



## DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON OSTEOARTRITIS.

### Determination of quality of life related to health in a cohort of patients with osteoarthritis.

Dr. Cristian Danilo Ramos González \*,  
Dra. Ana Cristina Veloz Velín \*,  
Dr. Luis Rodolfo Naranjo Cruz \*\*,  
Dr. Urbano Solís Cartas \*\*.

\* Médico General, posgradistas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

\*\* Especialista de Primer Grado en Reumatología y Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria.

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Chimborazo, Riobamba, Ecuador. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Cristian Danilo Ramos González, Ana Cristina Veloz Velín, Luis Rodolfo Naranjo Cruz y Urbano Solís Cartas (2019): "Determinación de la calidad de vida relacionada con la salud en una cohorte de pacientes con osteoartritis", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (julio 2019). En línea

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/calidad-vida-osteoartritis.html>

#### Resumen

**Introducción:** la osteoartritis es una enfermedad crónica y degenerativa que afecta a personas de cualquier edad y sexo pero que tiene un pico de incidencia por encima de los 60 años de edad. Su expresión clínica se basa fundamentalmente en el proceso degenerativo articular que condiciona la aparición de dolor de tipo mecánico, rigidez variable y múltiples deformidades. Todas estas manifestaciones repercuten negativamente en la capacidad funcional y en la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con esta enfermedad. En la actualidad es considerada como la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y como un importante problema de salud, teniendo en cuenta el crecimiento del envejecimiento poblacional. **Objetivo:** Describir el comportamiento de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de una cohorte de pacientes con osteoartritis. **Metodología:** se realizó una investigación básica, con un diseño descriptivo, corte transversal y enfoque mixto, en la que se determinó la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en un total de 200 pacientes con diagnóstico de osteoartritis según los criterios definidos por el Colegio Americano de Reumatología para las distintas localizaciones de la enfermedad. Se aplicó un cuestionario diseñado específicamente para la investigación y validado por criterios de expertos y dos cuestionarios más. El cuestionario de *Láminas Coop/Wonca* para determinar percepción de calidad de vida y el Cuestionario *Health Assessment Questionnaire* en su versión cubana validada al español. Se utilizó el alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna y la fiabilidad de las láminas *Coop/Wonca* y la prueba de correlación de Pearson para determinar la correlación existente entre los ítems del cuestionario utilizado para determinar calidad de vida.

La entrevista y la revisión documental fueron las técnicas de investigación utilizadas en el estudio. Se tuvieron presentes los elementos éticos descritos en la declaración de Helsinki 2 para investigaciones en seres humanos. **Resultados:** existió una media de edad de  $63,07 \pm 29,07$  con predominio de pacientes entre 60 y 69 años de edad (36 %), seguido de los entre 50 y 59 años y 70 y 79 años (23 %), con un 72,5 % de pacientes femeninas. El tiempo de evolución predominante fue el de 1 a 5 años con un total de 96 pacientes (48,0 %). Existió un elevado por ciento de pacientes con osteoartritis y comorbilidades y hábitos nocivos asociadas (68,0 %); dentro de estas destacaron la presencia de hipertensión arterial (23,0 %), tabaquismo (22,0 %), diabetes mellitus (18,5 %), artritis reumatoide (14,0 %) y obesidad (12,0 %). Existió una disminución considerable de la percepción de calidad de vida, dada por una puntuación global de 20,0; siendo la percepción menor en pacientes masculinos (20,89) que en pacientes femeninas (19,66). Las dimensiones más afectadas de forma general fueron el dolor (3,12) y el estado de salud (2,93); las de menor afectación los sentimientos (2,59) y la forma física (0,79). Las correlaciones de mayor significación fueron entre los sentimiento y la forma física (0,79), actividades sociales y cotidianas (0,76). Todos los pacientes incluidos en la investigación presentaron algún grado de discapacidad, predominando los pacientes con discapacidad moderada (45,0 %). **Conclusiones:** existió una adecuada consistencia interna y fiabilidad de las láminas Coop/Wonca determinada por el alfa de Cronbrach. EL sexo masculino expresó los peores resultados de CVRS, siendo la dimensión individual más afectada el dolor. El incremento de la edad y del tiempo de evolución de la enfermedad; así como la presencia de comorbilidades y la afectación de caderas y rodillas influyeron negativamente en la percepción de calidad de vida. Mientras mayor fue el grado de discapacidad funcional, peor fue la percepción de la calidad de vida de los pacientes con Osteoartritis.

**Palabras claves:** Artritis reumatoide; Calidad de vida; Capacidad funcional; Enfermedad reumática; Factores de riesgo; Osteoartritis.

## Abstracts

**Introduction:** osteoarthritis is a chronic and degenerative disease that affects people of any age and sex but has a peak incidence above 60 years of age. Its clinical expression is fundamentally based on the articular degenerative process that conditions the appearance of mechanical pain, variable stiffness and multiple deformities. All these manifestations negatively affect the functional capacity and the perception of quality of life related to the health of patients with this disease. It is currently considered the fourth cause of disability worldwide and as a major health problem, taking into account the growth of population aging. **Objective:** To describe the behavior of the perception of quality of life related to the health of a cohort of patients with osteoarthritis. **Methodology:** a basic research was carried out, with a descriptive design, cross section and mixed approach, in which the perception of quality of life related to health was determined in a total of 200 patients diagnosed with osteoarthritis according to the criteria defined by the American College of Rheumatology for the different locations of the disease. A questionnaire designed specifically for research was applied and validated by expert criteria and two more questionnaires. The Coop / Wonca sheet questionnaire to determine the quality of life perception and the Health Assessment Questionnaire in its Cuban version validated in Spanish. Cronbach's alpha was used to evaluate the internal consistency and reliability of the Coop / Wonca sheets and the Pearson correlation test to determine the correlation between the items of the questionnaire used to determine quality of life. The interview and the documentary review were the research techniques used in the study. The ethical elements described in the Declaration of Helsinki 2 for human research were taken into account. **Results:** there was an average age of  $63.07 \pm 29.07$  with a predominance of patients between 60 and 69 years of age (36%), followed by those between 50 and 59 years old and 70 and 79 years old (23%), with a 72,5 % of female patients. The predominant evolution time was 1 to 5 years with a total of 96 patients (48.0%). There was a high percentage of patients with osteoarthritis and associated comorbidities and harmful habits (68.0%); Among these, the presence of high blood pressure (23.0%), smoking (22.0%), diabetes mellitus (18.5%), rheumatoid arthritis (14.0%) and obesity (12.0%) stood out. There was a considerable decrease in the perception of quality of life, given by an overall score of 20.0; the perception being lower in male patients (20,89) than in female patients (19,66). The dimensions most affected in a general way were pain (3.12) and health status (2.93); those of less affectation the feelings

(2,59) and the physical form (2,68). The most significant correlations were between feeling and physical form (0.79), social and daily activities (0.76). All the patients included in the research presented some degree of disability, with a predominance of patients with moderate disability (45.0%). Conclusions: there was adequate internal consistency and reliability of the Coop / Wonca sheets determined by the Cronbrach alpha. The male sex expressed the worst results of HRQOL, with the individual dimension being the most affected. The increase of the age and time of evolution of the disease; as well as the presence of comorbidities and the affection of hips and knees negatively influenced the perception of quality of life. The greater the degree of functional disability, the worse was the perception of the quality of life of patients with Osteoarthritis.

**Key words:** Rheumatoid arthritis; Quality of life; Functional capacity; Rheumatic disease; Risk factor's; Osteoarthritis.

## 1.- Introducción

El término de Osteoartritis (OA) 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 (Solis-Cartas, de-Armas-Hernández, Bacallao-Carbonell, 2014; Luna, Aranda, Amorim, 2017).

El American College of Rheumatology (ACR) la define como un grupo heterogéneo de condiciones que conducen a síntomas y signos articulares los cuales se asocian con defectos en la integridad del cartílago articular, además de cambios relacionados con el hueso subcondral y con los márgenes articulares (Solis-Cartas, de-Armas-Hernández, Bacallao-Carbonell, 2014; Luna, Aranda, Amorim, 2017).

