

CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"JULIO DÍAZ"***CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTROSIS DE CADERA Y
RODILLA***

Dra. Góngora Cuenca Yolanda Liset *, Dr. Friol González Jesús E. **, Dra. Rodríguez Boza Edith M *** Dr. González Roig Jorge Luis ****, Dra. Castellanos Suárez Marianela ***** , Dr. Álvarez Acosta Reinaldo*****

- * Especialista de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación
- ** Especialista de Primer Grado en Reumatología. Profesor Instructor
- *** Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología
- **** Especialista de Segundo Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Profesor Auxiliar
- ***** Especialista de Primer Grado en M.G.I.
- ***** Especialista de Primer Grado en CRQ

RESUMEN

La Osteoartrosis es la más común de las enfermedades articulares. Es un síndrome anatomoclínico caracterizado por dolor mecánico que con frecuencia se asocia a rigidez y que conduce progresivamente a una pérdida o disminución de la función articular. Siendo una enfermedad que cursa con dolor y limitación funcional progresiva constituye, además de un motivo habitual de consulta médica con los consiguientes elevados costos para su atención y tratamiento, una causa frecuente de deterioro del estilo de vida que influye en la Calidad de Vida del individuo asociada a su salud. Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y observacional para evaluar la Calidad de Vida en pacientes con Osteoartrosis de cadera y rodilla en el Centro Nacional de Rehabilitación "Julio Díaz" en el período comprendido entre enero de 2004 y enero de 2005. Se aplicaron el Índice WOMAC de valoración funcional y la Escala de evaluación de Calidad de Vida denominada EUROQuol-5D. Se realizó análisis cualitativo de los datos por métodos descriptivos e inferenciales empleándose los paquetes estadísticos SPSS, versión 10.0. Como medida de resumen se emplearon los porcentajes. Se determinó además la existencia de asociación entre las escalas empleadas y las variables sociodemográficas a través de la prueba no paramétrica de independencia Chi cuadrado. El nivel de significación preestablecido fue de 0,05.

Las dimensiones más afectadas en cuanto a Calidad de Vida en la Salud fueron movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas y dolor. Ningún paciente refirió estado óptimo de salud. Las variables que influyeron en el estado de salud fueron: sexo, edad, estado civil, nivel de estudio, actividad laboral, residencia, tiempo de diagnóstico, ingreso económico y grado de discapacidad. No hubo diferencias entre la evaluación funcional del examinador y la percepción de los pacientes acerca de su estado de salud.

Palabras claves: osteoartritis, calidad de vida, discapacidad

INTRODUCCIÓN

La Osteoartrosis es la más común de las enfermedades articulares. Es un síndrome anatomoclínico caracterizado por dolor mecánico que con frecuencia se asocia a rigidez y que conduce progresivamente a una pérdida o disminución de la función articular. El término en sí fue descrito por primera vez por el alemán Friedrich Von Muller, aunque hallazgos arqueológicos en momias egipcias y fósiles prehistóricos evidencian que esta enfermedad es tan antigua como varias especies de mamíferos (1).

Está demostrado que la edad es el mayor factor de riesgo para el desarrollo de la Osteoartrosis que aumenta paulatinamente después de los 30 años pudiendo llegar hasta un 80% hacia los 65 años e incluso a un 95% en edades superiores (2). Hasta la quinta década muestra un comportamiento similar en ambos sexos para predominar marcadamente en el sexo femenino por encima de los 60 años, fenómeno probablemente asociado a influencias hormonales (3).

Múltiples factores de riesgo se asocian al progreso de esta enfermedad entre los que se destacan además de la edad y el sexo femenino ya mencionados, la obesidad, los microtraumas repetitivos en la práctica de determinados deportes y el desarrollo de actividades profesionales específicas.

Esta entidad se produce primariamente en articulaciones que soportan peso -como la cadera y la rodilla- aunque puede afectar también la columna vertebral y pequeñas articulaciones de los miembros (4).

La rodilla y la cadera se encuentran entre las articulaciones más frecuentemente afectadas debido a que son sitios expuestos a sobrecarga articular, traumas, alteraciones biomecánicas o infecciones, sin dejar de mencionar el importante papel de la herencia.

Siendo una enfermedad que cursa con dolor y limitación funcional progresiva constituye, además de un motivo habitual de consulta médica con los consiguientes elevados costos para su atención y tratamiento, una causa frecuente de deterioro del estilo de vida (5). Existen estudios que demuestran que en personas con Osteoartrosis sintomática hasta un 50% de ellos sufren algún grado de discapacidad (6).

Los datos demográficos actuales revelan un rasgo peculiar de este siglo en relación con el incremento absoluto y relativo de sexagenarios. Expertos aseguran que al año 2000 arribaron alrededor de 600 millones de personas mayores de 60 años y que para el año 2025, mientras la población mundial se triplicará, el número de personas de la tercera edad crecerá entre 5 y 7 veces (7).

El aumento en la expectativa de vida, fenómeno común a todos los países del mundo, permite afirmar que la incidencia de la Osteoartrosis alcanzará cifras elevadas aún no predecibles.

Esta entidad, toda vez que produce grados variables de afectación que pueden transitar desde sólo dolor y limitación hasta una importante imposibilidad del paciente para realizar sus actividades habituales, influye en la Calidad de Vida del individuo asociada a su salud

pero no deja de afectar otros aspectos más amplios del término que imbrican elementos sociales, familiares y económicos.

La motivación para nuestro estudio surge a partir de los elementos antes mencionados y del conocimiento de que cualquier discapacidad conduce a una afectación de la calidad de vida del paciente teniendo en cuenta que a este término se le adjudican cuatro componentes reconocidos: uno es el estado físico y la capacidad funcional; otro es el estado psicológico y el sentido de bienestar; en tercer lugar las interacciones sociales y los factores económicos; y los factores éticos y de valores, que no por últimos son menos importantes **(8)**.

