta síntesis se elaboró en un plazo de diez días hábiles, por lo que se adoptaron métodos abreviados propios de las síntesis rápidas. La búsqueda se realizó únicamente en PubMed, sin literatura gris, de modo que no puede descartarse que existan revisiones elegibles no recuperadas. A manera de comprobación, se verificó si las revisiones citadas por las publicaciones incluidas aparecían en los registros recuperados. La selección y la extracción las realizó un revisor con verificación mediante inteligencia artificial y resolución de discrepancias por un tercer evaluador, según se describe en el Cuadro 2. El protocolo de esta síntesis no fue registrado.

Algunos datos de las tablas fueron calculados a partir de las publicaciones originales. Para presentar las comparaciones en una misma dirección, se cambió el signo de algunas diferencias de medias o se calculó el inverso de algunas razones, según se indica en las tablas. En ciertas comparaciones, el número de participantes se obtuvo sumando los grupos informados en los suplementos; en una, la heterogeneidad se expresó como porcentaje a partir de los estadísticos publicados. Finalmente, solo dos de las seis revisiones priorizadas evaluaron formalmente la certeza de la evidencia mediante GRADE. Para los resultados de las demás revisiones no se hizo una evaluación formal de certeza. Su interpretación consideró, por separado, la calidad metodológica de la revisión y la heterogeneidad informada.

REFERENCIAS

1. Universidad de Antioquia. Resolución rectoral 49868. 9 de marzo de 2023. p. 11. Disponible en: https://normativa.udea.edu.co/Documentos/Consultar

2. Osteoarthritis, Knee - MeSH - NCBI. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68020370

3. Zhao D, Chen SC, Liu ZT, et al. Efficacy and safety of microfragmented adipose tissue versus platelet-rich plasma, hyaluronic acid and saline for knee osteoarthritis. Front Med. 11 de agosto de 2026;13:1901713. doi:10.3389/fmed.2026.1901713

4.Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 21 de septiembre de 2017;358:j4008. doi:10.1136/bmj.j4008

5.Yi L, Qiu F, Song H, Huang H, Zhang G. Platelet rich plasma injections for knee osteoarthritis: an overview of systematic reviews. Front Physiol. 2 de julio de 2025;16:1598514. doi:10.3389/fphys.2025.1598514

6.Zhou Q, Chen J, Yu W, Cao D, Ye Y, Shen J. A critical overview of systematic reviews and meta-analyses of intra-articular injection of platelet rich plasma versus hyaluronic acid for knee osteoarthritis. Clin Rheumatol. 1 feb 2025;44:547-71. doi:10.1007/s10067-024-07264-0

7.Lin F, Zhang X, Cui C. Mesenchymal stem cells and platelet rich plasma therapy for knee osteoarthritis: an umbrella review of systematic reviews with meta-analysis. AnnSaudi Med. junio de 2024;44(3):195-211. doi:10.5144/0256-4947.2024.195

8.Rodriguez-García SC, Castellanos-Moreira R, Uson J, Naredo E, O'Neill TW, Doherty M, et al. Efficacy and safety of intra-articular therapies in rheumatic and musculoskeletal diseases: an overview of systematic reviews. RMD Open. 8 de junio de 2021;7:e001658. doi:10.1136/rmdopen-2021-001658

9. Xing D, Wang B, Zhang W, Yang Z, Hou Y, Chen Y, et al. Intra-articular platelet-rich plasma injections for knee osteoarthritis: An overview of systematic reviews and risk of bias considerations. Int J Rheum Dis. 2017;20:1612-30. doi:10.1111/1756-185X.13233

10. Bard H, Ornetti P, Noël É, Eymard F. Platelet-rich plasma and knee osteoarthritis: A critical overview of the multiple biases and methodological complexity. Joint Bone Spine. 1 de mayo de 2026;93(3):106014. doi:10.1016/j.jbspin.2025.106014

11. Whittle SL, Johnston RV, McDonald S, Worthley D, Campbell TM, Cyril S, et al. Stem cell injections for osteoarthritis of the knee. Cochrane Central Editorial Service, editor. Cochrane Database Syst Rev. 2 de abril de 2025;(4):CD013342. doi:10.1002/14651858.CD013342.pub2

12. Han JH, Jung M, Chung K, Moon HS, Jung SH, Kim SH. Intra-articular Orthobiologics Show Statistically but Not Clinically Meaningful Improvements Compared With Viscosupplementation in Knee Osteoarthritis: A Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Arthroscopy. julio de 2026. doi:10.1002/arj.70411

13. Xu H, Shi W, Liu H, et al. Comparison of hyaluronic acid and platelet-rich plasma in knee osteoarthritis: a systematic review. BMC Musculoskelet Disord. 11 de marzo de 2025;26:236. doi:10.1186/s12891-025-08474-6

14. Li Y feng, Xing H huan, et al. Platelet-Rich Plasma Is More Effective Than Hyaluronic Acid Injections for Osteoarthritis of the Knee: A Meta-analysis Based on Randomized, Double-Blinded, Controlled Clinical Trials. Arthrosc J Arthrosc Relat Surg. 1 de diciembre de 2025;41(12):5304-18. doi:10.1016/j.arthro.2025.06.033

15. Wang C, Yao B. Efficacy and safety of platelet-rich plasma injections for the treatment of knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Eur J Med Res. 17 de octubre de 2025;30:992. doi:10.1186/s40001-025-03253-4

16. Xu B, Huang X, Su X, Fu Y, Feng S, Zhou Y, et al. Leukocyte-rich versus leukocyte-poor platelet-rich plasma and hyaluronic acid for knee osteoarthritis: a systematic review and network meta-analysis. J Orthop Surg. 2 de febrero de 2026;21:222. doi:10.1186/s13018-026-06689-4

17.Bagheri K, Shekhar A, Kwok E, et al. Platelet rich plasma compared to viscosupplementation in the treatment of knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials with 6 month and 12 month follow-up. J Exp Orthop. 2025;12(3):e70335. doi:10.1002/jeo2.70335

18. Hooper N, Shapiro S, Paidsetty V, et al. Platelet-rich plasma outcomes in knee osteoarthritis are associated with the amount of total deliverable platelets: A systematic review and meta-analysis. PM&R. febrero de 2026;18(2):210-22. doi:10.1002/pmrj.13455

19. Yu D, Zhao J, Zhao K. The efficacy of platelet-rich plasma preparation protocols in the treatment of osteoarthritis: a network meta-analysis of randomized controlled trials. J Orthop Surg. 24 de junio de 2025;20:614. doi:10.1186/s13018-025-06026-1

20. Peng YN, Peng YH, Chen JL, Chen CPC. Intraarticular leukocyte-poor platelet-rich plasma injection is more effective than intraarticular hyaluronic acid injection in the treatment of knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of 12 randomized controlled trials. Knee Surg Relat Res. 28 de marzo de 2025;37:15. doi:10.1186/s43019-025-00266-5

21. Park YB, Lee SK, Kim KI, et al. Microfragmented Adipose Tissue as an Alternative to Platelet-Rich Plasma for Intra-articular Injection in Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Am J Sports Med. 1 de diciembre de 2025;53(14):3554-64. doi:10.1177/03635465251337759

22. Zhang J, Guo Y, Lu B, Li G, Li J. Efficacy of ultrasound-guided intra-articular injection in the treatment of knee osteoarthritis in early and middle stages: a network meta-analysis. Front Med. 6 de noviembre de 2025;12:1700950. doi:10.3389/fmed.2025.1700950

23. Fucaloro SP, Bragg J, Berhane M, et al. Complications of Platelet-Rich Plasma Injection for Knee Osteoarthritis Are Similar to Those of Corticosteroids and Hyaluronic Acid but Are Significantly Greater Than Those of Placebo Injections: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Arthroscopy. 2025;41(11):4789-803. doi:10.1016/j.arthro.2025.05.018

24. Nakagawa HF, Kim J, Rabinowitz J, Sussman WI. Assessment of adverse events and safety associated with intra-articular platelet-rich plasma injections compared to other injectates for knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. PM&R. 2026;18(9):1072-84. doi:10.1002/pmrj.70141

25. Centeno CJ, Berger DR, Pelle AJ, Dodson E, Hernigou P, Murphy MB. Autologous platelet-rich plasma versus hyaluronic acid, corticosteroids or saline for knee osteoarthritis: can blood draw volume serve as a proxy for platelet dose? A systematic review and meta-analysis. Int Orthop. mayo de 2026;50(5):981-97. doi:10.1007/s00264-026-06782-7.

26. Peng YN, Huang D, Chou IL, Lew HL. Comparative Clinical Effectiveness of Intra-Articular Leukocyte-Rich Platelet-Rich Plasma and Hyaluronic Acid in Treating Knee Osteoarthritis Pain: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Arch Rehabil Res Clin Transl. 1 de junio de 2026;8(2):100573. doi:10.1016/j.arrct.2025.100573

27. Diaz Haaz DI, Rizo Castro O. Efficacy and Safety of Intra-articular Platelet-Rich Plasma (PRP) Versus Corticosteroid Injections in the Treatment of Knee Osteoarthritis: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. Cureus. 21 de marzo de 2025;17(3):e80948. doi:10.7759/cureus.80948

28. Hohmann E, Keough N, Frank RM, Rodeo SA. Microfragmented Adipose Tissue Has No Advantage Over Platelet-Rich Plasma and Bone Marrow Aspirate Injections for Symptomatic Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Sports Med. marzo de 2025;53(4):988-98. doi:10.1177/03635465241249940

29. An F, Wu H, Wang J, et al. The efficacy and safety of platelet rich plasma and hyaluronic acid in the treatment of knee osteoarthritis: a meta-analysis. Front Surg. 11 de marzo de 2026;13:1725534. doi:10.3389/fsurg.2026.1725534

30. Anitua E, Padilla S, Prado R, et al. Influence of platelet-rich plasma composition on pain and functional performance in knee osteoarthritis: a systematic review and network meta-analysis. Knee Surg Relat Res. 21 de abril de 2026;38:17. doi:10.1186/s43019-026-00318-4

31. Pelluri R, Sridevi B, Guntupalli C, et al. Effect of platelet-rich plasma versus placebo or corticosteroid for knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Clin Orthop Trauma. marzo de 2025;62:102870. doi:10.1016/j.jcot.2024.102870

32. Oka T, Kitagawa T, Nasu T, Kurasawa Y, Kunihara H, Suzuki K, et al. Clinical outcomes of biologic therapies for knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis of studies with ≥12-month follow-up. Mod Rheumatol. septiembre de 2026;36(5):696-704. doi:10.1093/mr/roag010