Sus cifras de prevalencia varían según la localización geográfica, los distintos grupos étnicos, el sexo, la edad de las poblaciones estudiadas y la articulación afectada. Se calcula que en Estados Unidos cerca de 20 millones de personas están afectadas y dentro de las siguientes dos décadas esta cifra se duplicará con una prevalencia de osteoartritis radiológica superior al 70% en personas de 55 a 74 años (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Arellano-Pérez, Rubén, 2017).

En Cuba la morbilidad por afecciones del sistema osteomioarticular constituye un importante problema de salud. El 16,6% de la población cubana está por encima de los 60 años. La expectativa de vida al nacer alcanza los 78 años y se espera que para el año 2025 la población de la tercera edad represente el 21%. En investigaciones cubanas se ha determinado que, el valor de prevalencia de las enfermedades reumáticas, es del 43,9 %, de las cuales la osteoartritis es la causa más frecuente (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernández, 2013)

La OA se caracteriza por la presencia de dolor mecánico que con frecuencia se asocia a rigidez, el patrón de afección articular está relacionado con el sexo de la persona afecta, en el sexo femenino se afectan fundamentalmente las articulaciones de la mano (interfalángicas distales, proximales, y las trapecio metacarpianas), mientras en el hombre la afectación más frecuente es en las articulaciones coxofemorales (Solis Cartas, Prada Hernández, Crespo Somoza, Gómez Morejón, de Armas Hernández, García González et al. ,2015).

Esta enfermedad conduce progresivamente a una pérdida o disminución de la función articular y constituye un motivo habitual de consulta médica con los consiguientes elevados costos para su atención y tratamiento. Estos elementos, unidos a la atrofia muscular que la acompaña, se asocian a un deterioro importante de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), afectación de la vida laboral y en muchos casos la incapacidad laboral permanente (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernández, 2014).

Existen publicaciones que demuestran que el 50% de las personas con osteoartritis sintomática sufren algún grado de discapacidad. Según EPISER10, las enfermedades crónicas que mayor impacto producen sobre la calidad de vida relacionada con la salud son, por este orden, las enfermedades osteomusculares, las cardiovasculares y las pulmonares (Friol-González, Carnota-Lauzán, Rodríguez-Boza, Campo-Torres, Porro-Novio, 2013; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernández, 2014).

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que experimentan las personas y que representan las sumas de sensaciones subjetivas del «sentirse bien». Es un concepto multidimensional que incluye salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias, relaciones con el ambiente, estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como su situación económica (Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Carta, Molinero-Rodríguez, 2014).

En la actualidad, se asume que el concepto de calidad de vida engloba las dimensiones básicas de bienestar y funcionalismo de las esferas biopsicosociales de la vida humana (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Carta, Molinero-Rodríguez, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016)

El término de calidad de vida, se ha venido aplicando a diversos campos, hasta el punto que hoy se ha convertido en uno de los de mayor uso en el lenguaje común. Se debe considerar como una entidad multidisciplinaria que es aplicable e inherente a todos los temas de la sociedad y del mundo (Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Cartas, Molinero-Rodríguez, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016)

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), pero no es hasta 1964 que el término calidad de vida fue utilizado por primera vez públicamente, por el presidente norteamericano Lyndon B. Jhonson, teniendo en sus inicios un enfoque básicamente económico (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Carta, Molinero-Rodríguez, 2014; Arellano-Pérez, Rubén, 2017).

Desde 1975 se muestra una clara tendencia a relacionar la calidad de vida con la salud. Esta perspectiva es la del estatus funcional, con el tiempo, dejó de convertirse en el hecho principal de estudio espacio que ocupa la medición de la calidad de vida desde la perspectiva de la salud. Actualmente, dicha perspectiva es abordada de una manera más amplia y reconoce que actúa como un elemento más del conjunto que conforman la calidad de vida, es así como se ha llegado a denominar hoy: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (Prada Hernández, Molinero Rodríguez, Gómez Morejón, Hernández Cuellar, Porro Novo, Cabreja Gilberto, et al. 2013; Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Cartas, Molinero-Rodríguez, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016).

La CVRS ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. El término surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, acumulando tanto aspectos objetivos como subjetivos (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016).

Aunque no hay un consenso en su definición, se han desarrollado diversos instrumentos de medición de la calidad de vida relacionada con la salud en diferentes afecciones, entre ellas las enfermedades crónicas y por ende, las enfermedades reumáticas (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013).

Según el campo de estudio que cubren existen instrumentos genéricos y específicos para la medición de la CVRS. El carácter del instrumento será genérico en la medida que incluya la totalidad de las dimensiones que componen la CVRS y permiten comparar estados de salud entre pacientes con diferentes afecciones y distintas co-morbilidades y factores de riesgo asociados. Son aplicables tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes, suelen incluir un amplio espectro de dimensiones de la calidad de vida. Pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los más utilizados son el *Sickness Impact Profile*, el *Nottingham Health Profile (Perfil de Salud de Nottingham)*, el *Short Form (SF-36)*, el *EuroQol-5D* y las *Láminas Coop/Wonca* (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013).

Los *específicos* incluyen dimensiones que se afectan por una enfermedad específica o en un tipo particular de pacientes, incluyen generalmente preguntas sobre el impacto de los síntomas por lo que, es predecible, que presenten mayor sensibilidad al cambio. Entre los instrumentos específicos uno de los más utilizados es el *Health Assessment Questionnaire (HAQ)* (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Friol-González, Carnota-Lauzán, Rodríguez-Boza, Campo-Torres, Porro-Novo, 2013; Prada Hernández, Molinero Rodríguez, Gómez Morejón, Hernández Cuellar, Porro Novo, Cabreja Gilberto, et al., 2013).

La medición de la CVRS es un salto cualitativo a la hora de evaluar la salud de la población, las distintas estrategias terapéuticas en las enfermedades crónicas y la efectividad de las decisiones y su conocimiento es un reto cada vez mayor para cualquier profesional.

Es por esto, que teniendo en cuenta la elevada frecuencia con que se presenta la OA en la población cubana, los distintos grados de discapacidad que genera y la disminución de la percepción de CVRS que produce se decide realizar esta investigación con el objetivo de determinar la percepción de calidad de vida de los pacientes con OA atendidos en el Centro Nacional de Reumatología y su repercusión social.

## **2.- Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Determinar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Osteoartritis en el Centro Nacional de Reumatología en el período de agosto del 2016 a agosto del 2018.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- 1.- Describir los grupos articulares más afectados, comorbilidades y tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes con osteoartritis.
- 2.- Precisar el comportamiento de la CVRS según grupo articular, comorbilidad y tiempo de evolución de los pacientes con OA.
- 3.- Identificar la capacidad funcional de los pacientes con osteoartritis
- 4.- Determinar la relación existente entre CVRS y capacidad funcional de los pacientes con Osteoartritis.

## **3.- Material y Métodos**

### **3.1. Tipo y diseño de la investigación**

Se realizó una investigación básica, no experimental, descriptiva, con el objetivo de evaluar la Calidad de Vida en pacientes que acudieron con diagnóstico de Osteoartritis al servicio de consulta externa del Centro Nacional de Reumatología ubicado en el Hospital HDCQ 10 de Octubre en el período comprendido entre agosto del 2016 –agosto del 2018.

### **3.2. Métodos de investigación**

En la investigación se utilizaron los siguientes métodos de investigación: el histórico lógico, al analítico sintético y el inductivo deductivo.

- Lógico-histórico: permitirá el análisis de los antecedentes del objeto de estudio (CVRS en pacientes con OA), así como los principales factores que influyen en su determinación. Se realiza una simbiosis entre lo histórico y lo lógico ya que se las bases generales de la CVRS y la OA y la relación que existe entre ellas.
- Analítico-sintético: permitirá analizar de forma individual los elementos relacionados con el problema de investigación El estudio individual de estos elementos permitirá, al final de la investigación, realizar conclusiones generales sobre la problemática de estudio.
- Inductivo-deductivo: permite realizar un recorrido de lo general a lo particular relacionado con el problema objeto de estudio y los elementos fundamentales que inciden en su aparición. Todo el análisis resulta en conclusiones que permiten apreciar la magnitud del problema estudiado.