Los estudios acerca de la Calidad de Vida no datan de muchos años siendo Karnofsky uno de los iniciadores en 1948 con la creación de una medición denominada *status de desempeño* con el cual revolucionó los métodos convencionales para valorar el pronóstico de enfermos terminales. Posteriormente Katz crea, en 1963, el índice de independencia para las actividades de la vida diaria (AVD) **(9)** pero no es hasta 1964 que el término Calidad de Vida fue utilizado por primera vez públicamente por el presidente norteamericano Lyndon B. Jonson teniendo en sus inicios un enfoque básicamente económico.

En la década de los 60 pasó al ámbito de las ciencias humanísticas siendo hasta la actualidad un tema muy controversial **(10)**.

Es un concepto valorativo en el que convergen puntos de vista teóricos, filosóficos y políticos, que parte de proteger al hombre de cuanto pueda dañarlo para establecer mejores condiciones de vida. En Medicina se define como “el equilibrio entre los estados de bienestar y malestar”. Es la percepción del individuo respecto a su posición en la vida en el contexto en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones **(11)**.

A pesar de las numerosas definiciones que existen, aún no hay acuerdo de si la Calidad de Vida debe identificarse solamente a través de indicadores objetivos o subjetivos, lo cual sigue generando múltiples polémicas en los estudiosos del tema.

La UNESCO utiliza el término Calidad de Vida refiriéndose de forma integral a las necesidades humanas, no sólo a un fragmento o parte de ellas. En las sociedades capitalistas industrializadas el crecimiento económico es condición absoluta del progreso social con una meta exclusiva de aumentar el consumismo como sinónimo de bienestar. Pero resulta obvio que existen otras fuentes de felicidad fuera del consumo tales como una familia unida, un entorno protector, un trabajo satisfactorio, el sentimiento de validismo y un medio ambiente sano y bello. Por tanto, el crecimiento económico no necesariamente es equivalente al desarrollo humano. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha propuesto el Índice de Desarrollo Humano (IDH) con los indicadores esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad infantil, educación e ingreso promedio, pero esta propuesta tiene la limitante de que no observa indicadores de gran importancia como son la seguridad, el estado de salud o las escalas de valores.

Algunas condiciones mínimas para una Calidad de Vida digna son:

- Oportunidad de empleo.
- Escolarización.
- Protección a la salud.
- Eliminación de formas de discriminación.
- Protección al ecosistema.
- Sistema de valores.

Para nosotros es indiscutible que cada individuo debe ser considerado la única persona capaz de sopesar las satisfacciones e insatisfacciones de su vida **(12)**.

Los desacuerdos y criterios divergentes que persisten en la conceptualización de la Calidad de Vida son consecuencia de la relativa novedad del término, de su esencia interdisciplinaria así como de la abundante literatura existente sobre este tema **(13)**. El estudio de la morbilidad y el impacto de la enfermedad en el estilo de vida se conocen como medición de la Calidad de Vida.

Muchos expertos coinciden en que no existe un instrumento ideal y único para evaluar todas las aristas de la Calidad de Vida **(14)** a pesar de lo cual son varias las escalas empleadas actualmente con este fin **(15,16)**. De las más conocidas pueden mencionarse el Perfil de Salud de Nottingham diseñado en Gran Bretaña, validado en nuestro idioma, y excelente para medir salud percibida; el Índice de Katz que fue desarrollado básicamente en ancianos con enfermedades crónicas; el Test de Valoración Funcional de Karnofsky; el SF-36, el Sickness Impact Profile y el EUROQuol-5D entre otros muchos.

La Calidad de Vida en la Salud puede adquirir una connotación particular y puede incluir todas las enfermedades y manifestaciones que afecten la salud, constriñan la libertad y dañen la felicidad de las personas. No debe medirse, sino valorarse, pero sólo a partir de la propia actividad humana, su contexto, sus resultados y su percepción individual previamente educada **(17, 18)**.

El impacto de la Calidad de Vida va más allá del impacto de la enfermedad pues debe enfrentar problemas que no constituyen enfermedades como son la vejez, la niñez, las actividades preventivas y de promoción de salud por sólo citar algunos ejemplos.

La evaluación de la Calidad de Vida constituye un reto contemporáneo para cualquier profesional. Nuestro estudio sobrepasa el marco habitual del enfoque curativo o preventivo de la medicina para incluir como meta principal la valoración del bienestar de los pacientes aquejados de Osteoartrosis de cadera y rodilla.

Consideramos que cualquier investigación que se acerque a este tema reviste gran importancia ya que permite valorar el efecto del tiempo y la intensidad con que actúan condiciones específicas de vida, sociales, familiares o personales sobre la salud del individuo o de la comunidad permitiendo así orientar dichas condiciones y establecer

proyectos de intervención. Por lo que nos trazamos como objetivo, evaluar la Calidad de Vida en pacientes con Osteoartrosis de cadera y rodilla integrados a un programa de rehabilitación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y observacional para evaluar la Calidad de Vida en pacientes con Osteoartrosis de cadera y rodilla en el Centro Nacional de Rehabilitación "Julio Díaz" en el período comprendido entre enero de 2004 y enero de 2005.

Universo de Estudio

Estuvo constituido por el total de pacientes con diagnóstico confirmado clínico y radiológico de Osteoartrosis de cadera y rodilla hospitalizados en el centro, así como los que fueron atendidos por consultas de Ortopedia, Fisiatría y Reumatología en el período mencionado. En total representaron 138 pacientes.

Criterios de Inclusión

- ❖ Pacientes con diagnóstico confirmado clínico y radiológico de Osteoartrosis de cadera y rodilla.
- ❖ Edad superior a 40 años.
- ❖ Pacientes que hayan manifestado su consentimiento a participar en el estudio.
- ❖ Pacientes en pleno uso de sus facultades mentales.