33. Gupta N, Khatri K, Lakhani A, Dahuja A, Randhawa A, Bansal V, et al. Long-term effectiveness of intra-articular injectables in patients with knee osteoarthritis: a systematic review and Bayesian network meta-analysis. J Orthop Surg. 3 de marzo de 2025;20:227. doi:10.1186/s13018-025-05574-w

34. Pieper D, Antoine SL, Mathes T, Neugebauer EAM, Eikermann M. Systematic review finds overlapping reviews were not mentioned in every other overview. J Clin Epidemiol. 1 de abril de 2014;67(4):368-75. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.11.007

ANEXOS

Anexo 1. Evaluación de calidad de las revisiones con AMSTAR 2

Id Revisión	Items																	Total	Dominios Críticos no cumplidos
	1	2*	3	4*	5	6	7 *	8	9*	9.1	10	11*	12	13 *	14	15 *	16		
Wang, 2025 (15)	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	NA	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Críticamente baja	3
Fucaloro, 2025 (23)	Sí	Sí parcial	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	NA	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	Críticamente baja	4
Pelluri, 2025 (31)	Sí	Sí parcial	Sí	Sí parcial	No	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	NA	No	No	No	No	No	Sí	No	Críticamente baja	3
Xu, 2025 (13)	Sí	No	No	No	No	No	No	Sí parcial	Sí	NA	No	No	No	No	No	No	Sí	Críticamente baja	6
Whittle, 2025 (11)	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NA	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta	0
Park, 2025 (21)	Sí	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	NA	No	No	No	No	No	No	Sí	Críticamente baja	4
Peng, 2025 (20)	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	NA	Sí	No	No	No	No	No	Sí	Críticamente baja	6
An, 2026 (29)	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	NA	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Críticamente baja	5
Hooper, 2026 (18)	Sí	Sí parcial	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí	NA	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Críticamente baja	4

Id Revisión	Items																	Total	Dominios Críticos no cumplidos
	1	2*	3	4*	5	6	7 *	8	9*	9.1	10	11*	12	13 *	14	15 *	16		
Li, 2025 (14)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí parcial	Sí	NA	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Críticamente baja	4
Zhang, 2025 (22)	Sí	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí	No	No	Sí parcial	Sí	NA	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Críticamente baja	2
Anitua, 2026 (30)	Sí	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	NA	No	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Críticamente baja	2
Gupta, 2025 (33)	Sí	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	NA	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Críticamente baja	3
Hohmann, 2025 (28)	Sí	No	Sí	No	No	No	No	Sí parcial	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No	No	Críticamente baja	6
Zhao, 2026 (3)	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	NA	No	No	No	No	Sí	No	Sí	Críticamente baja	6
Han, 2026 (12)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí	Sí	NA	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Baja	1
Peng, 2026 (26)	Sí	Sí parcial	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	NA	No	Yes	No	No	No	No	Sí	Críticamente baja	4
Oka, 2026 (32)	No	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	NA	Sí	No	No	Sí	No	Yes	Sí	Críticamente baja	2
Yu, 2025 (19)	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	NA	No	No	No	No	Sí	No	Sí	Críticamente baja	6
Diaz Haaz, 2025 (27)	Sí	No	No	No	No	No	No	No	Sí	NA	No	NA	NA	Sí	No	NA	Sí	Críticamente baja	3

Id Revisión	Items																	Total	Dominios Críticos no cumplidos
	1	2*	3	4*	5	6	7 *	8	9*	9.1	10	11*	12	13 *	14	15 *	16		
Xu, 2026 (16)	Sí	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí	NA	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Críticamente baja	**2**
Bagheri, 2025 (17)	Sí	Sí parcial	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	NA	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Críticamente baja	**2**
Centeno, 2026 (25)	Sí	No	No	No	No	No	No	Sí parcial	Sí	NA	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Críticamente baja	**4**
Nakagawa, 2026 (24)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No	Sí parcial	No	NA	No	No	No	No	No	No	Sí	Críticamente baja	**7**

Nota: *Los números corresponden a los siguientes ítems de AMSTAR 2: 1. La pregunta de investigación y los criterios de inclusión incorporan los componentes PICO; 2. Los métodos se establecieron antes de realizar la revisión y se justificaron las desviaciones importantes del protocolo; 3. Se justificó la selección de los diseños de estudio incluidos; 4. Se utilizó una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva; 5. La selección de los estudios se realizó por duplicado; 6. La extracción de los datos se realizó por duplicado; 7. Se proporcionó una lista de los estudios excluidos y se justificaron las exclusiones; 8. Los estudios incluidos se describieron con suficiente detalle; 9. Se utilizó una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los ensayos clínicos aleatorizados; 9.1. Se utilizó una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios no aleatorizados de intervenciones; 10. Se informaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos; 11. Se utilizaron métodos apropiados para la combinación estadística de los resultados; 12. Se evaluó el posible impacto del riesgo de sesgo de los estudios individuales sobre los resultados del metaanálisis o de otra síntesis; 13. Se consideró el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar y discutir los resultados; 14. Se proporcionó una explicación y discusión satisfactorias de la heterogeneidad observada; 15. Se investigó adecuadamente el sesgo de publicación o efecto de estudios pequeños y se discutió su posible impacto; y 16. Se informaron los posibles conflictos de interés y la financiación recibida para realizar la revisión. El asterisco identifica los dominios críticos de AMSTAR 2: ítems 2, 4, 7, 9, 11, 13 y 15. "Sí parcial" indica que el criterio se cumplió parcialmente y "NA", que no era aplicable. La calidad global se clasificó como alta cuando no se identificaron debilidades o se identificó una sola debilidad no crítica; moderada cuando se identificó más de una debilidad no crítica; baja cuando se identificó una deficiencia crítica, con o sin debilidades no críticas; y críticamente baja cuando se identificó más de una deficiencia crítica, con o sin debilidades no críticas. La última columna presenta el número de dominios críticos incumplidos.*

Interpretación de las categorías de confianza

AMSTAR 2 permite valorar la confianza en los resultados de una revisión a partir de las debilidades de sus métodos, especialmente en los dominios críticos. Las categorías se interpretan de la siguiente manera:

- **Alta:** ninguna debilidad o una debilidad no crítica. La revisión proporciona una síntesis precisa y completa de los estudios disponibles sobre la pregunta de interés.
- **Moderada:** más de una debilidad no crítica, sin deficiencias críticas. La revisión presenta limitaciones metodológicas, pero puede proporcionar una síntesis precisa de los estudios disponibles.
- **Baja:** una deficiencia crítica, con o sin debilidades no críticas. La revisión puede no proporcionar una síntesis suficientemente precisa y completa de los estudios disponibles.
- **Críticamente baja:** más de una deficiencia crítica, con o sin debilidades no críticas. No se debe confiar en que la revisión proporcione una síntesis precisa y completa de los estudios disponibles.

Estas categorías expresan la confianza en los resultados de la revisión y no equivalen a la certeza de la evidencia para cada desenlace.

Anexo 2. Matriz de citación de estudios primarios incluidos en las revisiones sistemáticas

Estudios primarios		Revisión																								
#	Estudio Primario (Apellido, año)	Whittle 2025 (11)	Xu 2025 (13)	Li 2025 (14)	Wang 2025 (15)	Xu 2026 (16)	Bagheri 2025 (17)	Hooper 2026 (18)	Yu 2025 (19)	Peng 2025 (20)	Gupta 2025 (33)	Park 2025 (21)	Zhang 2025 (22)	Fucaloro 2025 (23)	Nakagawa 2026 (24)	Centeno 2026 (25)	Peng 2026 (26)	Diaz Haaz 2025 (27)	Hohmann 2025 (28)	An 2026 (29)	Anitua 2026 (30)	Pelluri 2025 (31)	Han 2026 (12)	Zhao 2026 (3)	Oka 2026 (32)	Total de revisiones en las que se cita
1	Huang 2019		1			1	1	1	1	1	1				1	1		1		1	1	1	1		1	15
2	Filardo 2015		1	1		1	1	1	1		1				1		1			1	1		1			12
3	Lin 2019		1	1		1	1	1	1	1	1									1	1		1		1	12
4	Su 2018		1				1	1	1		1			1	1	1	1			1	1				1	12
5	Buendia Lopez 2018		1			1	1	1	1	1	1				1	1				1	1					11
6	Cole 2017		1	1		1	1	1		1	1					1				1	1		1			11
7	Louis 2018		1	1			1		1	1			1	1	1	1				1	1					11
8	Park 2021		1	1			1	1	1					1	1	1	1				1		1			11
9	Yaradilmis 2020		1				1	1	1						1	1	1			1	1		1		1	11
10	Duymus 2017		1			1	1	1	1		1					1	1				1				1	10
11	Gormeli 2017		1	1		1	1	1									1			1	1		1			9
12	Spaková 2012		1				1	1	1							1	1			1	1		1			9
13	Bansal 2021			1			1	1	1		1					1					1		1			8
14	Cerza 2012		1			1	1	1		1				1		1				1						8

Estudios primarios		Revisión																							
15	Dulic 2021		1				1				1			1	1		1				1		1			8
16	Elksnins Finogejevs 2020										1			1	1	1		1			1	1			1	8
17	Raeissadat 2015		1			1	1				1					1	1				1		1			8
18	Raeissadat 2021		1	1	1			1	1		1					1									1	8
19	Vaquerizo 2013		1	1		1	1			1				1		1					1					8
20	Wang Yc 2022		1		1		1							1	1	1					1		1			8
21	Xu 2021		1					1		1	1			1	1	1					1					8
22	Ahmad 2018		1				1						1			1	1			1			1			7
23	Tschopp 2023		1		1						1			1				1			1		1			7
24	Yu 2018		1	1		1					1				1		1			1						7
25	Baria 2022	1										1	1						1		1			1		6
26	Fossati 2024			1	1						1					1							1		1	6
27	Lisi 2018		1	1							1			1	1								1			6
28	Arliani 2021		1				1									1	1				1					5
29	Joshi Jubert 2017													1	1	1					1	1				5
30	Küçükakkaş 2022		1				1									1	1				1					5
31	Lana 2016		1						1		1			1							1					5
32	Montañez-Heredia 2016		1			1				1					1						1					5
33	Paterson 2016		1	1										1	1		1									5
34	Raeissadat 2017		1				1		1	1										1						5