### **3.3. Universo y muestra**

El universo estuvo constituido por la totalidad de pacientes con diagnóstico de OA (según criterios del ACR) que acudieron a consulta externa del servicio de reumatología en el periodo fijado para la investigación.

Para la estimación del tamaño de muestra se tomó la información sobre el total de casos atendidos en consulta externa del centro en 2015, que ascendió a 11651, de los cuales 645 presentaron diagnóstico de Osteoartritis, por lo que la prevalencia (p) es 5.5%. Con esta información, se decidió fijar la confiabilidad al 95% y el error en 5% y se aplicó la fórmula de cálculo del tamaño de muestra para muestreo aleatorio, que se incrementó en un 5%.

La muestra, quedó conformada por 200 pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- 1-Diagnóstico de osteoartritis en las diferentes articulaciones según los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR).
- 2- Pacientes que expresaron de forma escrita en su planilla de consentimiento informado su disposición de participar en el estudio.

Se establecieron los siguientes criterios de exclusión:

- 1-Pacientes con enfermedades crónicas descompensadas.
- 2-Pacientes con trastorno psicótico, neurológico o retraso mental.
- 3-Presencia de un acontecimiento vital estresante (muerte de un familiar / amigo, accidente, divorcio/separación, matrimonio, pérdida de trabajo) en los 30 días previos al estudio.

### 3.4. Operacionalización de variables

De acuerdo a los objetivos propuestos se obtendrán datos de las siguientes variables:

Variables	Tipo	Definición	Escala
Edad	Cuantitativa continua	Años cumplidos en el momento de la recogida de información.	25-49 50-59 60-69 70-79 80 y más
Sexo	Cualitativa dicotómica	Según características fenotípicas diferenciales.	Masculino Femenino
Estado civil	Cualitativa politómica	Según estatus legal de la relación de pareja.	Soltero Casado
Tiempo de evolución	Cuantitativa continua	Años cumplidos desde que le diagnosticaron osteoartritis hasta el momento de la recogida de los datos.	- Menor 1 año - 1 a 5 - Más de 5
Localización de la afección	Cualitativa politómica	Articulación donde predomina la osteoartritis.	Columna Vertebral Mano Cadera Rodilla
Comorbilidad	Cualitativa politómica	Otras enfermedades y hábitos nocivos para la salud presentes en el momento del estudio.	Enfermedades Reumáticas Enfermedades Endocrino metabólicas Otras enfermedades
Capacidad Funcional	Cuantitativa discreta	Evaluación de la capacidad funcional del enfermo. Se refiere al grado de dificultad del paciente para realizar la actividad.	0(Sin dificultad) 1(Con alguna dificultad) 2(Con mucha dificultad) 3(Imposible hacerlo)
Calidad de vida relacionada con la salud	Cualitativa nominal	Evaluación de la capacidad funcional según cuestionario de Láminas Coop/Wonca	No existen puntos de cohorte definidos

En el referente a las comorbilidades se tuvieron presente las siguientes afecciones:

- Enfermedades Reumáticas: Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico, Espondiloartropatías, Miopatías Inflamatorias, Esclerosis Sistémica, Artropatías por depósito de cristales (Gota, Condrocálcinosis).
- Enfermedades Endocrino Metabólicas: Diabetes Mellitus, Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Hiperparatiroidismo, Hipoparatiroidismo, Acromegalia, Obesidad, Síndrome Metabólico, Síndrome de Cushing.
- Otras enfermedades y hábitos nocivos para la salud: Hipertensión Arterial, Asma Bronquial, Cardiopatía Isquémica, Tabaquismo, consumo de cafeína,

### 3.5. Técnicas y procedimientos

A los pacientes que formaron parte de la muestra se les aplicó una serie de instrumentos que nos permitieron obtener información sobre variables sociodemográficas, calidad de vida y capacidad funcional. Estos instrumentos fueron aplicados mediante entrevista con el paciente.

### 3.6. Descripción de los instrumentos

Instrumento de medida de Calidad Vida Relacionada Salud (CVRS)

Para medir la CVRS de la población estudiada se utilizó la versión española validada de las láminas Coop/Wonca por ser un instrumento breve y de sencillo manejo (anexo 4). Las láminas de COOP son una escala general tipo perfil de salud, traducido y validado en castellano, desarrollada originariamente por un grupo de profesionales de atención primaria en EEUU: The Darmonth Primary Care Cooperative Information Proyet of New Hampppshire, con el objetivo de medir los aspectos funcionales de los pacientes en la consulta diaria.

Denominaron a este instrumento COOP charts, obviamente por el nombre del grupo y porque además de la escala mostraba una serie de dibujos, para ilustrar cada una de las posibles opciones de respuesta. Las tres primeras láminas desarrolladas por el grupo se centran en la función física, emocional, y el trabajo diario o rol específico del paciente y comprende 9 escalas distintas de un único ítem. Cada una de las escalas presenta un título y plantea una pregunta

que hace referencia a lo sucedido en o durante las cuatro últimas semanas. Su puntuación se realiza con una escala tipo Likert (de 1–5 puntos) que valora la CVRS en sentido inverso, es decir a más puntuación peor percepción, siendo la mínima puntuación posible 9 puntos y la máxima 45 puntos (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez; 2013; Prada Hernández, Molinero Rodríguez, Gómez Morejón, Hernández Cuellar, Porro Novo, Cabreja Gilberto, et al., 2013; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014)

Los títulos de las dimensiones son: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida en general.

En 1998 basándose en la naturaleza del instrumento y los datos psicométricos publicados, la WONCA seleccionó este cuestionario como el más adecuado para llevar a cabo un sistema de medición del estado funcional a nivel internacional. Se decidió revisar entonces las Láminas de COOP ampliamente y se eliminaron las correspondientes al apoyo social y calidad de vida y se dejó la del dolor como opcional, además que el tiempo de referencia de las cuestiones de cuatro semanas pasó a dos. El nuevo instrumento se denominó Láminas COOP/WONCA Charts, para diferenciarlos de los originales COOP Charts (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016; Prada Hernández, Molinero Rodríguez, Gómez Morejón, Hernández Cuellar, Porro Novo, Cabreja Gilberto, et al., 2013; Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Cartas, Molinero-Rodríguez, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014).

Así de esta forma las COOP/WONCA Charts constituyen un nuevo instrumento, considerándose como un instrumento genérico, breve y eficiente.

El cuestionario COOP/WONCA elegido para este trabajo, está formado por siete láminas con cinco viñetas cada una, indicativas de las actividades que inciden en la calidad de vida relacionada con la salud. En el encabezado de cada una se formula una pregunta sencilla y el paciente debe mirar las viñetas, para señalar la que subjetivamente, considere que responda mejor a la pregunta del encabezamiento (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016; Prada Hernández, Molinero Rodríguez, Gómez Morejón, Hernández Cuellar, Porro Novo, Cabreja Gilberto, et al., 2013; Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Cartas, Molinero-Rodríguez, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014).

En diferentes estudios las láminas Coop/Wonca han demostrado tener validez y una moderada sensibilidad al cambio. Dado que el cuestionario presenta, una aceptable consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,82 para 9 ítems y una estructura unifactorial para 6, 7º de 9 ítems. Es factible la utilización de un índice total de COOP/WONCA que se obtiene de la suma de cada una de las viñetas, aunque no tiene establecido un punto de corte de normalidad ni graduación de la medida (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Prada Hernández, Molinero Rodríguez, Gómez Morejón, Hernández Cuellar, Porro Novo, Cabreja Gilberto, et al., 2013; Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Carta, Molinero-Rodríguez, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016).