Criterios de Exclusión

- ❖ Osteoartrosis de causas secundarias.
- ❖ Pacientes con enfermedades de base descompensadas.
- ❖ Pacientes con enfermedades infecciosas graves, neoplasias u otras que comprometan su estado general.
- ❖ Pacientes con puntuación inferior a 3 en la Escala WOMAC de valoración funcional.

Se realizó una caracterización de la muestra valiéndonos de una Encuesta General empleando la técnica de entrevista estructurada elaborada al efecto por los autores de la investigación la cual se aplicó en la consulta inicial o inmediatamente después del ingreso del paciente.

Asimismo se aplicaron el Índice WOMAC de valoración funcional y la Escala de evaluación de Calidad de Vida denominada EUROQuol-5D. Para el desarrollo de la investigación se realizaron las coordinaciones necesarias con el equipo médico del Servicio de Misceláneas del Centro Nacional de Rehabilitación "Julio Díaz" así como con los diferentes especialistas que participaron en la planificación y ejecución de la recogida de datos, en el análisis de los mismos y en la confección y disseminación de los resultados.

Consideraciones éticas.

Se recogió la aprobación de los pacientes a participar en el estudio en un documento firmado en el cual se plasma la información difundida sobre objetivos, procedimientos y

resultados esperados en la investigación, enfatizando el carácter voluntario de la entrada del paciente a la misma.

Metódica.

Con el propósito de caracterizar a los encuestados según variables epidemiológicas y sociodemográficas fueron valorados los siguientes aspectos:

1. *Edad*: Se tomó la edad en años cumplidos en el momento de la entrevista. Para su posterior análisis se realizó división en grupos decenales.
40-49 años, 50-59 años, 60-69 años, 70-79 años, 80 y más años
2. *Sexo*: Masculino y Femenino
3. *Nivel de estudio*: Se tuvo en cuenta el nivel vencido.
Primaria, Secundaria, Preuniversitario, Universitario
4. *Actividad laboral actual*: Trabaja o no trabaja
5. *Estado civil*: Se recogió sólo la información de si el individuo tenía o no pareja estable.
6. *Lugar de residencia*: Sin especificar el domicilio se anotó sólo si residía en área urbana o rural.
7. *Tiempo de diagnóstico de su enfermedad*: Se tomó en años desde realizado el diagnóstico hasta el momento de la entrevista, operacionalizándose de la forma siguiente:
Menos de 5 años, de 5 a 10 años, más de 10 años.
8. *Ingreso económico*: Percápita mayor de 100 pesos
Percápita menor de 100 pesos
9. *Independencia económica*: Sí, No

Instrumentos aplicados

Indice WOMAC de valoración funcional: Elaborado por Bellamy y colaboradores (19), con mucha utilidad en la osteoartritis de cadera y rodilla. Consta de 24 ítems que exploran tres dimensiones: dolor (5 ítems), rigidez (2 ítems) y grado de dificultad con ciertas actividades físicas (17 ítems). Es un formulario autoadministrable de fácil interpretación, alta fiabilidad y validado en nuestro medio (20)

Cada una de estas dimensiones recibe una puntuación de 0 a 4 puntos según nivel creciente de dificultad siendo el 0 la ausencia del síntoma y el 4 la intensidad máxima del mismo.

Los resultados de esta escala se operacionalizaron de la siguiente forma:

Puntuación de 3 a 7: Discapacidad ligera a moderada.

Puntuación de 8 a 12: Discapacidad severa.

Indice Europeo de Calidad de Vida (EUROQuol-5D): Instrumento que surgió a partir de trabajos de equipos multidisciplinarios de Inglaterra, Finlandia, Holanda, Suecia y Dinamarca. Se diseñó para evaluar la calidad de vida en la salud. Simple, genérico, internacional y estandarizado (21). Está validado al español y explora cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión) generando un total de 243 estados de salud posibles

Se asocia a la *Escala Analógica Visual* en la que el paciente expresa su percepción sobre su estado de salud en los últimos doce meses. Esta escala va del 0 al 100 siendo el 100 el mejor estado de salud y 0 el peor según la autovaloración del paciente (22).

Los resultados obtenidos en el análisis de cada dimensión de esta escala se analizaron según la puntuación obtenida siendo:

- 1- Ausencia de problemas.
- 2- Algunos problemas.
- 3- Severos problemas.

La autoevaluación del paciente respecto a su estado de salud con respecto a los doce meses anteriores se clasificó en:

- Igual
- Mejor
- Peor

Para el mejor análisis de los resultados de la Escala Analógica Visual donde el paciente señaló su estado de salud en el momento de la entrevista en línea graduada del 0 al 100, se realizó la siguiente clasificación:

- De 0 a 30: Mal estado de salud con afectación importante de la calidad de vida.
- De 31 a 60: Moderadas afectaciones del estado de salud.
- De 61 a 90: Ligeras afectaciones del estado de salud con leves implicaciones en la calidad de vida.
- De 91 a 100: Estado óptimo de salud sin afectación de la calidad de vida en lo que a salud se refiere.

Análisis Estadístico

Los resultados de los instrumentos evaluativos aplicados así como los datos obtenidos en la encuesta general fueron almacenados en sistema computarizado creándose una base de datos.

Se efectuó posteriormente el chequeo y revisión de la calidad de los mismos antes de proceder a su procesamiento.

Se realizó análisis cualitativo de los datos por métodos descriptivos e inferenciales empleándose los paquetes estadísticos SPSS, versión 10.0. Como medida de resumen se emplearon los porcentajes. Se determinó además la existencia de asociación entre las escalas empleadas y las variables sociodemográficas a través de la prueba no paramétrica de independencia Chi cuadrado. El nivel de significación preestablecido fue de 0,05.

Los resultados se mostraron en tablas y gráficos para su mejor interpretación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla # 1 – Distribución porcentual de pacientes estudiados de acuerdo a edad y sexo.