Estudios primarios		Revisión																							
35	Sánchez 2012		1	1				1		1											1					5
36	Tavassoli 2019		1			1									1		1			1						5
37	Zaffagnini 2022				1							1							1		1			1		5
38	Anz 2020	1			1																1		1			4
39	Dallo 2021				1							1							1					1		4
40	Kaszynski 2022											1							1		1			1		4
41	Li 2023							1			1					1					1					4
42	Nunes-Tamashiro 2022										1				1			1			1					4
43	Sdeek 2021		1					1													1		1			4
44	Szwedowski 2022		1											1	1	1										4
45	Wang Z 2022		1												1	1									1	4
46	Forogh 2016															1					1	1				3
47	Kesiktas 2020		1												1		1									3
48	Kon 2011		1														1			1						3
49	Lin 2023				1									1		1										3
50	Nabi 2018												1			1						1				3
51	Papalia 2016		1												1	1										3
52	Raeissadat 2020								1					1							1					3
53	Shoma 2021						1								1	1										3
54	Uslu Guvendi 2018														1						1	1				3
55	De Menezes Freire 2020																	1				1				2

Estudios primarios		Revisión																								
56	Jalali Jivan 2021							1																	1	2
57	Kumar 2021															1						1				2
58	Malanin 2017															1					1					2
59	Pretorius 2022															1		1								2
60	Say 2013		1							1																2
61	Aakash 2022														1											1
62	Abdulwahab 2024															1										1
63	Acosta-Olivo 2014																				1					1
64	Ahmad 2018 No Verificable					1																				1
65	Annaniemi 2019									1																1
66	Arora 2023															1										1
67	Aslan SG 2024											1														1
68	Babaei-Ghazani A 2018											1														1
69	Babaei-Ghazani A 2019											1														1
70	Barman 2023				1																					1
71	Basnaev 2021						1																			1
72	Chandran 2022															1										1
73	Christin 2022				1																					1
74	Ciapini 2023																				1					1
75	Danieli 2021															1										1
76	Dinesh 2020															1										1
77	Dong 2022		1																							1

Estudios primarios		Revisión																							
78	Dorio 2021											1													1
79	El-Zayat 2022														1										1
80	Ghorbani 2024				1																				1
81	HajiHashemi 2020							1																	1
82	Hegab 2022				1																				1
83	Huang 2022				1																				1
84	Lamo de Espinosa 2021																			1					1
85	Lewis 2022				1																				1
86	Li 2011 No Verificable					1																			1
87	Li 2021													1											1
88	Longjam 2019														1										1
89	Louis 2018 No Verificable					1																			1
90	Malhotra 2025														1										1
91	Mcalindon 2017											1													1
92	Ozcan 2024														1										1
93	Qiao 2024				1																				1
94	Raeissadat Sa 2020						1																		1
95	Rahimzadeh 2018											1													1
96	Ramesh 2019														1										1
97	Rawat 2019														1										1
98	Reyes-Sosa 2020																			1					1

Estudios primarios		Revisión																								
99	Romandini 2024 No Verificable					1																				1
100	Sanchez 2012 No Verificable					1																				1
101	Sathyamurthy 2022															1										1
102	Shaik 2024															1										1
103	Simental-Mendía 2016																				1					1
104	Singh 2024															1										1
105	Srikanth 2023										1															1
106	Swedowski 2022						1																			1
107	Teymouri A 2025												1													1
108	Trueba Vasavilbaso 2017		1																							1
109	Turgut MC 2022																					1				1
110	Uppin 2021															1										1
111	Varun 2018															1										1
112	Wu 2018																				1					1
113	Zhang Y 2018												1													1
TOTAL de estudios primarios por revisión		**2**	**40**	**14**	**15**	**18**	**26**	**20**	**15**	**12**	**22**	**4**	**12**	**17**	**26**	**49**	**17**	**6**	**4**	**16**	**43**	**9**	**18**	**4**	**10**	**419**

***Nota**: Las filas corresponden a 113 estudios primarios distintos que respondieron a la pregunta de la síntesis y las columnas, a las 24 revisiones sistemáticas evaluadas. El valor 1 indica que una revisión incluyó ese estudio primario; una celda vacía indica que no lo incluyó. «Total de revisiones» muestra cuántas revisiones incluyeron cada estudio, mientras que «Total de estudios primarios por revisión» muestra cuántos estudios pertinentes incluyó cada revisión. La matriz registra 419 menciones de estudios primarios; estas no representan 419 estudios independientes, porque un mismo estudio puede aparecer en varias revisiones. La matriz se utilizó para evaluar el solapamiento mediante el área cubierta corregida y el análisis por pares de GROOVE.*

Anexo 3. Matriz de Groove

Revisión	n	Whittle 2025	Xu 2025	Li 2025	Wang 2025	Xu 2026	Bagheri 2025	Hooper 2025	Yu 2025	Peng 2025	Gupta 2025	Park 2025	Zhang 2025	Fucaloro 2025	Nakagawa 2026	Centeno 2026	Peng 2026	Diaz Haaz 2025	Hohmann 2025	An 2026	Anitua 2026	Pelluri 2025	Han 2026	Zhao 2026	Oka 2026
Whittle 2025 (11)	2																								
Xu 2025 (13)	40	0,0																							
Li 2025 (14)	14	0,0	28,6																						
Wang 2025 (15)	15	6,2	5,8	7,4																					
Xu 2026 (16)	18	0,0	28,9	23,1	0,0																				
Bagheri 2025 (17)	26	0,0	46,7	25,0	2,5	29,4																			
Hooper 2026 (18)	20	0,0	36,4	30,8	2,9	26,7	39,4																		
Yu 2025 (19)	15	0,0	31,0	26,1	3,4	17,9	41,4	45,8																	
Peng 2025 (20)	12	0,0	30,0	23,8	0,0	30,4	26,7	28,0	22,7																
Gupta 2025 (33)	22	0,0	31,9	28,6	8,8	25,0	26,3	35,5	32,1	17,2															
Park 2025 (21)	4	20,0	0,0	0,0	11,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0														
Zhang 2025 (22)	12	7,7	4,0	4,0	0,0	0,0	5,6	0,0	3,8	4,3	0,0	6,7													
Fucaloro 2025 (23)	17	0,0	29,5	19,2	10,3	6,1	19,4	12,1	18,5	16,0	21,9	0,0	3,6												
Nakagawa 2026 (24)	26	0,0	40,4	17,6	2,5	15,8	23,8	17,9	20,6	15,2	26,3	0,0	2,7	34,4											
Centeno 2026 (25)	49	0,0	30,9	12,5	6,7	11,7	31,6	23,2	18,5	13,0	20,3	0,0	5,2	20,0	23,0										
Peng 2026 (26)	17	0,0	42,5	19,2	0,0	20,7	38,7	23,3	23,1	0,0	18,2	0,0	3,6	13,3	26,5	15,8									
Diaz Haaz 2025 (27)	6	0,0	4,5	0,0	5,0	4,3	3,2	4,0	5,0	5,9	16,7	0,0	0,0	9,5	10,3	5,8	0,0								
Hohmann 2025 (28)	4	20,0	0,0	0,0	11,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0							
An 2026 (29)	16	0,0	40,0	25,0	0,0	36,0	44,8	38,5	40,9	33,3	22,6	0,0	7,7	10,0	23,5	16,1	37,5	4,8	0,0						
Anitua 2026 (30)	43	4,7	40,7	18,8	7,4	19,6	38,0	34,0	28,9	19,6	32,7	6,8	3,8	25,0	27,8	29,6	22,4	8,9	6,8	20,4					
Pelluri 2025 (31)	9	0,0	2,1	0,0	0,0	3,8	2,9	3,6	4,3	5,0	6,9	0,0	5,0	8,3	12,9	11,5	0,0	25,0	0,0	4,2	10,6				
Han 2026 (12)	18	5,3	34,9	33,3	13,8	20,0	41,9	35,7	26,9	11,1	33,3	0,0	3,4	16,7	18,9	17,5	29,6	9,1	0,0	30,8	32,6	3,8			
Zhao 2026 (3)	4	20,0	0,0	0,0	11,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	6,8	0,0	0,0		
Oka 2026 (32)	10	0,0	16,3	14,3	8,7	12,0	16,1	30,4	31,6	10,0	28,0	0,0	0,0	8,0	16,1	15,7	12,5	14,3	0,0	18,2	12,8	11,8	16,7	0,0	

SOLAPAMIENTO				
Bajo	Moderado	Alto	Muy alto	Total
<5 %	**≥5 % y <10 %**	**≥10 % y <15 %**	**>15%**	**100%**

	CCA (%)	Clase	N (menciones)	r (Primarios distintos)	c (revisiones)
Restringido a nuestra PICO	**11,8**	**alto**	**419**	**113**	**24**

Nota: La matriz se construyó con los ECA pertinentes para la PICO de esta revisión. Las distintas formas de citar un mismo ensayo se armonizaron y verificaron mediante el título del estudio, además de los datos de autor y año. Un análisis económico derivado de un ECA se contó como una mención de ese ensayo; de la revisión Cochrane se incluyeron únicamente los ECA con un brazo de PRP. Las cuatro referencias de Xu et al. (2026) que no pudieron verificarse se conservaron en filas independientes y no se fusionaron con otros ensayos.
El área cubierta corregida (CCA) se calculó como $(N - r)/(r * c - r)$, donde N es el número total de menciones de ECA, r el número de ECA distintos y c el número de revisiones. Para la matriz restringida a la PICO, $N = 419, r = 113\ y\ c = 24$; por tanto, el CCA fue $(419 - 113)/(113 * 24 - 113) = 11.8\%$. Según los puntos de corte de Pieper et al. 2014 (34), este valor indica solapamiento alto. El CCA expresa cuánto se reutilizan los mismos estudios primarios entre revisiones. Los porcentajes de las celdas de la matriz corresponden al solapamiento de cada par de revisiones y se interpretan con la escala de colores indicada en la leyenda.

Interpretación de la matriz de Groove

Cada celda presenta el CCA, expresada como porcentaje, para el par de revisiones que se cruza en la fila y la columna. Los valores más altos indican mayor solapamiento de los estudios primarios. Un valor de 0 % significa que las dos revisiones no comparten estudios, mientras que 100 % indica que incluyen exactamente el mismo conjunto de estudios considerados en esta matriz. Las celdas vacías corresponden a la diagonal o a pares ya presentados en la otra mitad de la matriz; no representan datos faltantes. La columna n indica el número de estudios primarios de cada revisión incluidos en el análisis.
El solapamiento indica que distintas revisiones utilizan parte de la misma evidencia. Por ello, sus resultados no deben interpretarse como confirmaciones completamente independientes. Este indicador no evalúa la calidad metodológica ni la concordancia de los resultados de las revisiones. El CCA global resume el solapamiento del conjunto, mientras que el análisis por pares permite identificar dónde se concentra.