El cuestionario actividad física, pregunta que ejercicios pudo realizar durante las dos últimas semanas. Las respuestas van desde una actividad muy intensa (1), reduciéndose a intensa, luego moderada, para ser posteriormente ligera, hasta la mínima que sería muy ligera (5) (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Cartas,

Molinero-Rodríguez, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016)

El cuestionario actividades cotidianas, utilizado para valorar el grado de dificultad que puede haber tenido el paciente para realizar sus tareas cotidianas, igualmente se puntuará de menor a mayor dificultad, así el 1 sería la respuesta de ninguna dificultad, para luego tener un poco de dificultad, vendría a continuación dificultad moderada, luego mucha dificultad y valoramos con un 5 la situación de incapacidad de hacer nada (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Cartas, Molinero-Rodríguez, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016)

El cuestionario Sentimientos, responde a los problemas emocionales y de ánimo, donde la puntuación más elevada (5) se corresponde con mayor incidencia de problemas emocionales, posteriormente va disminuyendo pasando por moderadamente, bastante, un poco y nada o en absoluto que se evaluaría con 1 punto (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Cartas, Molinero-Rodríguez, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016)

El cuestionario actividades sociales mantenidas durante las dos últimas semanas, se utiliza para ver el grado de limitación que puedan haber tenido el paciente, la respuesta nada en absoluto, sería la puntuación menor, (1), para en sentido decreciente ir a ligeramente, si estaba peor contestaría que moderadamente, los que se encontraban aún peor contestan que bastante, y aquellos que su calidad de vida es realmente mala responden que muchísimo, (5) (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Cartas, Molinero-Rodríguez, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016)

El cuestionario cambio en el estado de salud evalúa, como lo indica su nombre los cambios en el estado de salud. Aquí las respuestas van desde el mucho mejor (valorado como 1), en orden decreciente un poco mejor, igual, por el estilo, un poco peor y por último mucho peor (5) (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Cartas, Molinero-Rodríguez, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016)

El cuestionario estado de salud, se utiliza para que el paciente valore cómo está su salud, y las respuestas van desde excelente (1), después muy buena, buena, regular y al final mala (5) (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Cartas, Molinero-Rodríguez, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016)

El cuestionario del dolor no siempre es aceptado para valorar la calidad de vida por ser el más subjetivo de todos, pero lo hemos incluido porque aporta datos interesantes, y las respuestas serían, nada de dolor (1), dolor muy leve, dolor ligero, dolor moderado y dolor intenso (5) (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Prada-Hernández, Hernández-Torres, Gómez-Morejón, Gil-Armenteros, Reyes-Pineda, Solis-Cartas, Molinero-Rodríguez, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016)

Instrumento de medida de Capacidad Funcional. Versión Cubana (HAQ-CU). (anexo 5).

- HAQ-CU: Versión cubana del cuestionario HAQ que evalúa capacidad funcional del enfermo. Se refiere al grado de dificultad del paciente para realizar las actividades.

El HAQ (Health Assessment Questionnaire) es probablemente el cuestionario más utilizado pues valora la capacidad funcional del individuo mediante 20 preguntas predefinidas agrupadas en 8 categorías que evalúan la dificultad del paciente para realizar determinadas actividades cotidianas como vestirse, comer, lavarse, caminar, etc., a las que se le aplica una puntuación según el grado de dificultad para su realización, pudiendo alcanzarse una puntuación final de 0 (no incapacidad) a 3 (máxima incapacidad). Este cuestionario se ha aplicado en la mayoría de las enfermedades reumáticas incluyendo la osteoartritis (Friol-González, Carnota-Lauzán, Rodríguez-Boza, Campo-Torres, Porro-Novo, 2013; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernández, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014).

En este estudio se aplicó la versión cubana (HAQ-CU), la cual esta validada y adaptada en Cuba y ha demostrado ser un instrumento específico y útil para medir la capacidad funcional de los pacientes con enfermedad reumática, partiendo de la conocida relación que existe entre calidad de vida y capacidad funcional (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernández, 2014).

El valor de cada categoría se puntualiza desde 0 (realizar las tareas sin dificultad) hasta 3 (incapacidad para hacerlo). Se evalúan como sin discapacidad valores menores de 0.5, de incapacidad ligera valores entre 0.5 y 1, mayor de 1 hasta 2 será evaluada de moderada, y sobre 2 se considera severa la discapacidad funcional. El cuestionario se completa en alrededor de 5 a 8 minutos. (anexo 5) (Friol-González, Carnota-Lauzán, Rodríguez-Boza, Campo-Torres, Porro-Novo, 2013; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernández, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014)

### **3.7. Análisis de Información:**

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel con la información recolectada, la cual se procesó de forma automatizada utilizando el paquete estadístico SPSS-PC en su versión 19.5 para Windows.

La información fue resumida mediante frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas y se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas continuas. Se estimaron los intervalos de confianza al 95% para completar la estimación puntual de las medidas mencionadas.

Se calculó el valor del coeficiente del alfa de Cronbach para determinar la validez interna y fiabilidad del cuestionario de láminas Coop/Wonca. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para determinar la intensidad de la asociación entre los diferentes ítems del cuestionario y entre los cuestionarios utilizados, previa verificación del cumplimiento de los supuestos de esta prueba estadística, para lo que se fijó un nivel de significación de 0,05. Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizó el análisis porcentual y se resumieron en tablas y gráficos estadísticos.

### **3.8. Normas Éticas**

Todos los participantes fueron informados de la naturaleza y los objetivos del estudio y firmaron el consentimiento informado. A cada participante se le explicó detalladamente la encuesta y la necesidad de comprometerse estrictamente a lo establecido en el protocolo de la investigación. La inclusión de los participantes se realizó posterior a la aprobación del consentimiento informado por escrito, en concordancia con la regulación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas, respetando las normas de investigación en sujetos humanos estipuladas por la Declaración de Helsinki II.

#### 4.- Resultados y Discusión

##### 4.1. Resultados

**Tabla 1. Análisis de variables sociodemográficas. Centro Nacional Reumatología. 2016-2018.**

Características	Muestra Total 200 pacientes con criterios diagnósticos de OA
<b>Edad media (años)</b>	63,07 ± 29,07
<b>Grupos de edad (años)</b>	
25-49	24 (12%)
50-59	46 (23%)
60-69	72 (36%)
70-79	46 (23%)
80 y mas	12 (6%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	55 (27,5)
Femenino	145 (72,5)
<b>Tiempo de Evolución</b>	
Menor de 1 año	86 (43%)
De 1 a 5 años	96(48%)
Mayor de 5 años	18 (9%)
<b>Localización</b>	
Rodillas	97 (48.5)
Caderas	44 (22.0)
C. Vertebral	37 (18.5)
Manos	22 (11.0%)

Fuente: Encuesta

Al analizar las variables sociodemográficas obtuvimos un promedio de edad de 63,07 años, donde el grupo de edades más frecuente fue el de 60 a 69 años con un 36 % del total de la muestra. En relación con el sexo predominó el femenino con 145 pacientes (72,5%). El tiempo de evolución de la enfermedad predominante fue de 1 a 5 años con 96 pacientes (48%), seguido del de menor de un año con 86 pacientes (43 %). El grupo articular más afectado fue la articulación de la rodilla en 97 pacientes (48,5%), seguida de la cadera en 44 pacientes (22%) y columna vertebral y manos en 37 (18.5%) y 22 (11%) pacientes respectivamente.

**Tabla 2. Distribución de pacientes según presencia o no de comorbilidad. Centro Nacional Reumatología. 2016-2018.**

	No.	%
<b>Con comorbilidad</b>	136	68
<b>Sin comorbilidad</b>	64	32
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

**Tabla 3. Distribución de pacientes según tipo de comorbilidad y hábitos nocivos. Centro Nacional Reumatología. 2016-2018.**

Comorbilidades	Total	Por Ciento
Hipertensión Arterial	46	23.0
Tabaquismo	44	22.0
Diabetes Mellitus	37	18.5
Artritis Reumatoides	28	14.0
Obesidad	24	12.0
Espondiloartropatías	17	8.5
Síndrome Metabólico	16	8.0
Gota	7	3.5
Hipotiroidismo	4	2.0
Hipertiroidismo	3	1.5

Fuente: Encuesta

Al analizar la presencia de comorbilidades en nuestros pacientes (tabla 2, 3) podemos observar que el 68 % de los mismos presentaron al menos una, lo que demuestra la alta frecuencia de esta afección en pacientes con otras patologías. Sobresale como comorbilidades y/o hábitos nocivos más frecuentes la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes mellitus, la artritis reumatoide y la obesidad, las que se comportaron por encima del 10 % del total de pacientes estudiados.