Grupos de edad (años)	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
40 – 49	2	8.0	16	14.2
50 – 59	4	16.0	35	30.9
60 – 69	9	36.0	28	24.8
70 – 79	5	20.0	19	16.8
80 o más	5	20.0	15	13.3
Total	25	100	113	100

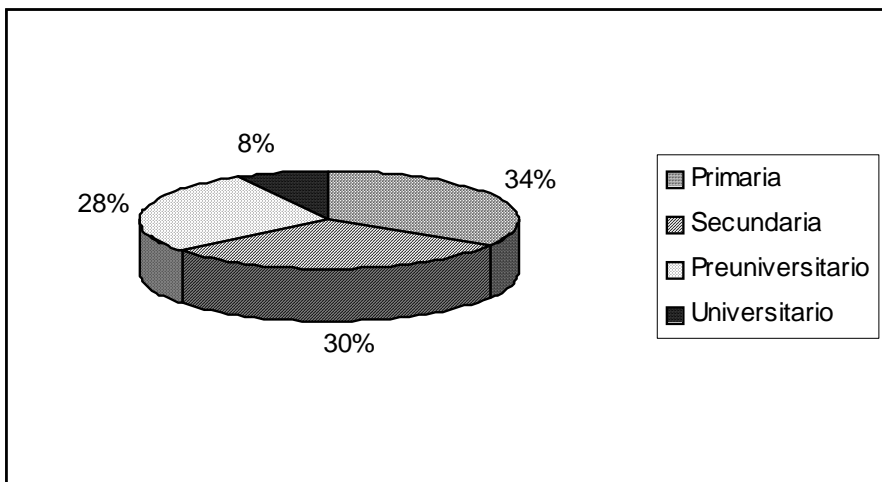
Fuente: Encuesta General

En la tabla anterior se aprecia el marcado predominio del sexo femenino en la muestra estudiada lo cual concuerda con otros estudios sobre osteoartrosis que señalan también una mayor frecuencia de afectación en el sexo femenino sobre todo después de la quinta década de vida **(1)**. Un estudio de prevalencia realizado en Cuba en el año 2000 concluyó que el 2% de la población presentaba esta afección con predominio en mujeres de más de 60 años **(23)**. En Estados Unidos se señala una prevalencia mayor en mujeres de un 37,3% sobre todo a partir de los 55 años aunque otros autores plantean que es a partir de los 45 años **(25, 26)**.

No se encontraron diferencias entre uno y otro sexo en los diferentes grupos de edades. Sin embargo resultó obvio el predominio de esta entidad en edades avanzadas dado que en el grupo de personas menores de 50 años el porcentaje de enfermos resultó de 8% para el sexo masculino y 14,2% en el femenino. En nuestros casos la afección predominó en el grupo de mayores de 50 años con un 85,8% para el sexo femenino y 92% para el masculino al realizar sumatoria de los porcentajes. Otros estudios han reportado un 10% de prevalencia de esta entidad en mayores de 65 años **(24)**. Las estadísticas de Estados Unidos señalan hasta un 58,8% de prevalencia de osteoartrosis en ancianos **(25)**.

El siguiente gráfico muestra con más claridad los resultados obtenidos por grupos de edades.

Gráfico # 1 – Distribución porcentual de acuerdo a nivel de estudios.



En el gráfico No.1 se muestra la distribución de los pacientes estudiados según su nivel vencido de escolaridad y su actividad laboral actual. Se observa que sólo el 8% de la muestra tiene nivel universitario. El 92% restante se encuentra distribuido en los diferentes niveles inferiores de escolaridad no existiendo diferencias estadísticas entre uno y otro. Tampoco en cuanto a vinculación laboral hubo predominio de un grupo sobre otro.

Gráfico # 2. Distribución porcentual de acuerdo a actividad laboral.

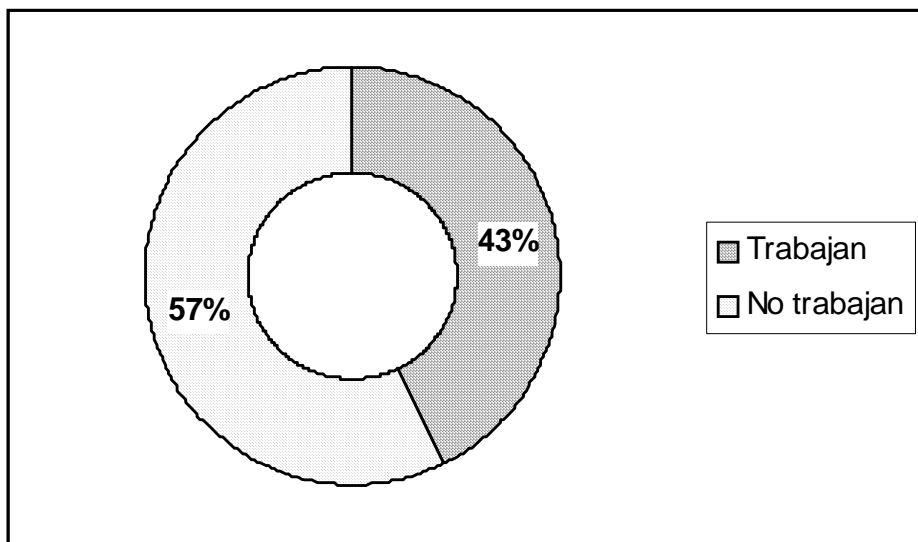


Tabla # 2 - Pacientes estudiados de acuerdo al tiempo de diagnóstico de la enfermedad.

Tiempo de diagnóstico (años)	No.	%
Menos de 5	36	26.1
De 5 a 10	47	34.1
Más de 10	55	39.8
Total	138	100

Fuente: Encuesta General

Tabla # 3 – Pacientes estudiados de acuerdo al nivel de ingreso económico y el grado de independencia económica.