Anexo 4. Características generales de las revisiones priorizadas

Características generales de las revisiones priorizadas												
Autor, Año **País**	**Población**	**N estudios incluidos en la RS/ N que responden a la pregunta PICO (a)**	**Intervención** **Características**	**Comparador**	**Desenlace medido**	**Medición del desenlace:** **Tiempo** **Escala**	**Resultado**					**Evaluación de calidad (a)** **Financiación / CdI**
							Medida del efecto	**Est.**	**IC 95% (Linf-Lsup)**	**Dirección efecto**	**I²**	
Whittle, 2025 (11) *Australia Canadá*	18–80 años; artrosis de rodilla sintomática ≥4 meses; KL 1–3.	25 / 2	PRP LR-PRP; una inyección de 7 mL + fisioterapia estándar por 4 semanas	BMAC autólogo; una inyección IA de 7 mL.	Dolor	Hasta 3 meses WOMAC subescala dolor normalizada de 0–10	DM	0,15	-0,51 a 0,81	Sin diferencia	NA	**Alta** Financiación y CdI: Monash University; becas de investigación de ANZMUSC y The Hospital Research Foundation Group; NHMRC para actividades de Cochrane
	25–75 años; artrosis sintomática ≥6 semanas; KL 1–4; KOOS dolor 20–65.	25 / 2	PRP Una inyección de 8 mL; preparado por doble centrifugación.	MFAT autólogo; una inyección IA de 8 mL.	Dolor	Hasta 3 meses EVA-AVD 0–10	DM	0,5	-0,53 a 1,53	Sin diferencia	NA	
	18–80 años; artrosis de rodilla sintomática ≥4 meses; KL 1–3.	25 / 2	PRP LR-PRP; una inyección de 7 mL + fisioterapia estándar por 4 semanas	BMC autólogo; una inyección IA de 7 mL.	Dolor	>3 a 6 meses WOMAC subescala dolor normalizada de 0–10	DM	-0,75	-1,47 a -0,03	Favorece PRP	NA	
	25–75 años; artrosis sintomática ≥6 semanas; KL 1–4; KOOS dolor 20–65.	25 / 2	PRP Una inyección de 8 mL; preparado por doble centrifugación.	MFAT autólogo; una inyección IA de 8 mL.	Dolor	>3 a 6 meses EVA-AVD 0–10	DM	0,51	-0,56 a 1,58	Favorece PRP	NA	
	18–80 años; artrosis de rodilla sintomática ≥4 meses; KL 1–3.	25 / 2	PRP LR-PRP; una inyección de 7 mL + fisioterapia estándar por 4 semanas	BMC autólogo; una inyección IA de 7 mL.	Dolor	>6 a 12 meses WOMAC subescala dolor normalizada de 0–10	DM	-0,3	-0,96 a 0,36	Sin diferencia	NA	
	18–80 años; artrosis de rodilla sintomática ≥4 meses; KL 1–3.	25 / 2	PRP LR-PRP; una inyección de 7 mL + fisioterapia	BMC autólogo; una inyección IA de 7 mL.	Mejoría funcional	Hasta 3 meses WOMAC subescala función normalizada de	DM	3,97	-2,63 a 10,57	Sin diferencia	NA	

Características generales de las revisiones priorizadas											
			estándar por 4 semanas			0–100					
	25–75 años; artrosis sintomática ≥6 semanas; KL 1–4; KOOS dolor 20–65.	25 / 2	PRP Una inyección de 8 mL; preparado por doble centrifugación.	MFAT autólogo; una inyección IA de 8 mL.	Mejoría funcional	Hasta 3 meses KOOS subescala ADL 0–100	DM	4,6	-2,99 a 12,19	Sin diferencia	NA
	18–80 años; artrosis de rodilla sintomática ≥4 meses; KL 1–3.	25 / 2	PRP LR-PRP; una inyección de 7 mL + fisioterapia estándar por 4 semanas	BMC autólogo; una inyección IA de 7 mL.	Mejoría funcional	>3 a 6 meses WOMAC subescala función normalizada de 0–100	DM	-1,91	-8,93 a 5,11	Sin diferencia	NA
	25–75 años; artrosis sintomática ≥6 semanas; KL 1–4; KOOS dolor 20–65.	25 / 2	PRP Una inyección de 8 mL; preparado por doble centrifugación.	MFAT autólogo; una inyección IA de 8 mL.	Mejoría funcional	>3 a 6 meses KOOS subescala AVD 0–100	DM	1,4	-5,92 a 8,72	Sin diferencia	NA
	18–80 años; artrosis de rodilla sintomática ≥4 meses; KL 1–3.	25 / 2	PRP LR-PRP; una inyección de 7 mL + fisioterapia estándar por 4 semanas	BMC autólogo; una inyección IA de 7 mL.	Mejoría funcional	>6 a 12 meses WOMAC subescala función normalizada de 0–100	DM	-2,2	-9,72 a 5,31	Sin diferencia	NA
	25–75 años; artrosis sintomática ≥6 semanas; KL 1–4; KOOS dolor 20–65.	25 / 2	PRP Una inyección de 8 mL; preparado por doble centrifugación.	MFAT autólogo; una inyección IA de 8 mL.	Evaluación global subjetiva del éxito del tratamiento por los participantes	6 meses PASS ≥84,5 en la KOOS subescala AVD 0–100	RR	0,85	0,60 a 1,19	Sin diferencia	NA
	18–80 años; artrosis de rodilla sintomática ≥4 meses; KL 1–3.	25 / 2	PRP LR-PRP; una inyección de 7 mL + fisioterapia estándar por 4 semanas	BMC autólogo; una inyección IA de 7 mL.	Retirada por eventos adversos	NR Evento dicotómico	RR	NA	NA	NA	NA
	25–75 años; artrosis sintomática ≥6 semanas; KL 1–4;	25 / 2	PRP Una inyección de 8 mL;	MFAT autólogo; una inyección IA de 8 mL.	Retirada por eventos adversos	NR Evento dicotómico	RR	1,45	0,26 a 8,33	Sin diferencia	NA

Características generales de las revisiones priorizadas												
	KOOS dolor 20–65.		preparado por doble centrifugación.									
	Población conjunta de Anz 2020 y Baria 2022; artrosis de rodilla KL 1–4.	25 / 2	PRP Una inyección de 7 u 8 mL, según el estudio.	BMC o MFAT autólogos, según el estudio; una inyección IA.	Eventos adversos graves	NR Evento dicotómico	RR	0,89	0,23 a 3,45	Sin diferencia	NA	
	Población conjunta de Anz 2020 y Baria 2022; artrosis de rodilla KL 1–4.	25 / 2	PRP Una inyección de 7 u 8 mL, según el estudio.	BMC o MFAT autólogos, según el estudio; una inyección IA.	Eventos adversos totales	NR Evento dicotómico	RR	0,89	0,23 a 3,45	Sin diferencia	NA	
	Población conjunta de Anz 2020 y Baria 2022; artrosis de rodilla KL 1–4.	25 / 2	PRP Una inyección de 7 u 8 mL, según el estudio.	BMC o MFAT autólogos, según el estudio; una inyección IA.	Fracaso del tratamiento	NR Reemplazo articular u otra cirugía	RR	1,06	0,27 a 4,35	Sin diferencia	NA	
Park, 2025 (21) *Corea del Sur*	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Dolor	1 mes EVA de 100 mm (0–100 mm)	DM	0	-6,89 a 6,88	Sin diferencia	0 %	**Críticamente baja** Financiación y CdI: no reportada
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Dolor	3 meses EVA de 100 mm (0–100 mm)	DM	-0,82	-6,41 a 4,78	Sin diferencia	0 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Dolor	6 meses EVA de 100 mm (0–100 mm)	DM	5,55	1,20 a 9,90	Favorece MFAT	10 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o	Dolor	12 meses EVA de 100 mm (0–100 mm)	DM	-2,39	-6,94 a 2,15	Sin diferencia	0 %	

Características generales de las revisiones priorizadas

	reportada.		3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	no reportado.								
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Dolor	24 meses EVA de 100 mm (0–100 mm)	DM	4,77	-1,08 a 10,61	Sin diferencia	0 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Dolor	1 mes KOOS subescala de dolor (0–100)	DM	2,67	-8,45 a 13,80	Sin diferencia	81 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Dolor	3 meses KOOS subescala de dolor (0–100)	DM	3,32	-0,66 a 7,29	Sin diferencia	0 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Dolor	6 meses KOOS subescala de dolor (0–100)	DM	3,61	0,31 a 6,91	Favorece MFAT	0 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Dolor	12 meses KOOS subescala de dolor (0–100)	DM	1,65	-1,96 a 5,26	Sin diferencia	0 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única.	Dolor	24 meses KOOS subescala de	DM	2,79	-1,97 a 7,54	Sin diferencia	0 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	estudio. Definición diagnóstica no reportada.		inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.		dolor (0–100)						
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	1 mes KOOS subescala de síntomas (0–100)	DM	4,05	-13,84 a 21,93	Sin diferencia	90 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	3 meses KOOS subescala de síntomas (0–100)	DM	2,37	-1,91 a 6,65	Sin diferencia	9 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	6 meses KOOS subescala de síntomas (0–100)	DM	5,31	1,72 a 8,89	Favorece MFAT	12 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	12 meses KOOS subescala de síntomas (0–100)	DM	3,68	0,33 a 7,02	Favorece MFAT	1 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	24 meses KOOS subescala de síntomas (0–100)	DM	3,22	-1,01 a 7,44	Sin diferencia	0 %	

Características generales de las revisiones priorizadas											
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	1 mes KOOS subescala AVD (0–100)	DM	0,22	-11,60 a 12,04	Sin diferencia	79 %
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	3 meses KOOS subescala AVD (0–100)	DM	1,23	-3,45 a 5,91	Sin diferencia	20 %
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	6 meses KOOS subescala AVD (0–100)	DM	2,75	-3,77 a 9,27	Sin diferencia	72 %
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	12 meses KOOS subescala AVD (0–100)	DM	1,94	-7,69 a 11,57	Sin diferencia	84 %
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	24 meses KOOS subescala AVD (0–100)	DM	11,68	-10,54 a 33,89	Sin diferencia	94 %
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o	Mejoría funcional	1 mes KOOS subescala Deporte (0–100)	DM	-2,04	-12,32 a 8,25	Sin diferencia	50 %