**Tabla 4. Distribución de pacientes según percepción de calidad de vida global y por dimensiones relacionados con el sexo. Centro Nacional Reumatología. 2016-2018.**

<i>Dimensiones</i>	<i>Total</i>		<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>	
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
<i>Forma Física</i>	2.68 (1-5)	1,06	2.90 (1-5)	1.05	2.60 (1-5)	1,07
<i>Sentimientos</i>	2.59 (1-4)	0.93	2.65 (1-4)	0.98	2.57 (1-4)	0.92
<i>Actividades Cotidianas</i>	2.87 (1-5)	0.91	2.98 (1-4)	0.90	2.82 (1-5)	0.79
<i>Actividades Sociales</i>	2.90 (2-5)	0.98	3.03 (1-5)	1.04	2.84 (1-5)	0.83
<i>Cambios en el estado de Salud</i>	2.90 (2-5)	0.86	2.94 (1-5)	0.92	2.88 (1-5)	0.71
<i>Estado de Salud</i>	2.93 (1-4)	0.85	3.14 (2-4)	0.77	2.85 (1-5)	0.75
<i>Dolor</i>	3.12 (2-5)	1.00	3.25 (1-5)	0.98	3.06 (1-5)	0.87
<i>Global</i>	20.00 (10-33)	5.68	20.89 (10-33)	5.93	19.66 (11-30)	4.82

**DE: DESVIACIÓN ESTANDAR**

*Fuente: Encuesta*

Al analizar la calidad de vida según las dimensiones específicas y en la sumatoria en relación al sexo (tabla 4), llama la atención que los hombres persiven una peor calidad de vida que las mujeres. De forma general para el sexo masculino se tomó como sumatoria 20.89 con una DE de 5.93 y la media del grupo en cuestión se comportó con un total de 20.00 con una DE de 5.68.

A este dato hay que añadir que las dimensiones más afectadas en ambos sexos fueron el dolor con 3.25 y 3.06 en hombres y mujeres respectivamente y a estas le siguieron en el caso de los hombres las actividades sociales y actividades cotidianas con 3.14 y 3.03 y en las mujeres los cambios en el estado de salud y el estado de salud propiamente dicho con 2.88 y 2.85. En ambos sexos la dimensión menos afectada fueron los sentimientos alcanzando un valor de 2.65 en hombres y 2.57 en las mujeres.

**Tabla 5. Valor del coeficiente alfa de Cronbach para evaluar consistencia interna y fiabilidad de las láminas Coop/Wonca.**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de ítems
0.940	0.942	7

*Fuente: Encuesta*

La consistencia interna y fiabilidad de aplicación de las láminas Coop/Wonca fue evaluada mediante el alfa de Cronbach, mostrando este coeficiente un valor de 0.94 según aparece reflejado en la tabla 5. Por consiguiente, este instrumento tiene una excelente consistencia interna entre sus elementos y niveles muy bajos de error aleatorio.

**Tabla 6. Valores del coeficiente correlación de Pearson entre los ítems del cuestionario de CVRS.**

Ítems de CVRS	Forma Física	Sentimientos	Actividades Cotidianas	Actividades Sociales	Cambios en el estado de Salud	Estado de Salud	Dolor
Forma Física	1.00						
Sentimientos	<b>0.79</b>	1.00					
Actividades Cotidianas	0.72	0.68	1.00				
Actividades Sociales	0.75	0.72	<b>0.76</b>	1.00			
Cambios en el estado de Salud	0.72	0.61	0.61	0.68	1.00		
Estado de Salud	0.75	0.65	0.70	0.70	0.60	1.00	
Dolor	0.67	0.65	0.62	0.71	0.61	0.60	1.00

Fuente: Encuesta

La tabla 6 muestra los coeficientes de correlación de Pearson para los siete ítems del cuestionario de láminas Coop/Wonca. Observándose una fuerte correlación entre cada uno de ellos.

Al revisar los valores de las correlaciones entre los ítems se pudo observar que los valores más altos fueron entre la forma física y los sentimientos (0.79) y actividades cotidianas y actividades sociales (0.76). De forma general, todos los valores del coeficiente de correlación de Pearson se encuentran por encima de 0.60 lo cual habla a favor de una relación muy fuerte entre los siete ítems que componen al cuestionario de láminas Coop/Wonca.

**Tabla 7. Distribución de pacientes según percepción de calidad de vida y grupos de edades. Centro Nacional Reumatología. 2016-2018.**

Dimensiones	25 a 49 años	50 a 59 años	60 a 69 años	70 a 79 años	mas 80 años
Forma Física	1,75	2,28	2,58	3,34	4,11
Sentimientos	2,04	2,19	2,48	3,19	3,55
Actividades Cotidianas	2,16	2,58	2,75	3,47	3,66
Actividades Sociales	2,08	2,47	2,79	3,63	3,77
Cambios en el estado de Salud	2,25	2,47	2,86	3,50	3,88
Estado de Salud	2,29	2,58	2,87	3,47	3,77
Dolor	2,45	2,50	3,15	3,78	4,00
Sumatoria	14.95	17.10	19.48	24.41	26.88

Fuente: Encuesta

Al analizar la calidad de vida según la edad (tabla 7) observamos que la puntuación empeora a medida que ésta se incrementa. Igualmente es de destacar como los pacientes mayores de 80 años presentan altas puntuaciones en todas las dimensiones, pero más significativa en las relacionadas a la forma física y el dolor con 4,11 y 4,00 respectivamente evidenciando la afectación de la calidad de vida en los pacientes con OA en edades avanzadas de la vida.

**Tabla 8. Distribución de pacientes según calidad de vida global, tiempo de evolución de OA y sexo. Centro Nacional Reumatología. 2016-2018.**

	<i>Hombres Media</i>	<i>Mujeres Media</i>	<i>Total Media</i>
<b>Menor 1 año</b>	17.62 (10-29)	17.63 (10-30)	17.63 (10-30)
<b>De 1 a 5 años</b>	23.36 (15-31)	21.25 (12-31)	21.87 (12-30)
<b>Mayor de 5 años</b>	23.66 (15-33)	23.75 (18-31)	23.72 (15-33)

*Fuente: Encuesta*

En relación con el tiempo de evolución de la enfermedad (tabla 8), podemos ver que a medida que aumentó el tiempo también lo hicieron las puntuaciones de calidad de vida en ambos sexos, siendo los pacientes con tiempo de evolución mayor de 5 años los que peor percepción de calidad de vida expresaron.

**Tabla 9. Distribución de pacientes según percepción de calidad de vida, localización de la Osteoartritis y sexo. Centro Nacional Reumatología. 2016-2018.**

<i>Dimensiones</i>	<i>Col. Vert.</i>			<i>Cadera</i>			<i>Manos</i>			<i>Rodillas</i>		
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
<i>Forma Física</i>	2.16	2.09	2.10	3.47	3.56	3.52	1.60	1.87	1.81	2.95	2.64	2.72
<i>Sentimientos</i>	1.83	2.09	2.05	3.21	3.48	3.40	1.60	2.18	2.04	2.58	2.54	2.55
<i>Actividades Cotidianas</i>	2.33	2.41	2.40	3.26	3.56	3.43	2.00	1.93	1.95	3.16	2.94	3.00
<i>Actividades Sociales</i>	2.50	2.22	2.27	3.57	3.72	3.65	1.83	2.62	2.40	3.04	2.86	2.90
<i>Cambios Estado de Salud</i>	2.83	2.90	2.89	3.42	3.64	3.54	2.00	2.43	2.31	2.83	2.72	2.75
<i>Estado de Salud</i>	2.83	2.64	2.67	3.52	3.64	3.59	2.17	2.06	2.09	3.16	2.84	2.92
<i>Dolor</i>	2.66	2.35	2.40	3.73	4.00	3.88	2.50	2.87	2.77	3.20	3.09	3.12
<i>Global</i>	17.16	16.77	16.83	24.31	25.60	25.04	13.50	16.00	15.31	20.95	19.65	19.97

*Fuente: Encuesta*

La calidad de vida de los pacientes incluidos en el estudio estuvo muy determinada por la localización de afección en sí (tabla 7 y 8), observándose que los pacientes con OA de cadera fueron los de peor percepción de la calidad de vida global con 25,04, pero también las puntuaciones de sus dimensiones fueron superiores a los de los pacientes con otras localizaciones de la OA. El dolor alcanzó su máxima expresión en las mujeres con coxartrosis.