Percápita familiar	Independencia económica				Total	
	Si		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Mayor 100 pesos	83	73.5	7	28.0	90	65.2
Menor 100 pesos	30	26.5	18	72.0	48	34.8
Total	113	100	25	100	138	100

La Tabla No. 2 muestra la distribución de los pacientes según los años de establecido su diagnóstico de osteoartrosis de cadera y rodilla. En ella se observa que el 26,1% tienen menos de 5 años de diagnosticados, el 43,1% entre 5 y 10 años y el 39,8% más de 10 años.

En la Tabla No. 3 vemos que en aquellos pacientes cuyo percápita fue mayor de 100 pesos, el 73,5% refirió independencia económica. Esto no ocurre en los casos con un ingreso inferior donde el 72% refiere depender económicamente de su familia.

Tabla #4 - Función articular de los pacientes estudiados de acuerdo a la Escala WOMAC.

Escala WOMAC	No.	%
De 3 a 7 puntos	24	17.4
De 8 a 12 puntos	114	82.6
Total	138	100

Como puede verse en la tabla anterior al aplicar y analizar la Escala WOMAC de valoración funcional en osteoartrosis, el 82,6% de los pacientes presentaron discapacidad severa. Estos resultados eran esperados si se tiene en cuenta que el 73,9% de los casos

tenían más de 5 años de establecido su diagnóstico tal como se mostró en la Tabla No.2. Estudios realizados en Madrid arrojaron índices de discapacidad de hasta un 50% (20). Se plantea que para el año 2020 más de 60 millones de personas en Estados Unidos padecerán osteoartritis y que, de ellas, 11,6 millones tendrán cierto grado de afectación en sus actividades (27).

Tabla # 5 – Pacientes estudiados según Índice Europeo de Calidad de Vida (EUROQuol-5D).

Dimensiones de EUROQuol	No.	% (n = 138)
Movilidad	1	4.3
	2	81.9
	3	13.8
Cuidado Personal	1	30.4
	2	60.1
	3	9.4
Actividades cotidianas	1	9.4
	2	86.2
	3	4.3
Dolor/ Malestar	1	0.0
	2	47.8
	3	52.2
Ansiedad/ Depresión	1	30.4
	2	34.8
	3	34.8

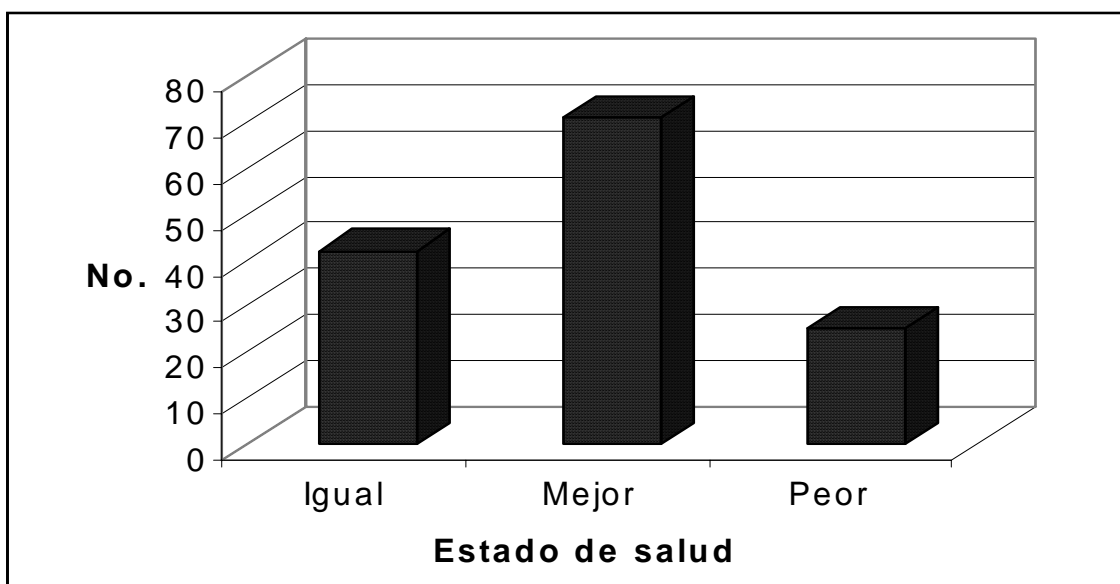
Fuente: EUROQuol-5D

En la tabla anterior se exponen los resultados obtenidos en la aplicación del Índice Europeo de Calidad de Vida. Al analizar las 5 dimensiones evaluadas por separado vemos que en cuanto a movilidad el 81,9% de los pacientes presentaron algunos problemas, el 13,8% severos problemas y sólo el 4,3% manifestó no tener alteraciones en este aspecto. Al encuestar las posibilidades del paciente para efectuar su cuidado personal el 60,1% refirió algunas dificultades y el 9,4% problemas severos. En la dimensión referida al mantenimiento de las actividades cotidianas se muestra un predominio de los pacientes con algunos problemas para un 86,2% siendo insignificantes el resto de los porcentajes. Ningún paciente refirió ausencia de dolor encontrándose porcentajes similares en las otras dos gradaciones de este síntoma. El 69,6% de los encuestados manifestó grados diversos de ansiedad y depresión en contraposición al 30,4% que tuvieron ausencia de esta sintomatología.

En el análisis de esta escala no se encontró ningún caso con estado de salud perfecta. Un estudio similar realizado en el Centro de Rehabilitación y Ortopedia del Distrito Federal de México reporta afectaciones de movilidad en un 66%, del cuidado personal en un 77%, de las actividades cotidianas en el 54%, bajos índices de ansiedad y depresión y hasta un 19% de estados de salud perfecta (22). En otras investigaciones se reportan afectaciones de la movilidad en 44,5% y problemas emocionales en un 3,7% de pacientes con osteoartritis (28).