Características generales de las revisiones priorizadas

	reportada.		3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	no reportado.								
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	3 meses KOOS subescala Deporte (0–100)	DM	0,22	-5,47 a 5,90	Sin diferencia	0 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	6 meses KOOS subescala Deporte 0–100)	DM	4,37	-2,02 a 10,75	Sin diferencia	37 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	12 meses KOOS subescala Deporte (0–100)	DM	3,7	-5,46 a 12,85	Sin diferencia	65 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	24 meses KOOS subescala Deporte (0–100)	DM	11,68	-10,54 a 33,89	Sin diferencia	94 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	1 mes KOOS subescala CV (0–100)	DM	-1,97	-11,08 a 7,15	Sin diferencia	66 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única.	Mejoría funcional	3 meses KOOS subescala CV	DM	2,03	-3,35 a 7,41	Sin diferencia	33 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	estudio. Definición diagnóstica no reportada.		inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.		0–100)						
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	6 meses KOOS subescala CV (0–100)	DM	4,74	0,79 a 8,69	Favorece a MFAT; diferencia estadísticamente significativa	0 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	12 meses KOOS subescala CV (0–100)	DM	2,5	-1,90 a 6,90	Sin diferencia	0 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	24 meses KOOS subescala CV (0–100)	DM	4,87	-1,05 a 10,79	Sin diferencia	0 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	3 meses Puntuación subjetiva IKDC (0–100)	DM	1,86	-2,73 a 6,46	Sin diferencia	0 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	6 meses Puntuación subjetiva IKDC (0–100)	DM	4,22	0,40 a 8,03	Favorece MFAT	0 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	12 meses Puntuación subjetiva IKDC (0–100)	DM	2,62	-1,67 a 6,92	Sin diferencia	13 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Mejoría funcional	24 meses Puntuación subjetiva IKDC (0–100)	DM	4,65	-0,10 a 9,40	Sin diferencia	0 %	
	Personas con gonartrosis; gravedad KL 1–4 según el estudio. Definición diagnóstica no reportada.	5/5	PRP autólogo LR o LP; 1–3 inyecciones según el estudio; volúmenes de 3–5 mL. Gobbi 2023 combinó PRP con AH.	MFAT autólogo; sistema Lipogems; inyección IA única. Volumen según estudio: 5–8,2 mL o no reportado.	Dolor o inflamación en el sitio de inyección	Seguimiento no reportado	Proporciones descriptivas	PRP: 12,9 % MFAT: 10,3 %	NR para la comparación	No determinado	NA	
Centeno, 2026 (25) *Estados Unidos Francia*	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4; predominio de casos leves a moderados.	62 / 49	PRP 1–4 inyecciones; 2–10 mL por rodilla y aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.	AH intraarticular; diversos protocolos	Dolor	6 meses EVA (0–10 cm)	DM	-0,72	-1,05 a -0,38	Favorece PRP	94%	**Críticamente baja** Financiación y CdI: Université Paris-Est Créteil financió la publicación en acceso abierto. CJC declara cargos directivos en Regenexx, afiliación con una clínica que ofrece PRP y participación
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4; predominio de casos leves a moderados.	62 / 49	PRP 1–4 inyecciones; 2–10 mL por rodilla y aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.	AH intraarticular; diversos protocolos	Dolor (subgrupo: sangre extraída <40 mL)	6 meses EVA (0–10 cm)	DM	-0,41	-0,89 a 0,06	Sin diferencia	93%	
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4;	62 / 49	PRP 1–4 inyecciones; 2–10	AH intraarticular; diversos protocolos	Dolor (subgrupo: sangre	6 meses EVA	DM	-0,98	-1,42 a -0,54	Favorece PRP	93%	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	predominio de casos leves a moderados.		mL por rodilla y aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.		extraída >40 mL)	(0–10 cm)						como inventor en patentes de Regenexx sobre ortobiológicos. PH es director médico de investigación clínica de Regenexx; DRB, ED y MBM son empleados de la empresa.
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4; predominio de casos leves a moderados.	62 / 49	PRP 1–4 inyecciones; 2–10 mL por rodilla y aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.	AH intraarticular; diversos protocolos	Dolor	12 meses EVA (0–10 cm)	DM	-1,27	-1,77 a -0,77	Favorece PRP	91%	
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4; predominio de casos leves a moderados.	62 / 49	PRP 1–4 inyecciones; 2–10 mL por rodilla y aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.	AH intraarticular; diversos protocolos	Dolor (subgrupo: sangre extraída <40 mL)	12 meses EVA (0–10 cm)	DM	-0,65	-1,42 a 0,11	No hay diferencia	86%	
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4; predominio de casos leves a moderados.	62 / 49	PRP 1–4 inyecciones; 2–10 mL por rodilla y aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.	AH intraarticular; diversos protocolos	Dolor (subgrupo: sangre extraída >40 mL)	12 meses EVA (0–10 cm)	DM	-1,66	-2,18 a -1,14	Favorece PRP	87%	
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4; predominio de casos leves a moderados.	62 / 49	PRP 1–4 inyecciones; 2–10 mL por rodilla y aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.	AH intraarticular; diversos protocolos	Función y síntomas	6 meses WOMAC total (0–96)	DM	-5,63	-9,09 a -2,16	Favorece PRP	99%	
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4;	62 / 49	PRP 1–4 inyecciones; 2–10	AH intraarticular; diversos protocolos	Función y síntomas (subgrupo:	6 meses WOMAC total	DM	-1,21	-5,49 a 3,07	Sin diferenciae stadísticam	99%	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	predominio de casos leves a moderados.		mL por rodilla y aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.		sangre extraída <40 mL)	(0–96)				ente significativa		
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4; predominio de casos leves a moderados.	62 / 49	PRP 1–4 inyecciones; 2–10 mL por rodilla y aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.	AH intraarticular; diversos protocolos	Función y síntomas (subgrupo: sangre extraída >40 mL)	6 meses WOMAC total (0–96)	DM	-10,13	-14,48 a -5,79	Favorece PRP	98%	
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4; predominio de casos leves a moderados.	62 / 49	PRP 1–4 inyecciones; 2–10 mL por rodilla y aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.	AH intraarticular; diversos protocolos	Función y síntomas	12 meses WOMAC total (0–96)	DM	-9,86	-12,82 a -6,91	Favorece PRP	94%	
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4; predominio de casos leves a moderados.	62 / 49	PRP 1–4 inyecciones; 2–10 mL por rodilla y aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.	AH intraarticular; diversos protocolos	Función y síntomas (subgrupo: sangre extraída <40 mL)	12 meses WOMAC total (0–96)	DM	-10,83	-18,70 a -2,96	Favorece PRP	93%	
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4; predominio de casos leves a moderados.	62 / 49	PRP 1–4 inyecciones; 2–10 mL por rodilla y aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.	AH intraarticular; diversos protocolos	Función y síntomas (subgrupo: sangre extraída >40 mL)	12 meses WOMAC total (0–96)	DM	-8,77	-11,03 a -6,51	Favorece PRP	86%	
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4;	62 / 49	PRP 1–3 inyecciones; 3–8	AH intraarticular; diversos protocolos	Dolor	6 meses EVA (0–10 cm)	DM	-1,52	-2,04 a -1,01	Favorece PRP	92%	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	predominio de casos leves a moderados.		mL por aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.									
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4; predominio de casos leves a moderados.	62 / 49	PRP 1–3 inyecciones; 3–8 mL por aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.	Corticosteroides IA; protocolo específico no detallado.	Dolor	12 meses EVA (0–10 cm)	DM	-2,99	-3,21 a -2,78	Favorece PRP	0%	
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4; predominio de casos leves a moderados.	62 / 49	PRP 1–3 inyecciones; 3–8 mL por aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.	Corticosteroides IA; protocolo específico no detallado.	Función y síntomas	6 meses WOMAC total (0–96)	DM	-6,04	-10,17 a -1,90	Favorece PRP	93%	
	Adultos con OA de rodilla unilateral o bilateral, KL 1–4; predominio de casos leves a moderados.	62 / 49	PRP 1–3 inyecciones; 3–8 mL por aplicación. Preparación y composición variables entre estudios.	Corticosteroides IA; protocolo específico no detallado.	Función y síntomas	12 meses WOMAC total (0–96)	DM	-17,45	-22,63 a -12,26	Favorece PRP	86%	
Han, 2026 (12) *Corea del Sur*	Adultos (≥18 años) con artrosis de rodilla confirmada radiográficamente; grados KL 1–4.	24 / 18	PRP autólogo Preparado con distintos métodos de separación plaquetaria; una aplicación IA. Tipo y volumen variables o no reportados.	AH; una aplicación IA. Características del producto no NR.	Dolor	3 meses EVA; WOMAC dolor; KOOS dolor	DME	-0,42	-0,83 a -0,01	Favorece PRP; no alcanza la DMCI.	NR	**Baja** Financiación y CdI: NR
	Adultos (≥18 años) con artrosis de rodilla confirmada radiográficamente; grados KL 1–4.	24 / 18	PRP autólogo Preparado con distintos métodos de separación plaquetaria; una	AH; una aplicación IA. Características del producto no NR.	Dolor	6 meses EVA; WOMAC dolor; KOOS dolor	DME	-0,25	-0,48 a -0,02	Favorece PRP; no alcanza la DMCI.	NR	

Características generales de las revisiones priorizadas											
			aplicación IA. Tipo y volumen variables o no reportados.								
	Adultos (≥18 años) con artrosis de rodilla confirmada radiográficamente; grados KL 1–4.	24 / 18	PRP autólogo Preparado con distintos métodos de separación plaquetaria; una aplicación IA. Tipo y volumen variables o no reportados.	AH; una aplicación IA. Características del producto no NR.	Dolor	12 meses EVA; WOMAC dolor; KOOS dolor	DME	-0,36	-0,67 a -0,05	Favorece PRP; no alcanza la DMCI.	NR
	Adultos (≥18 años) con artrosis de rodilla confirmada radiográficamente; grados KL 1–4.	24 / 18	PRP autólogo Preparado con distintos métodos de separación plaquetaria; una aplicación IA. Tipo y volumen variables o no reportados.	AH; una aplicación IA. Características del producto no NR.	Mejoría funcional	3 meses WOMAC total, función o rigidez; KOOS actividades diarias	DME	-0,26	-0,51 a -0,01	Favorece PRP; no alcanza la DMCI.	NR
	Adultos (≥18 años) con artrosis de rodilla confirmada radiográficamente; grados KL 1–4.	24 / 18	PRP autólogo Preparado con distintos métodos de separación plaquetaria; una aplicación IA. Tipo y volumen variables o no reportados.	AH; una aplicación IA. Características del producto no NR.	Mejoría funcional	6 meses WOMAC total, función o rigidez; KOOS actividades diarias	DME	-0,27	-0,53 a -0,02	Favorece PRP; no alcanza la DMCI.	NR
	Adultos (≥18 años) con artrosis de rodilla confirmada radiográficamente; grados KL 1–4.	24 / 18	PRP autólogo Preparado con distintos métodos de separación plaquetaria; una aplicación IA. Tipo y volumen variables o no reportados.	AH; una aplicación IA. Características del producto no NR.	Mejoría funcional	12 meses WOMAC total, función o rigidez; KOOS actividades diarias	DME	-0,44	-0,81 a -0,07	Favorece PRP; no alcanza la DMCI.	NR