**Tabla 10. Distribución de pacientes según percepción de calidad de vida y presencia de comorbilidades y/o hábitos nocivos. Centro Nacional Reumatología. 2016-2018.**

	<i>Con Comorbilidad</i>	<i>Sin Comorbilidad</i>
	<i>Valor Medio</i>	<i>Valor Medio</i>
<b>Calidad de Vida Global</b>	<b>21.27</b>	<b>18.02</b>

*Fuente: Encuesta*

Los pacientes que presentaron al menos una comorbilidad tuvieron una peor percepción de calidad de vida con 21.27, comparado con las puntuaciones de los pacientes sin comorbilidades que expresaron cifras de 18.02.

**Tabla 11. Distribución de pacientes según percepción de calidad de vida y tipo de Comorbilidad y/o hábitos nocivos. Centro Nacional Reumatología. 2016-2018.**

Comorbilidades	Valor medio
Artritis Reumatoides	26.37
Obesidad	24.96
Diabetes Mellitus	23.74
Hipertensión Arterial	22.26
Gota	22.02
Tabaquismo	21.89
Síndrome Metabólico	21.53
Espondiloartropatías	19.86
Hipotiroidismo	19.23
Hipertiroidismo	19.11

Fuente: Encuesta

Llama la atención que a pesar de ser la hipertensión arterial y el tabaquismo las comorbilidades más frecuentes, la que tuvo una mayor influencia en la percepción de la calidad de vida de los pacientes fue la Artritis Reumatoide, la cual alcanzó puntuaciones por encima de 26 puntos, también destacan otras comorbilidades por encima de la media del estudio (20.0 puntos) como son obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, gota, tabaquismo y el síndrome metabólico.

**Tabla 12. Comportamiento de pacientes según capacidad funcional (HAQ-CU). Centro Nacional Reumatología. 2016-2018.**

	No	%
Discapacidad Ligera	88	44.0
Discapacidad Moderada	90	45.0
Discapacidad Severa	22	11.0
Sin Discapacidad	0	0
Total	200	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 12 y gráfico 3 se observa que la discapacidad predominante fue la moderada que se presentó en 90 pacientes (45 %), seguida de la discapacidad ligera y severa por ese orden. Todos los pacientes presentaron algún grado de discapacidad

**Tabla 13. Distribución de pacientes según discapacidad y dimensiones de calidad de vida. Centro Nacional Reumatología. 2016-2018.**

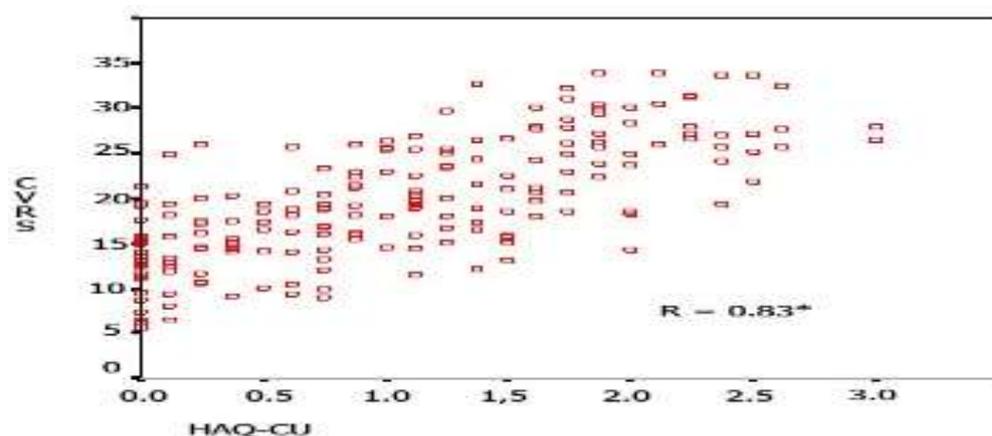
Dimensiones	Disc. Ligera Media	Disc. Moderad Media	Disc. Severa Media
Forma Física	1.9	3.05	4.72
Sentimientos	2.02	2.86	3.77
Actividades Cotidianas	2.27	3.16	4.04
Actividades Sociales	2.19	3.26	4.22
Cambios en el estado de Salud	2.40	3.14	3.90
Estado de Salud	2.37	3.22	4.00
Dolor	2.45	3.45	4.40
Global	15.65	22.16	28.64

Fuente: Encuesta

De forma general mientras mayor fue el grado de discapacidad del paciente peor se comportó la percepción de la calidad de vida de los mismos (tabla 13), destacándose la dimensión dolor

que alcanzó valores por encima de la media del estudio, sobresalen los pacientes con discapacidad severa que alcanzaron valores muy elevados de percepción (28.64).

**Gráfico 1. Diagrama de dispersión entre el HAQ y CVRS.**



Fuente: Encuesta  
Elaboración propia

$p < 0,05$

El gráfico muestra una relación lineal entre ambos cuestionarios. En este caso, a medida que aumentaron las puntuaciones del HAQ-CU también lo hizo las de CVRS lo que se traduce en peor percepción de calidad de vida. Lo cual resultó estadísticamente significativo  $p < 0,05$  (Gráfico 1)

#### **4.2.- Discusión**

La Osteoartritis es una afección que ocasiona morbilidad desde tiempos remotos. Se ha informado que afecta al 70% de los adultos mayores de 60 años y daña cualquier articulación, aunque, las más afectadas, son la rodilla y la cadera; se describe que a pesar de tener un pico de incidencia es posible detectarse cambios radiológicos incipientes a partir de los 50 años de edad (Solis-Cartas, de-Armas-Hernández, Bacallao-Carbonell, 2014; Solis-Cartas, García-González, de-Armas-Hernandez; 2014).

En relación con la edad, la magnitud de los resultados encontrados, es similar a los que publican otros autores internacionales y nacionales, quienes refieren que la incidencia de OA aumenta a medida que también lo hace la edad; en la actualidad existe un crecimiento paulatino del envejecimiento poblacional, por lo que se considera la OA, por su discapacidad y afectación de la calidad de vida un importante problema de salud a enfrentar; el cual se magnifica por la no existencia de esquemas terapéutico que controlen la enfermedad (Solis-Cartas, de-Armas-Hernández, Bacallao-Carbonell, 2014; Solis-Cartas, García-González, de-Armas-Hernandez, 2014; Solis Cartas, Torres Carballeira, Milera Rodríguez, 2014; Cascaes Silva, da Rosa Iop, Valdivia Arancibia, Barbosa Gutierrez Filho, da Silva, Oliveira Machado, Pereira Moro, 2017).

Se cree que el incremento de la incidencia y prevalencia de OA con la edad probablemente se deba a un efecto acumulativo por la exposición a varios factores y cambios biológicos que acontecen con el envejecimiento en muchas de las articulaciones, como el adelgazamiento del cartílago, la disminución de la fuerza muscular, alteraciones en la propiocepción y el estrés oxidativo; todos estos factores provocan una activación de un grupo de enzimas llamadas metaloproteasas que provocan la degradación del cartílago articular, a este fenómeno se la ha llamado crisis del cartílago articular (Solis-Cartas, de-Armas-Hernández, Bacallao-Carbonell, 2014; Solis Cartas, Torres Carballeira, Milera Rodríguez, 2014).

En relación con el sexo se puede decir que la enfermedad se presenta con una frecuencia 5 veces mayor en mujeres que en hombres. Existen factores que explican el predominio de la enfermedad en mujeres como son la mayor frecuencia de obesidad, el menor tono muscular y más laxitud articular; factores que condicionan inestabilidad articular y favorecen los micro

traumas repetitivos que actúan como un factor mecánico predictor de distintos grados de inflamación articular; estos cambios activan las metaloproteasas y por tanto aumentan el daño de la articulación (Solis-Cartas, de-Armas-Hernández, Bacallao-Carbonell, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernández, 2014; Friol-González, Carnota-Lauzán, Rodríguez-Boza, Campo-Torres, Porro-Novo, 2013; de Armas Hernandez, León Chancusig, Carrillo Reyes, Amador García, Muñoz Balbín, Benitez Falero, 2015).