A continuación se exponen los estados de salud referidos por los encuestados en comparación con los doce meses anteriores a la entrevista.

Gráfico # 3. Distribución de pacientes según estado de salud.



Puede apreciarse que el 30,4% de los pacientes manifestaron mantener igual estado de salud que en los doce meses anteriores a la entrevista. El 18,1% refirió un empeoramiento de sus condiciones mientras que el 51,4% manifestó encontrarse mejor.

Tabla # 6 - Percepción de los pacientes acerca de su estado de salud en los últimos doce meses según escala analógica visual.

Escala	No.	%
0 - 30	32	23.2
31 - 60	29	21.0
61 - 90	66	47.8
91 - 100	11	8.0
Total	138	100

Fuente: E.V.A

En el análisis de la Escala Analógica Visual donde el paciente marca la puntuación que corresponde a su autoapreciación sobre su estado de salud y calidad de vida en el momento actual podemos ver que el 8% se enmarcó en el grupo de 91 a 100 puntos que implica el peor estado de salud; el 23,2% se agrupó entre 0 y 30 puntos con un estado de salud óptimo y el resto de los pacientes se distribuyeron en los grupos restantes sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos, refiriendo grados variables de afectación.

La percepción de la salud desde la perspectiva del paciente resulta ser una medición fiable de la Calidad de Vida siendo de tanta validez como la aplicación por parte del médico de cualquier escala de valoración funcional, tal y como se señala en numerosos estudios (29, 30).

Tabla # 7 - Asociación entre las dimensiones de EUROQuol y la edad de los pacientes estudiados.

Dimensiones de EUROQuol	Grupos de Edad										
	40 – 49 (n = 18)		50 – 59 (n = 39)		60 – 69 (n = 37)		70- 79 (n = 24)		80 o más (n = 20)		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Movilidad*	1	5	27.8	1	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	2	12	66.7	35	89.7	32	86.5	20	83.3	14	70.0
	3	1	5.5	3	7.7	5	13.5	4	16.7	6	30.0
Cuidado* Personal	1	15	83.3	11	28.2	9	24.3	5	20.8	2	10.0
	2	3	16.7	28	71.8	25	67.6	16	66.7	11	55.0
	3	0	0.0	0	0.0	3	8.1	3	12.5	7	35.0
Activ. * cotidianas	1	6	33.3	3	7.7	1	2.7	3	12.5	0	0.0
	2	10	55.6	35	89.7	35	94.6	19	79.2	20	100
	3	2	11.1	1	2.6	1	2.7	2	8.3	0	0.0
Dolor/ * Malestar	1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	2	8	44.4	25	64.1	10	27.0	12	50.0	11	55.0
	3	10	55.6	14	35.9	27	73.0	12	50.0	9	45.0
Ansiedad* Depresión	1	12	66.7	9	23.1	8	21.6	5	20.8	8	40.0
	2	5	27.8	20	51.3	10	27.0	7	29.2	6	30.0
	3	1	5.5	10	25.6	19	51.4	12	50.0	6	30.0
Estado de Salud*	I	4	22.2	2	5.1	17	46.0	13	54.2	6	30.0
	M	12	66.7	31	79.5	15	40.5	4	16.7	9	45.0
	P	2	11.1	6	13.4	5	13.5	7	29.2	5	25.0

* Asociación estadísticamente significativa entre esa dimensión y la edad ($p < 0.05$)

La edad constituyó una variable con elevada influencia en los aspectos explorados en el Índice Europeo de Calidad de Vida tal y como muestra la tabla anterior. Así vemos que los mayores porcentajes de individuos sin afectación de su movilidad física se encontraron entre las edades inferiores a 60 años mientras que el mayor grado de afectación aumenta sus porcentajes con la edad hasta alcanzar un 30% en las personas mayores de 80 años.

De forma similar se comportó el acápito de cuidado personal donde el número mayor de personas sin dificultades se halla entre las edades más jóvenes. Los mayores de 50 años manifestaron grados moderados de afectación y las mayores dificultades para mantener el cuidado personal se encontró entre los mayores de 80 años con un 35%.

En cuanto a las actividades cotidianas los pacientes sin problemas predominaron en las edades de 40 a 49 años (33,3%). Aquellos que presentaron algunas dificultades para la realización de sus actividades diarias aumentaron sus porcentajes con la edad siendo en mayores de 80 años el 100%. Paradójicamente los pacientes con mayores dificultades en esta dimensión se encontraron entre 40 y 49 años con un 11,1%.

El síntoma dolor fue referido por todos los pacientes encontrándose que el dolor moderado predominó en el grupo de 50 a 59 años mientras que el dolor intenso fue en los mayores de 60 años.

La ansiedad y la depresión asociada a la enfermedad se presentaron en grados moderados en las edades más jóvenes mientras que la severidad de estos síntomas aumentó en los grupos de edades mayores de 60 años. Los pacientes entre 40 y 49 años reportaron ausencia de ansiedad y depresión en un 66,7%.

Al analizar la autoapreciación de su Calidad de Vida mediante el estado de salud vemos que por encima de 60 años los porcentajes de pacientes iguales o peor son mayores mientras que los que refieren una mejor calidad de vida en la salud predominan en los grupos de 40 a 49 años (66,7%) y 50 a 59 años (79,5%).

Tabla # 8 - Asociación entre las dimensiones de EUROQuol y actividad laboral de los pacientes estudiados.