Características generales de las revisiones priorizadas												
	Adultos (≥18 años) con artrosis de rodilla confirmada radiográficamente; grados KL 1–4.	24 / 18	PRP autólogo Preparado con distintos métodos de separación plaquetaria; una aplicación IA. Tipo y volumen variables o no reportados.	AH; una aplicación IA. Características del producto no NR.	Dolor e edema de la rodilla pos inyección	Tiempo no reportado Evento adverso asociado al procedimiento Reporte descriptivo	Sin MA	NR	NR	NA	NR	
	Adultos (≥18 años) con artrosis de rodilla confirmada radiográficamente; grados KL 1–4.	24 / 18	PRP autólogo Preparado con distintos métodos de separación plaquetaria; una aplicación IA. Tipo y volumen variables o no reportados.	AH; una aplicación IA. Características del producto no NR.	Sinovitis	Tiempo no reportado Evento adverso asociado al procedimiento Reporte descriptivo	Sin MA	NR	NR	NA	NR	
	Adultos (≥18 años) con artrosis de rodilla confirmada radiográficamente; grados KL 1–4.	24 / 18	PRP autólogo Preparado con distintos métodos de separación plaquetaria; una aplicación IA. Tipo y volumen variables o no reportados.	AH; una aplicación IA. Características del producto no NR.	Náuseas / Mareo	Tiempo no reportado Evento adverso asociado al procedimiento Reporte descriptivo	Sin MA	NR	NR	NA	NR	
	Adultos (≥18 años) con artrosis de rodilla confirmada radiográficamente; grados KL 1–4.	24 / 18	PRP autólogo Preparado con distintos métodos de separación plaquetaria; una aplicación IA. Tipo y volumen variables o no reportados.	AH; una aplicación IA. Características del producto no NR.	Muerte asociada a falla cardíaca y cáncer	Tiempo no reportado Evento adverso no asociado al procedimiento Reporte descriptivo	Sin MA	NR	NR	NA	NR	
Zhang, 2025 (22) *China*	Gonartrosis confirmada clínica o radiológicamente; KL 1 a 3 cuando se	14 / 12	PRP intraarticular guiado por ecografía 1–4 aplicaciones según	Comparación directa: AH intraarticular.	Dolor	NR EVA	DME	0,72	-2,03 a 3,47	Sin diferencia	10 %	**Críticamente baja**

Características generales de las revisiones priorizadas												
	informó, o enfermedad leve a moderada.		el estudio.									Financiación y CdI: National Natural Science Foundation of Shandong Province (ZR2022LZY003) y Leading Science and Technology Team–Li Gang (2024sdskctd-02).
	Gonartrosis confirmada clínica o radiológicamente; KL 1 a 3 cuando se informó, o enfermedad leve a moderada.	14 / 12	PRP intraarticular guiado por ecografía 1–4 aplicaciones según el estudio.	Comparación directa: AH intraarticular.	Dolor	NR WOMAC subescala dolor	DME	0,13	-0,54 a 0,80	Sin diferencia	27 %	
	Gonartrosis confirmada clínica o radiológicamente; KL 1 a 3 cuando se informó, o enfermedad leve a moderada.	14 / 12	PRP intraarticular guiado por ecografía 3 aplicaciones cada 4 semanas.	Comparación directa: Corticosteroide IA.	Dolor	NR EVA	DME	0,7	-1,29 a 2,69	Sin diferencia	10 %	
	Gonartrosis confirmada clínica o radiológicamente; KL 1 a 3 cuando se informó, o enfermedad leve a moderada.	14 / 12	PRP intraarticular guiado por ecografía 1–4 aplicaciones según el estudio.	Comparación indirecta en red: Ozono IA	Dolor	NR EVA	DME	0,76	-1,69 a 3,22	Sin diferencia	10 %	
	Gonartrosis confirmada clínica o radiológicamente; KL 1 a 3 cuando se informó, o enfermedad leve a moderada.	14 / 12	PRP intraarticular guiado por ecografía 2 aplicaciones separadas por 4 semanas; 7 mL.	Comparación directa: Dextrosa IA para proloterapia	Dolor	NR EVA	DME	0,33	-0,29 a 0,98	Sin diferencia	10 %	
	Gonartrosis confirmada clínica o radiológicamente; KL 1 a 3 cuando se informó, o enfermedad leve a moderada.	14 / 12	PRP intraarticular guiado por ecografía 2 aplicaciones separadas por 4 semanas; 7 mL.	Comparación directa: Dextrosa IA para proloterapia	Dolor relacionado con la OA de rodilla	NR WOMAC subescala dolor	DME	0,29	-0,49 a 1,09	Sin diferencia	27 %	
	Gonartrosis confirmada clínica o	14 / 12	PRP intraarticular guiado por ecografía	Comparación directa:	Rigidez articular	NR	DME	0,33	-0,17 a 0,84	Sin diferencia	32 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	radiológicamente; KL 1 a 3 cuando se informó, o enfermedad leve a moderada.		2 aplicaciones separadas por 4 semanas; 7 mL.	Dextrosa IA para proloterapia		WOMAC subescala rigidez						
	Gonartrosis confirmada clínica o radiológicamente; KL 1 a 3 cuando se informó, o enfermedad leve a moderada.	14 / 12	PRP intraarticular guiado por ecografía 2 aplicaciones separadas por 4 semanas; 7 mL.	Comparación directa: Dextrosa IA para proloterapia	Estado global de la OA de rodilla	NR WOMAC total	DME	0,38	-0,49 a 1,27	Sin diferencia	40 %	
	Gonartrosis confirmada clínica o radiológicamente; KL 1 a 3 cuando se informó, o enfermedad leve a moderada.	14 / 12	PRP intraarticular guiado por ecografía 1 aplicación.	Comparación directa: MFTA	Dolor	NR como tiempo de medición EVA	DME	-0,03	-1,76 a 1,69	Sin diferencia	10 %	
Anitua, 2026 (30) *España*	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4; Ahlbäck 1–3; ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Dolor	6 meses WOMAC subescala dolor	DM	1,27	0,12 a 2,43	Favorece PRP	88,4 %	**Críticamente baja** Financiación y CdI: sin subvenciones ni apoyo material declarados. Los autores declaran vínculos con BTI Biotechnology Institute.
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4; Ahlbäck 1–3; ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Dolor	12 meses WOMAC subescala dolor	DM	2,39	0,72 a 4,07	Favorece PRP	95,4 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	6 meses WOMAC subescala rigidez	DM	0,35	-0,24 a 0,95	Sin diferencia	93,9 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	12 meses WOMAC subescala rigidez	DM	-0,86	-3,70 a 1,98	Sin diferencia	98,2 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	6 meses WOMAC subescala función	DM	0,73	-3,78 a 5,24	Sin diferencia	98,2 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	12 meses WOMAC subescala función	DM	5,11	-0,03 a 10,25	Sin diferencia	95,4 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Dolor / Mejoría funcional	6 meses WOMAC total	DM	7,66	2,02 a 13,31	Favorece PRP	9403,0 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Dolor / Mejoría funcional	12 meses WOMAC total	DM	12,54	2,52 a 22,56	Favorece PRP	NR	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Dolor	6 meses KOOS subescala dolor	DM	4,8	-8,99 a 18,59	Sin diferencia	NR	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Dolor	12 meses KOOS subescala dolor	DM	0,62	-9,90 a 11,13	Sin diferencia	68,9 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	6 meses KOOS subescala AVD	DM	3,34	-10,36 a 17,04	Sin diferencia	69,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	12 meses KOOS subescala AVD	DM	11,13	3,68 a 18,57	Favorece AH	0,0 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	6 meses KOOS subescala deporte y recreación	DM	-1,25	-17,85 a 15,36	Sin diferencia	58,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	12 meses KOOS subescala deporte y recreación	DM	7,02	-7,25 a 21,29	Sin diferencia	35,5 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	6 meses KOOS subescala síntomas	DM	7,32	-6,38 a 21,02	Sin diferencia	72,5 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	12 meses KOOS subescala síntomas	DM	6,63	-5,67 a 18,92	Sin diferencia	57,5 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	6 meses EVA	DM	0,83	0,19 a 1,47	Favorece PRP	95,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	12 meses EVA	DM	1,4	0,61 a 2,20	Favorece PRP	97,5 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	6 meses Puntaje subjetivo IKDC	DM	-5,63	-9,89 a -1,37	Favorece PRP	69,3 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Mejoría funcional	12 meses Puntaje subjetivo IKDC	DM	-7,26	-10,98 a -3,53	Favorece PRP	0,0 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Dolor / Mejoría funcional	6 meses Índice de Lequesne	DM	2,2	1,47 a 2,93	Favorece PRP	0,0 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AH	Dolor / Mejoría funcional	12 meses Índice de Lequesne	DM	3	-2,54 a 8,54	Sin diferencia	98,4 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Dolor	6 meses WOMAC subescala dolor	DM	4,9	1,91 a 7,89	Favorece PRP	88,4 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Dolor	12 meses WOMAC subescala dolor	DM	1,96	-1,64 a 5,57	Sin diferencia	95,4 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Mejoría funcional	6 meses WOMAC subescala rigidez	DM	1,59	0,00 a -3,19	Sin diferencia	93,9 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Mejoría funcional	12 meses WOMAC subescala rigidez	DM	-0,27	-5,50 a 4,97	Sin diferencia	98,2 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Mejoría funcional	6 meses WOMAC subescala función	DM	9,5	-2,76 a 21,75	Sin diferencia	98,2 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Mejoría funcional	12 meses WOMAC subescala función	DM	3,56	-6,35 a 13,47	Sin diferencia	95,4 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Dolor / Mejoría funcional	6 meses WOMAC total	DM	15,97	-5,49 a 37,43	Sin diferencia	94,0 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Dolor / Mejoría funcional	12 meses WOMAC total	DM	4,75	-23,17 a 32,66	Sin diferencia	98,1 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Dolor	6 meses KOOS subescala dolor	DM	-11,93	-27,11 a 3,24	Sin diferencia	81,5 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Mejoría funcional	6 meses KOOS subescala AVD	DM	-7,02	-18,95 a 4,91	Sin diferencia	69,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Mejoría funcional	6 meses KOOS subescala deporte y recreación	DM	1,8	-10,97 a 14,57	Sin diferencia	58,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Mejoría funcional	6 meses KOOS subescala síntomas	DM	-2,91	-13,40 a 7,59	Sin diferencia	72,5 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Dolor	6 meses EVA	DM	2,54	0,92 a 4,16	Favorece PRP	95,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Dolor	12 meses EVA	DM	1,01	-0,57 a 2,60	Sin diferencia	97,5 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Mejoría funcional	6 meses Puntaje subjetivo IKDC	DM	-21,2	-33,63 a -8,77	Favorece PRP	69,3 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Mejoría funcional	12 meses Puntaje subjetivo IKDC	DM	-22,2	-32,09 a -12,31	Favorece PRP	0,0 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Corticoesteroides	Dolor / Mejoría funcional	6 meses Índice de Lequesne	DM	2,98	2,27 a 3,69	Favorece PRP	0,0 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AINEs	Dolor	6 meses WOMAC subescala dolor	DM	2,01	-0,28 a 4,30	Sin diferencia	88,4 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AINEs	Dolor	12 meses WOMAC subescala dolor	DM	2,66	-0,46 a 5,78	Sin diferencia	95,4 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AINEs	Mejoría funcional	6 meses WOMAC subescala rigidez	DM	1,54	0,43 a 2,65	Favorece PRP	93,9 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AINEs	Mejoría funcional	12 meses WOMAC subescala rigidez	DM	2,47	-2,62 a 7,57	Sin diferencia	98,2 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AINEs	Mejoría funcional	6 meses WOMAC subescala función	DM	3,87	-4,69 a 12,42	Sin diferencia	98,2 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AINEs	Mejoría funcional	12 meses WOMAC subescala función	DM	6,49	-2,21 a 15,19	Sin diferencia	95,4 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AINEs	Dolor / Mejoría funcional	6 meses WOMAC total	DM	3,69	-11,97 a 19,35	Sin diferencia	94,0 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AINEs	Dolor / Mejoría funcional	12 meses WOMAC total	DM	10,43	-14,76 a 35,62	Sin diferencia	98,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AINEs	Dolor	6 meses EVA	DM	1,23	-0,25 a 2,71	Sin diferencia	95,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	AINEs	Dolor	12 meses EVA	DM	1,42	-0,29 a 3,13	Sin diferencia	97,5 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 2–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Ozono	Dolor	6 meses WOMAC subescala dolor	DM	7,09	4,35 a 9,82	Favorece PRP	88,4 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 2–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Ozono	Dolor	12 meses WOMAC subescala dolor	DM	4,59	1,29 a 7,90	Favorece PRP	95,4 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 2–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Ozono	Mejoría funcional	6 meses WOMAC subescala rigidez	DM	2,87	1,60 a 4,15	Favorece PRP	93,9 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 2–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Ozono	Mejoría funcional	12 meses WOMAC subescala rigidez	DM	1,02	-4,09 a 6,13	Sin diferencia	98,2 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 2–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Ozono	Mejoría funcional	6 meses WOMAC subescala función	DM	24,61	14,67 a 34,56	Favorece PRP	98,2 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 2–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Ozono	Mejoría funcional	12 meses WOMAC subescala función	DM	12,04	3,08 a 21,00	Favorece PRP	95,4 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 2–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Ozono	Dolor / Mejoría funcional	6 meses WOMAC total	DM	36,79	17,86 a 55,71	Favorece PRP	94,0 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 2–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Ozono	Dolor / Mejoría funcional	12 meses WOMAC total	DM	21,16	-6,44 a 48,76	Sin diferencia	98,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 2–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Ozono	Dolor	6 meses EVA	DM	3,56	1,78 a 5,35	Favorece PRP	95,1 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 2–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Ozono	Dolor	12 meses EVA	DM	2,35	0,40 a 4,29	Favorece PRP	97,5 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Paracetamol	Dolor	6 meses WOMAC subescala dolor	DM	2,75	-0,79 a 6,28	Sin diferencia	88,4 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Paracetamol	Mejoría funcional	6 meses WOMAC subescala rigidez	DM	0,91	-0,76 a 2,59	Sin diferencia	93,9 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Paracetamol	Mejoría funcional	6 meses WOMAC subescala función	DM	7,04	-6,13 a 20,20	Sin diferencia	98,2 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Paracetamol	Dolor / Mejoría funcional	6 meses WOMAC total	DM	12,64	-11,43 a 36,72	Sin diferencia	94,0 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	Paracetamol	Dolor	6 meses EVA	DM	3,28	5,82 a 0,75	Favorece PRP	95,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 1–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	BMC	Dolor	6 meses WOMAC subescala dolor	DM	1,5	-1,72 a 4,72	Sin diferencia	88,4 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 1–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	BMC	Dolor	12 meses WOMAC subescala dolor	DM	0,6	-3,15 a 4,35	Sin diferencia	95,4 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 1–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	BMC	Mejoría funcional	6 meses WOMAC subescala rigidez	DM	0,2	-1,32 a 1,72	Sin diferencia	93,9 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 1–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	BMC	Mejoría funcional	12 meses WOMAC subescala rigidez	DM	0,5	-5,19 a 6,19	Sin diferencia	98,2 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 1–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	BMC	Mejoría funcional	6 meses WOMAC subescala función	DM	1,3	-10,48 a 13,08	Sin diferencia	98,2 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 1–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	BMC	Mejoría funcional	12 meses WOMAC subescala función	DM	1,5	-9,14 a 12,14	Sin diferencia	95,4 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 1–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	BMC	Dolor / Mejoría funcional	6 meses WOMAC total	DM	3,2	-19,09 a 25,49	Sin diferencia	94,0 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 1–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	BMC	Dolor / Mejoría funcional	12 meses WOMAC total	DM	2,6	-29,26 a 34,46	Sin diferencia	98,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 1–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	BMC	Mejoría funcional	6 meses Puntaje subjetivo IKDC	DM	-1,5	-9,57 a 6,57	Sin diferencia	69,3 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. KL 1–3	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	BMC	Mejoría funcional	12 meses Puntaje subjetivo IKDC	DM	0,6	-2,08 a 3,28	Sin diferencia	88,4 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	MFAT	Dolor	6 meses KOOS subescala dolor	DM	2,07	-9,31 a 13,45	Sin diferencia	81,5 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	MFAT	Dolor	12 meses KOOS subescala dolor	DM	0,24	-7,78 a 8,25	Sin diferencia	NR	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	MFAT	Mejoría funcional	6 meses KOOS subescala AVD	DM	1,39	-6,92 a 9,69	Sin diferencia	69,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	MFAT	Mejoría funcional	12 meses KOOS subescala AVD	DM	2,23	-2,97 a 7,44	Sin diferencia	0,0 %	