El aumento de la frecuencia de la enfermedad en la menopausia, ha llevado a investigaciones con la hipótesis de que los factores hormonales pueden desempeñar un papel en su desarrollo. Se plantea que la testosterona pudiera favorecer la aparición de OA y los estrógenos frenarían el desarrollo de la misma. Sin embargo, los resultados del efecto de los estrógenos tanto endógenos como exógenos han sido contradictorios (Solis-Cartas, de-Armas-Hernández, Bacallao-Carbonell, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016).

Al analizar el grupo articular afectado, se encuentra concordancia con otras investigaciones en las que se informa que la localización más frecuente de la OA es afectando la articulación de la rodilla. La OA de rodilla y cadera son sin duda las articulaciones que con mayor frecuencia se afectan, de ahí que la mayoría de los trabajos sobre esta afección se realicen teniendo en cuenta la afectación de una o ambas de estas articulaciones, menospreciando, hasta cierto punto, la toma de las manos y de la columna vertebral, lo que limita la búsqueda de información sobre trabajos que nos aporten elementos sobre estas dos últimas localizaciones (Solis-Cartas, Prada-Hernández, Molinero-Rodríguez, de-Armas-Hernandez, García-González, Hernández-Yane, 2014; Solis-Cartas, Torres-Carballeira, Milera-Rodríguez, 2014; Cepero Morales, 2015; Kohan, Medina, Papisidero, Chaparro del Moral, Rillo, Caracciolo, 2017)

De forma general existe un predominio de pacientes con únicas o múltiples comorbilidades asociadas, el cual llegó a significar el 68% de la muestra estudiada. Este dato es similar al de otras investigaciones que también reportan porcentajes elevados de comorbilidades en pacientes con OA (Solis-Cartas, de-Armas-Hernández, Bacallao-Carbonell, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016; Solis Cartas, Calvopiña Bejarano, 2018).

Las enfermedades crónicas y hábitos nocivos para la salud más frecuentes en los pacientes estudiados fueron la HTA, Tabaquismo, Diabetes Mellitus, Artritis Reumatoide, Obesidad, Espondiloartropatías y Síndrome Metabólico, resultados similares a los nuestros han sido reportados por otros autores. La artrosis por sí misma se puede considerarse una enfermedad benigna, pero es una enfermedad que lleva asociada una importante comorbilidad (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Friol-González, Carnota-Lauzán, Rodríguez-Boza, Campo-Torres, Porro-Novo, 2013; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016; Solis-Cartas, García-González, de-Armas-Hernandez, 2014)

La obesidad constituye, a la vez, un factor de riesgo importante para el desarrollo de artrosis de cadera y rodillas, en la mayoría de las investigaciones se reporta con una frecuencia elevada, factor que interviene no solo en la aparición de la enfermedad sino también en la respuesta al tratamiento médico (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016; Rabago, Waimann, Marengo, Martínez, Menón, Ivernizzi et al., 2017)

Posibles explicaciones para la relación entre osteoartritis y esas comorbilidades incluyen etiología y fisiopatología, así como el resultado del proceso biológico del envejecimiento, en que diferentes eventos ocurren con mayor frecuencia (degeneración del cartílago, aumento de la resistencia a la insulina, aumento de peso, dislipidemia) y de ese modo, pueden aparecer simultáneamente, las que no dejan de estar interrelacionadas. Tal vez más importante que identificar la causa que lleva a la simultaneidad de esas enfermedades sea definir cuántas de ellas puedan influenciar en el estado de salud de los pacientes con osteoartritis (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016; Solis Cartas, Calvopiña Bejarano, 2018; Rabago, Waimann, Marengo, Martínez, Menón, Ivernizzi et al., 2017).

Con respecto a la asociación de la OA con enfermedades crónicas no reumáticas, la HTA es reconocida en la literatura como un factor de riesgo sobresaliente para la misma, habiéndose recogido en este trabajo como el reporte más frecuente dentro de este grupo de enfermedades no inflamatorias. En una investigación donde se describe una muestra de pacientes con OA de rodilla, se muestra una frecuencia de hipertensos del 10,9%; inferior a la que se encontró en este reporte. Existen autores que tratan de explicar la relación entre HTA, Diabetes Mellitus y Osteoartritis a través del vínculo que representa el estrés oxidativo como elemento común en la etiopatogenia de estas tres enfermedades (Solis Cartas, Calvopiña Bejarano, 2018).

Con referencia al tabaquismo, en la literatura aparecen trabajos que señalan el consumo de cigarrillos como un factor de riesgo conocido para un grupo de más de 20 enfermedades (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis Cartas, Calvopiña Bejarano, 2018).

El papel de las alteraciones metabólicas como factores de riesgo potenciales de aparición de OA y como comorbilidad asociada ha sido descrito en la literatura. Korochina et al, reportan pacientes que presentan OA con antecedentes de Diabetes Mellitus, trastornos del Tiroides, obesidad/sobrepeso, e hiperlipidemias, que tuvieron mayor frecuencia de formas generalizadas de OA, sinovitis de la rodilla, periartritis y dolor más intenso en las articulaciones. Son numerosas las publicaciones que defienden la relación entre la OA y la obesidad como factor de riesgo modificable de aparición (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016; Solis Cartas, Calvopiña Bejarano, 2018). No se conoce todavía los mecanismos exactos de esta asociación, pero existen al menos tres teorías que tratan de explicarlo:

- a) el sobrepeso aumentaría la presión sobre una articulación de carga.
- b) la obesidad actúa indirectamente induciendo cambios metabólicos tales como intolerancia a la glucosa, hiperlipidemias o cambios en la densidad mineral ósea.
- c) determinados elementos de la dieta que favorecen la obesidad producen daño en el cartílago, el hueso y otras estructuras articulares (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016; Solis Cartas, Calvopiña Bejarano, 2018).

La obesidad es uno de los factores de riesgo de mayor relevancia para la Osteoartritis de cadera o de rodilla, ya que la sobrecarga mecánica sobre las articulaciones que soportan peso, activa los condrocitos y acelera la degeneración del cartílago; además, se ha descrito que la obesidad y el sobrepeso tienen un efecto sistémico debido al papel pro-inflamatorio y degenerativo que se le atribuyen a algunas adipocinas secretadas por el tejido adiposo, así como a células mixtas.

La presencia de osteoartritis en articulaciones que no soportan peso sugiere que la obesidad puede alterar el metabolismo cartilaginoso y óseo independientemente del efecto mecánico (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernández, 2014).

Las Enfermedades inflamatorias articulares crónicas, son causa reconocida de Osteoartritis secundaria en la literatura (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013), al producir fenómenos inflamatorios que conducen a la destrucción de la articulación, siendo la AR probablemente la más frecuente y estudiada. El estrés oxidativo puede encontrarse en la base fisiopatológica de estas enfermedades inflamatorias lo cual justificaría su asociación con la OA (Friol-González, Carnota-Lauzán, Rodríguez-Boza, Campo-Torres, Porro-Novo, 2013; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016).

Aunque con sus controversias y sus apoyos la posibilidad de utilizar un indicador global de CVRS que en este caso correspondería a la suma de todas las esferas, nos da gran versatilidad en el uso de este indicador, permitiendo comparar con otros grupos poblacionales y también población clasificada según diferentes variables.

Al analizar este indicador global se obtuvo una media de 20.0 lo cual muestra similitud con lo publicado por otros estudios, utilizando este mismo cuestionario en la ciudad de Madrid en

población general (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Friol-González, Carnota-Lauzán, Rodríguez-Boza, Campo-Torres, Porro-Novo, 2013; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernández, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016)

En referencia a las dimensiones, la más afectada fue el dolor, tanto de forma general como en relación con cada sexo. Se han publicado innumerables investigaciones que ejemplifican que el dolor es la manifestación clínica más predominante en los pacientes con OA (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Friol-González, Carnota-Lauzán, Rodríguez-Boza, Campo-Torres, Porro-Novo, 2013; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016).