Dimensiones de EUROQuol		Actividad Laboral Actual			
		Trabaja (n = 59)		No trabaja (n = 79)	
		No.	%	No.	%
Movilidad *	1	4			
	2	4	6.8	2	2.5
	3	1	69.5	72	91.1
		1	23.7	5	6.3
Cuidado Personal *		4			
	1	2			
	2	3	39.0	19	24.0
	3	2	44.1	57	72.2
Actividades cotidianas		6	16.9	3	3.8
	1	1			
	2	5	8.5	8	10.1
	3	5	84.7	69	87.3
Dolor/ Malestar		0			
	1	2	0.0	0	0.0
	2	3	39.0	43	54.4
	3	3	61.0	36	45.6
Ansiedad/ Depresión		6			
	1	1			
	2	9	32.2	23	29.1
	3	2	35.6	27	34.2
Estado de Salud *		1			
	Igual	1			
	Mejor	9	32.2	29	36.7
	Peor	1			
		9			
		8			
		1			
		2	20.3	30	38.0
		3	66.1	32	40.5
		9	13.6	17	21.5
		8			

* Asociación estadísticamente significativa entre esa dimensión y la actividad laboral ($p < 0.05$)

La vinculación laboral presentó asociación estadísticamente significativa sólo en el aspecto movilidad y cuidado personal. En lo que a movilidad se refiere, los casos que clasificaron

en el grupo 2 con algunos problemas presentaron sus mayores porcentajes entre los individuos desvinculados laboralmente (91,1%).

El grupo 3 con severas afectaciones alcanzó el predominio entre los trabajadores con un 23,7%.

Con respecto al cuidado personal vemos que los pacientes sin problemas predominaron entre los que trabajaban, al igual que aquellos casos con el mayor grado de afectación que también prevaleció en este grupo. Los no trabajadores alcanzaron un 72,2% en el grado 2 con algunos problemas.

El estado de salud muestra que los pacientes vinculados laboralmente mostraron en un 66,1% la clasificación de mejor mientras que en el otro grupo predominaron los clasificados como iguales y peor.

Tabla # 9 - Asociación entre las dimensiones de EUROQuol y tiempo de diagnóstico de los pacientes estudiados.

Dimensiones de EUROQuol		Tiempo de Diagnóstico					
		Menor 5 años (n = 36)		De 5 a 10 años (n = 47)		Mayor 10 años (n = 55)	
		No.	%	No.	%	No.	%
Movilidad *	1	4	11.1	1	2.1	1	1.8
	2	32	88.9	40	85.1	41	74.5
	3	0	0.0	6	12.8	13	23.6
Cuidado * Personal	1	14	38.9	19	40.4	9	16.4
	2	21	58.3	26	55.3	36	65.4
	3	1	2.8	2	4.3	10	18.2
Activ. cotidianas	1	6	16.6	3	6.4	4	7.3
	2	29	80.6	43	91.5	47	85.4
	3	1	2.8	1	2.1	4	7.3
Dolor/ * Malestar	1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	2	33	91.7	28	59.6	5	9.1
	3	3	8.3	19	40.4	50	90.9
Ansiedad/ Depresión	1	14	38.9	12	25.5	16	29.1
	2	10	27.8	18	38.3	20	36.4
	3	12	33.3	17	36.2	19	34.5
Estado de Salud*	Igual	3	8.3	13	27.7	26	47.3
	Mejor	29	80.6	26	55.3	16	29.1
	Peor	4	11.1	8	17.0	13	23.6

* Asociación estadísticamente significativa entre esa dimensión y el tiempo de diagnóstico ($p < 0.05$)

En la tabla anterior vemos como la ausencia de problemas o los grados menores de afectación se presentaron en los casos con menos de 5 años de diagnosticados, mientras que la severidad de las manifestaciones aumentó con el tiempo observándose los mayores

índices entre los casos con más de 10 años de diagnóstico. Esto se observa de forma más marcada en el cuidado personal y en el síntoma dolor.

Así entonces se aprecia que, mientras más tiempo transcurra con la enfermedad la tendencia es a clasificar su estado de salud como igual y peor.

Tabla # 10 - Asociación entre las dimensiones de EUROQuol y el puntaje obtenido en la escala WOMAC.

Dimensiones de EUROQuol		Escala WOMAC			
		3 a 7 puntos (n = 24)		8 a 12 puntos (n = 114)	
		No.	%	No.	%
Movilidad*	1	6	25.0	0	0.0
	2	13	54.2	100	87.7
	3	5	20.8	14	12.3
Cuidado Personal*	1	20	83.3	22	19.3
	2	3	12.5	80	70.2
	3	1	4.2	12	10.5
Actividades cotidianas	1	2	8.3	11	9.6
	2	21	87.5	98	86.0
	3	1	4.2	5	4.4
Dolor/ Malestar *	1	0	0.0	0	0.0
	2	19	79.2	47	41.2
	3	5	20.8	67	58.8
Ansiedad/ Depresión	1	12	50.0	30	26.3
	2	5	20.8	43	37.7
	3	7	29.2	41	36.0
Estado de Salud *	Igual	3	12.5	39	34.2
	Mejor	20	83.3	51	44.7
	Peor	1	4.2	24	21.1

* Asociación estadísticamente significativa entre esa dimensión y el puntaje obtenido en la escala WOMAC ($p < 0.05$)

El 25% de los casos que no presentaron problemas en la movilidad tenían un puntaje bajo en la Escala WOMAC y el 87,7% de los que presentaron algunos problemas tenían de 8 a 12 puntos en dicha escala.

Tanto en el cuidado personal como en el síntoma dolor los mayores porcentajes de afectación coincidieron con los grados más elevados de discapacidad.

Los pacientes que refirieron un mejor estado de salud tenían de 3 a 7 puntos en la escala de valoración funcional para un 83,3% mientras los clasificados como igual y peor tuvieron sus mayores porcentajes entre los de mayor puntuación en la escala de valoración funcional.

Tabla # 11 - Asociación entre la percepción de los pacientes acerca de su estado de salud en los últimos doce meses y puntaje obtenido en la escala WOMAC.