Características generales de las revisiones priorizadas											
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	MFAT	Mejoría funcional	6 meses KOOS subescala deporte y recreación	DM	0,62	-10,45 a 11,68	Sin diferencia	58,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasifiicación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	MFAT	Mejoría funcional	12 meses KOOS subescala deporte y recreación	DM	3,18	-6,30 a 12,65	Sin diferencia	35,5 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	MFAT	Mejoría funcional	6 meses KOOS subescala síntomas	DM	3,67	-5,33 a 12,68	Sin diferencia	72,5 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	MFAT	Mejoría funcional	12 meses KOOS subescala síntomas	DM	1,67	-5,88 a 9,22	Sin diferencia	57,5 %	

Características generales de las revisiones priorizadas												
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	MFAT	Dolor	6 meses EVA	DM	-0,34	-1,67 a 0,98	Sin diferencia	95,1 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	MFAT	Dolor	12 meses EVA	DM	0,19	-1,28 a 1,65	Sin diferencia	97,5 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	MFAT	Mejoría funcional	6 meses Puntaje subjetivo IKDC	DM	2,19	-6,19 a 10,57	Sin diferencia	69,3 %	
	OA de rodilla; sin restricción de gravedad. Criterios diagnósticos específicos NR. Clasificación: KL 0–4, Ahlbäck 1–3, ICRS 2–4.	56 / 43	PRP sin activación exógena IA; rico o pobre en leucocitos; 1–3 inyecciones separadas 1–4 semanas; 2–8 mL por aplicación (datos generales de la revisión).	MFAT	Mejoría funcional	12 meses Puntaje subjetivo IKDC	DM	-2,97	-10,45 a 4,52	Sin diferencia	0,0 %	

Características generales de las revisiones priorizadas

(a) Pregunta PICO= Pregunta estructurada con Población, Intervención, Comparador y Desenlace (outcome)
(b) La evaluación de la calidad de las revisiones sistemáticas se hizo con AMSTAR-2
Abreviaturas= Est.: Estimador; IC: Intervalo de confianza; CdI: Conflicto de intereses; KL: Clasificación de Kellgren y Lawrence; PRP: Plasma rico en plaquetas; LR: Plasma rico en plaquetas rico en leucocitos; LP: Plasma rico en plaquetas pobre en leucocitos; BMC o BMAC: Concentrado de médula ósea o concentrado de aspirado de médula ósea; IA: Intraarticular; OA: Osteoartritis; WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (Índice de Osteoartritis de las Universidades de Western Ontario y McMaster); NA: No aplica; MFAT: Tejido adiposo microfragmentado; AH: Ácido hialurónico; DM: Diferencia de medias; EVA: Escala visual análoga; AVD: Actividades de la vida diaria; KOOS: Escala de Resultados de Lesiones de Rodilla y Osteoartritis (Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score); DME: Diferencia de medias estandarizada; IKDC subjective score: Puntuación subjetiva del Comité Internacional de Documentación de la Rodilla (International Knee Documentation Committee); NR: No reportado; DMCI: Diferencia mínima clínicamente importante; MA: Metaanálisis; ICRS: International Cartilage Regeneration and Joint Preservation Society.