Escala Visual Analógica	WOMAC			
	3 - 7 puntos		8 - 12 puntos	
	No.	%	No.	%
0 - 30	9	37.5	23	20.1
31 - 60	5	20.8	24	21.1
61 - 90	8	33.3	58	50.9
91 - 100	2	8.3	9	7.9
Total	24	100	114	100

$p = 0.279$

No hubo significación estadística en el análisis de la tabla anterior por lo que puede concluirse que el grado de discapacidad recogido por la Escala de Valoración Funcional Womac y la autovaloración de los pacientes sobre su estado de salud coincidió en la mayoría de los casos.

CONCLUSIONES

- La muestra se caracterizó por un predominio de sexo femenino, mayores de 60 años, nivel medio de escolaridad, desvinculación laboral, relación estable de pareja, residencia urbana y nivel adecuado de ingreso económico.
- Predominaron los pacientes con alto grado de discapacidad según la Escala de Valoración Funcional.
- Las dimensiones más afectadas en cuanto a Calidad de Vida en la Salud fueron movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas y dolor.
- Ningún paciente refirió estado óptimo de salud.
- Las variables que influyeron en el estado de salud fueron: sexo, edad, estado civil, nivel de estudio, actividad laboral, residencia, tiempo de diagnóstico, ingreso económico y grado de discapacidad.
- No hubo diferencias entre la evaluación funcional del examinador y la percepción de los pacientes acerca de su estado de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Kelley W. *Textbook of Rheumatology. Chapter 79, Vol 2, Fourth Edition 1993, p 1374-1383.*
2. Salas Siado J. *Osteoarthritis degenerativa. Medyweb. Junio 2001, p.1-4.*
3. Davis M.A., Ettinger W.G., Neuhasus J.M., et al. *Knee osteoarthritis and physical functioning: evidence from the NHANES I epidemiological follow-up study. J Rheumatol 18, 1999: 591.*
4. Jaramillo N. *Formas de artritis: Osteoarthritis. Intellihealth, octubre 2000.*
5. Ojeda León H. *El cuidado de la rodilla. Avances Médicos de Cuba. VIII, No.26, 2001, p 50-51.*
6. Friol J.E. *Osteoarthritis de rodilla. Diplomado de Artroscopía, Hospital Hermanos Ameijeiras, 2001.*
7. *Un mundo que envejece. Datos y cifras. El Correo de la UNESCO, 35(10): 20, octubre, 1982.*
8. Lauciricai C. *Bioética. Revista Centro Juan Pablo Publicación cuatrimestral con licencia eclesiástica. Volumen 3, No.3, Sept.-Dic., 2002.*
9. Quintero Danauy, G. *Calidad de Vida y envejecimiento. Temas de Gerontología. Ed. Científico Técnica, Ciudad Habana, 1996.*
10. *Aspectos bioéticos de la calidad de vida. Colectivo de autores. Cuadernos de Bioética, No.19 (3), 1994.*
11. Lugo J, Bacallao J, Rodríguez G. *Validez de contenido de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Rev. Cubana Oncol 2 (16), 2000: 100-6.*
12. Llanta M, Grau J, Chacón M. *Calidad de vida en oncopediatria: problemas y retos. Rev. Cubana Oncol 2000; 16(3): 198-205.*
13. Prieto, O; Vega, E. *Temas de Gerontología. Editorial Científico Técnica, Ciudad Habana, 1996.*
14. Shag CAC, Ganz PA, Polinsky ML, et al. *Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. J Clin Oncol 1993; 11(4): 783-93.*
15. Lugo J, Barroso M, Fernández L. *Calidad de vida y sus instrumentos de medición: una herramienta en Oncología. Rev. Cubana Oncol 1996; 12(1):1-8.*
16. González Pérezi, U. *El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Rev. Cubana Salud Pública 2002; 28(2).*
17. Obermeyer CM. *The culture context of reproductive health: Implications for monitoring. The Cairo Agenda. Rev. Intern. Fam. Plann. Persp. 1999. Vol.25. Supplement Jan.*
18. San Martín H. *Calidad de Vida. Concepto, representación, medición, importancia en medicina. Epidemiología de la vejez. Ed. Mc Grau Hill Interamericana de España, 1990.*
19. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, et al. *Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically- important patient- relevant outcomes following total hip or knee arthroplasty in an osteoarthritis. J Orthop Rheumatol 1988; 1: 95-108.*
20. García F, Flores M. *Escalas de valoración funcional en gonartrosis. Rehabilitación (Madrid) 1996; 30: 215-219.*

21. EuroQol Group. EuroQol. A new facility for the measurement of health- related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199-208.
22. Serrano MAT, Ramírez PE, Diez GP. Evaluación de la calidad de vida en personas con osteoporosis tratadas en el CNR- Ortopedia. *Rev. Méx. Med Fís. Rehabil* 2001; 13(1): 14-19.
23. Datos Estadísticos del MINSAP. Informe Anual según especialidades, Edit Ciencias Médicas, Ciudad de la Habana, 2000.
24. Cooper C, Cushnaghan J, Kirwan JT et al. Radiographic assessment of the knee joint in osteoarthritis. *An Rheum Dic* 1992; 51: 80-82.
25. Prevalence of Self-Reported Arthritis or Chronic Joint Symptoms Among Adults. United States, *MMWR*, 2002; 51(42): 948-950.
26. Disponible en URL. Arthritis Foundation, abril, 2002.
27. Alvarez López A, Casanova Morote C, García Lorenzo Y. Fisiopatología, clasificación y diagnóstico de la osteoartrosis de rodilla. *Rev. Cubana Ortop y Traumatol*, 2004; 18(1).
28. Praemer A, Furner S, Rice DP. *Musculoskeletal Conditions in the United States*. American Academy of Orthopedic Surgeons; Rosemont, IL, 1999.
29. Leplege A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA* 1997; 278: 47-50.
30. Slevin ML et al. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *BMJ* 1988; 57: 109-12.