Anexo 5. Lista de estudios excluidos y motivo de exclusión

Autor, año	Título	Razón de exclusión
Abu, 2026	Subchondral Knee Injections: A Comprehensive Systematic Review of Current Clinical Outcomes, Safety, and Arthroplasty Delay	Diseño de estudio
Auroux, 2025	Efficacy of intra-articular platelet-rich plasma compared with placebo in knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis	Comparador
Baird, 2025	Most Publications Regarding Platelet-Rich Plasma Use in the Knee Are From Asia, Investigate Injection for Osteoarthritis, and Show Outcome Improvement: A Scoping Review	Diseño de estudio
Bard, 2026	Platelet-rich plasma and knee osteoarthritis: A critical overview of the multiple biases and methodological complexity	Diseño de estudio
Barrigan, 2024	The Effect of Platelet Dose on Outcomes after Platelet Rich Plasma Injections for Musculoskeletal Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis	Fecha
Batista, 2026	Intra-articular adipose-derived cell therapies for knee osteoarthritis: a systematic review of randomized controlled trials	Intervención
Bensa, 2025	Corticosteroids, hyaluronic acid, platelet-rich plasma, and cell-based therapies for knee osteoarthritis - literature trends are shifting in the injectable treatments' evidence: a systematic review and expert opinion	Diseño de estudio
Bensa, 2025	PRP Injections for the Treatment of Knee Osteoarthritis: The Improvement Is Clinically Significant and Influenced by Platelet Concentration: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials.	Comparador
Bensa, 2025	Safety profile comparison of intra-articular corticosteroids, hyaluronic acid, platelet-rich plasma, and cell-based injections for knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis by the ESSKA Orthobiologics Initiative	Diseño de estudio
Berrigan, 2025	A Greater Platelet Dose May Yield Better Clinical Outcomes for Platelet-Rich Plasma in the Treatment of Knee Osteoarthritis: A Systematic Review	Fecha
Boffa, 2025	Corticosteroids versus platelet-rich plasma injections for knee osteoarthritis: Where is there more evidence? A systematic review of 60 years of literature	Diseño de estudio
Bozhokin, 2026	Perspectives for using platelet-rich plasma in the treatment of knee osteoarthritis: Can it be improved through modifications of the protocol?	Diseño de estudio
Chaldis, 2025	The Role of Platelet-Rich Plasma (PRP) in the Treatment of Patellofemoral Arthritis and Anterior Knee Pain: A Systematic Review	Población
Chirari, 2025	Platelet-Based Injections for Knee Osteoarthritis: Do They Work, Are They Safe?	Diseño de estudio
Cusumano, 2026	Navigating the Treatment Gap in Knee Osteoarthritis: A Comparative Review of Intra-Articular Injections, Genicular Nerve Ablation, and Genicular Artery Embolization	Diseño de estudio
Dasdemir, 2026	The effect of combined platelet-rich plasma and exercise on pain and function in knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Comparador
Delgado, 2026	Younger age and platelet-rich plasma characteristics influence short-term outcomes in knee osteoarthritis, but independent effects remain uncertain: A systematic review with meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomised trials	Comparador
Du,2025	A meta-analysis and systematic review of the clinical efficacy and safety of platelet-rich plasma combined with hyaluronic acid (PRP+HA) versus PRP monotherapy for knee osteoarthritis (KOA)	Reacted
Dubin, 2024	American Academy of Orthopaedic Surgeons Technology Overview Summary: Platelet-Rich Plasma (PRP) for Knee Osteoarthritis	Fecha
Fattini, 2025	Sex differences in intra-articular treatment outcomes for knee osteoarthritis: Current evidence and research gaps: A systematic review and meta-analysis	Diseño de estudio
Fengzhen, 2026	Efficacy of arthroscopic debridement combined with platelet-rich plasma injection for knee osteoarthritis: An updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Comparador

Autor, año	Título	Razón de exclusión
Formigo-Couceiro, 2025	Clinical guideline for the interventional treatment of gonarthrosis: Consensus and algorithms	Diseño de estudio
Franceschi, 2026	Are orthobiologics a plausible therapeutic option for patello-femoral pathology? A systematic review of clinical and radiological outcomes	Población
Fucaloro, 2025	Complication rates of bone marrow aspirate concentrate injections versus other injectable therapies for knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis	Fecha
Fudalej, 2025	A comprehensive evaluation and meta-analysis of the efficacy of autologous conditioned serum vs platelet-rich plasma in knee osteoarthritis treatment	Diseño de estudio
Fullano, 2026	Statistically Significant Results Favored in Abstracts of Platelet Rich Plasma Treatment of Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Spin Analysis	Diseño de estudio
Glinkowski, 2025	Platelet-Rich Plasma for Knee Osteoarthritis: A Comprehensive Narrative Review of the Mechanisms, Preparation Protocols, and Clinical Evidence	Diseño de estudio
Goh, 2025	Semi-invasive therapies for pain in knee osteoarthritis: A systematic review and network meta-analysis	Fecha
Gonzáles-Sierra, 2026	Efficacy and safety of platelet-rich plasma and hyaluronic acid in knee osteoarthritis: A systematic review of the literature	Diseño de estudio
Gupta, 2024	Platelet Lysate and Osteoarthritis of the Knee: A Review of Current Clinical Evidence	Fecha
Gupta, 2025	Long-term effectiveness of intra-articular injectables in patients with knee osteoarthritis: a systematic review and Bayesian network meta-analysis	Comparador
Ivander, 2024	A comparison of intra-articular hyaluronic acid and platelet-rich plasma for knee osteoarthritis: a systematic review	Fecha
Jawanda, 2024	Platelet-Rich Plasma, Bone Marrow Aspirate Concentrate, and Hyaluronic Acid Injections Outperform Corticosteroids in Pain and Function Scores at a Minimum of 6 Months as Intra-Articular Injections for Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Network Meta-analysis	Fecha
Kaye, 2025	Efficacy of Intra-Articular Platelet-Rich Plasma Injections in Treatment of Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis	Comparador
Khalilizaad, 2025	Comparative efficacy of different doses of platelet-rich plasma injection in the treatment of knee osteoarthritis: a systematic review and network meta-analysis	Comparador
Kotlier, 2024	Randomized Controlled Trials for Platelet-Rich Plasma Use in Knee Osteoarthritis Rarely Report Key Sociodemographic Patient Variables: A Scoping Review	Fecha
Krasselt, 2026	Osteoarthritis: epidemiology, pathophysiology, and conservative treatment options	Idioma
Lameire, 2025	Randomized Controlled Trials Assessing Continuous Outcomes for the Use of Platelet-Rich Plasma in Knee Osteoarthritis Are Statistically Fragile: A Systematic Review	Fecha
Liu, 2025	The efficacy and safety of intra-articular platelet-rich plasma versus sodium hyaluronate for the treatment of osteoarthritis: Meta-analysis	Diseño de estudio
Liu, 2026	Effectiveness of Platelet-Rich Plasma in Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis	Comparador
Luan, 2026	Comparative efficacy of platelet-rich plasma monotherapy versus combination therapies for knee osteoarthritis: a systematic review and network meta-analysis	Comparador
Marchesini, 2026	Medicine regenerative versus steroids: time to reconsider treatment of chronic inflammatory pain	Diseño de estudio
Meena, 2024	Should I add orthobiologics to my knee osteotomy practice? A systematic review	Fecha
Mende, 2024	A Comprehensive Summary of the Meta-Analyses and Systematic Reviews on Platelet-Rich Plasma Therapies for Knee Osteoarthritis	Fecha
Nawaz, 2025	Efficacy of Platelet-Rich Plasma Injections in Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis	Comparador
Oeding, 2024	Platelet-Rich Plasma Versus Alternative Injections for Osteoarthritis of the Knee: A Systematic Review and Statistical Fragility Index-Based Meta-analysis of Randomized Controlled Trials	Fecha
Oka, 2025	Effectiveness of combined regenerative medicine and exercise therapy for patients with knee osteoarthritis: a scoping review	Diseño de estudio
Oon, 2024	Intra-articular hyaluronic acid and platelet-rich plasma as monotherapy or combination therapy in knee osteoarthritis?	Diseño de estudio

Autor, año	Título	Razón de exclusión
Patton, 2026	Platelet-rich plasma for treatment of knee osteoarthritis: a narrative review	Diseño de estudio
Piyapanyamongkhon	Clinical Outcomes of Adipose-Derived Cell-Based Therapies Versus Platelet-Rich Plasma in Knee Osteoarthritis: A Systematic Review	Diseño de estudio
Rathod, 2025	Platelet rich plasma applications in orthopedics: A review of recent advances	Diseño de estudio
Richardson, 2025	Spin and reporting bias in the use of platelet-rich plasma for the treatment of knee osteoarthritis	Diseño de estudio
Sahi, 2024	Current state of systematic reviews for platelet-rich plasma use in knee osteoarthritis	Fecha
Simental-Medina, 2025	Influence of platelet count on the clinical effectiveness of platelet-rich plasma in the treatment of knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis	Comparador
Sloviak, 2025	Efficacy of Intra-Articular Platelet-Rich Plasma in Knee Osteoarthritis: a Systematic Review and Meta-Analysis	Idioma
Tanguilig, 2024	Platelet-Rich Plasma for Knee and Hip Osteoarthritis Pain: A Scoping Review	Fecha
Tomaszewski, 2026	Platelet-rich plasma plus hyaluronic acid vs platelet-rich plasma intra-articular injections for knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis	Comparador
Valtetsiotis, 2024	Platelet lysate for the treatment of osteoarthritis: a systematic review of preclinical and clinical studies	Fecha
Ventura-García, 2026	Efficacy and Safety of Platelet-Rich Plasma in Knee Osteoarthritis: Umbrella Meta-Analysis Based on Clinical Evidence, Methodological Quality and Therapeutic Positioning	Diseño de estudio
Vlad, 2024	Addressing Knee Osteoarthritis Pathology Through Platelet-Rich Plasma Treatment: A Comprehensive Review	Fecha
Wang 2024	PLATELET-RICH PLASMA VERSUS CORTICOSTEROID IN THE TREATMENT OF KNEE OSTEOARTHRITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS	Fecha
Yi, 2025	Platelet rich plasma injections for knee osteoarthritis: an overview of systematic reviews	Diseño de estudio
Yudtanahiran, 2025	Intra-articular injections of platelet-rich plasma combined with hyaluronic acid versus platelet-rich plasma alone in the treatment of knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis	Diseño de estudio
Zhang, 2026	Disparities in Evidence and Media Portrayal of Injectable Orthobiologics for Knee Osteoarthritis: A Systematic Review of Randomized Trials and News Media	Intervención
Zhou, 2025	A critical overview of systematic reviews and meta-analyses of intra-articular injection of platelet rich plasma versus hyaluronic acid for knee osteoarthritis	Diseño de estudio

UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803
Facultad de Medicina