Las láminas Coop/Wonca han demostrado una aceptable consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.94, siendo superior al valor de la versión original (0,82) para 9 ítems. Este valor muestra una fiabilidad muy alta y se encuentra entre el rango 0,7 y 0,9, tal y como se recomienda por Nunnally. Estos resultados son similares a los publicados por López Alonso et al, que obtuvieron valores de alfa de cronbach de 0.81 para 7 ítem y 0.75 para 5 ítem (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Prada Hernández, Molinero Rodríguez, Gómez Morejón, Hernández Cuellar, Porro Novo, Cabreja Gilberto, et al., 2013; Solis-Cartas, Prada-Hernández, Molinero-Rodríguez, de-Armas-Hernandez, García-González, Hernández-Yane, 2014; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, De-Armas-Hernandez, 2014)

Al revisar las correlaciones encontradas, resultaron muy interesantes las relaciones entre la dimensión forma física y sentimientos, así como la relación entre las dimensiones actividades cotidianas y sociales.

La relación con la edad y el deterioro en CVRS es un hecho destacado por numerosas investigaciones en este campo. A mayor edad más tiempo de evolución de la enfermedad, aunque no necesariamente más agresividad de la misma. Algunos autores señalan que la severidad de la enfermedad está asociada a otros factores y no necesariamente a la edad (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016; Solis Cartas, Calvopiña Bejarano, 2018).

En esta investigación llama la atención como fueron elevándose las puntuaciones tanto de las dimensiones como de la sumatoria global a medida que fue aumentando la edad de los pacientes, este dato concuerda con el reporte de la ciudad de Madrid. Investigadores brasileños hallaron que los pacientes ancianos tienen una discapacidad moderada y grave la cual se hace tres veces mayor para los pacientes de 80 años y más (Friol-González, Carnota-Lauzán, Rodríguez-Boza, Campo-Torres, Porro-Novo, 2013; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernández, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016).

Según el tiempo de evolución de la enfermedad llama la atención que mientras mayor fue el mismo, peor fue la percepción de la calidad de vida de los pacientes lo que guarda relación con la propia evolución de la enfermedad y la aparición de alteraciones estructurales que limitan las actividades diarias de los pacientes e influyen directamente en las diferentes dimensiones estudiadas. Otros reportes muestran resultados similares al encontrado en este trabajo (Friol-González, Carnota-Lauzán, Rodríguez-Boza, Campo-Torres, Porro-Novo, 2013; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernández, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016).

Relacionando la CVRS y la localización de la OA destaca como los pacientes con OA de las articulaciones de carga como la cadera y la rodilla son los que peor percepción de calidad de vida presentan, primando como dimensión más afectada la concerniente a la exploración del dolor. En la actualidad no existen muchas publicaciones que abarquen estos aspectos en otras articulaciones como las manos y la columna vertebral y las pocas publicaciones sobre OA de estas articulaciones reflejan resultados similares (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis Cartas, Calvopiña Bejarano, 2018).

Al tener en cuenta la presencia de comorbilidades se encontró que éstas influenciaron de manera significativa en la percepción de los pacientes de su calidad de vida, llegando a alcanzar puntuaciones muy por encima de la media del estudio, correspondiéndose este resultado con los obtenidos por otras investigaciones realizadas que abarcan este tema (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016; Solis Cartas, Calvopiña Bejarano, 2018).

Dentro del grupo de las comorbilidades jugaron un papel preponderante las enfermedades reumáticas y endocrinas metabólicas, entre las que sobresalieron la Artritis Reumatoide, la Obesidad y la Diabetes Mellitus, hay que tener en cuenta que la alta incidencia de pacientes con Artritis reumatoide puede tener relación con el centro donde se llevó a cabo la investigación que es un centro de referencia de afecciones reumáticas.

Se conoce la gran afectación que producen estas afecciones en el cartílago articular, principal estructura anatómica afectada en la OA, donde el proceso inflamatorio, los cambios metabólicos y el estrés oxidativo son los principales responsables de la destrucción del mismo, produciendo además, deformidad, limitación funcional y discapacidad que influyen en la percepción de calidad de vida de los pacientes, esto confirma que si desde el punto de vista sanitario y asistencial se quiere lograr un envejecimiento satisfactorio, es necesario prevenir e identificar tempranamente el estado frágil y actuar sobre él, con lo que se estaría contribuyendo a disminuir la discapacidad y la morbilidad.

La OA es una de las afecciones que mayor discapacidad produce. Predominó la discapacidad moderada seguida de la discapacidad ligera lo que puede guardar relación con la alta incidencia de pacientes con menos de 1 año de evolución de la enfermedad. En relación con las dimensiones específicas en las 3 categorías el dolor jugó un papel fundamental demostrando que es el síntoma que más limita la capacidad funcional de los pacientes con OA. Otros autores reportan resultados similares (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013; Solis Cartas, Torres Carballeira, Milera Rodríguez, 2014; Solis Cartas, Barbón Pérez, Martínez Larrarte, 2016).

En el estudio a medida que aumentaron las puntuaciones del HAQ, mayor fueron los valores de cada dimensión, lo que se traduce en peor percepción de la calidad de vida. Esto se demuestra mediante la correlación (coeficiente de pearson) entre el HAQ-CU y el COOP/WONCA, las cuales han sido estudiadas en su dimensión de validez de criterio, no obstante, las correlaciones han sido realizadas principalmente con el EUROQoL. (Solis-Cartas, Hernández-Cuéllar, Prada-Hernández, De-Armas-Hernandez, 2013)

Considerando la alta frecuencia, la cronicidad y el significativo impacto individual y social que tiene la OA, el desarrollo de este estudio, permitió obtener información relevante en un espacio de tiempo relativamente corto, relacionada con la calidad de vida, a partir de la utilización del cuestionario de láminas COOP/WONCA, y la capacidad funcional, aspectos importantes a tener en cuenta si se pretende alcanzar una calidad y expectativa de vida superiores, en una enfermedad altamente incapacitante o potencialmente invalidante en los que la padecen.

## 5. Conclusiones

- Predominaron los pacientes con edades entre 60 y 69 años, sexo femenino, con tiempo de evolución entre 1 y 5 años, con alto por ciento de comorbilidades asociadas y vinculados laboralmente.
- EL sexo masculino expresó los peores resultados de CVRS, siendo la dimensión individual más afectada el dolor.
- El incremento de la edad y del tiempo de evolución de la enfermedad, así como la presencia de comorbilidades y la afectación de caderas y rodillas influyeron negativamente en la percepción de calidad de vida.
- Mientras mayor fue el grado de discapacidad funcional, peor fue la percepción de la calidad de vida de los pacientes con Osteoartritis.

## 7.- Referencias bibliográficas

- 1.- Luna L, Aranda C, Amorim AA. (2017). "Reflexiones sobre el relevamiento y análisis comparativo de patologías osteoarticulares en restos esqueléticos humanos." en Rev Arg Antrop Biol, v19, n1. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1514-79912017000100008&Ing=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-79912017000100008&Ing=es)
- 2.- Solis-Cartas U, de-Armas-Hernández A, Bacallao-Carbonell A. Osteoartritis (2014). "Osteoartritis. Características sociodemográficas." en Rev Cubana Reumatol. v16, n2. Recuperado de: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/331>
- 3.- Solis-Cartas U, Hernández-Cuéllar I, Prada-Hernández D, De-Armas-Hernandez A. (2013). "Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis." en Rev Cubana de Reumatol, v15, n3. Recuperado de: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/280>.
- 4.- Arellano-Pérez V, Rubén D. (2017). "Diabetes mellitus tipo 2 y osteoartritis primaria de rodilla." en Salud Pública de México, v59, n4,492-3.
- 5.- Solis Cartas U, Prada Hernández DM, Crespo Somoza I, Gómez Morejón JA, de Armas Hernandez A, Garcia González V et al. (2015). "Percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de manos." en Rev Cubana Reumatol, v17,n2,112-119. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962015000200003&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000200003&Ing=es)
- 6.- Solis-Cartas U, Hernández-Cuéllar I, Prada-Hernández D, De-Armas-Hernández A. (2014). "Evaluación de la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis." en Rev Cubana de Reumatol, v16, n1. Recuperado de: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/299>
- 7.- Friol-González J, Carnota-Lauzán O, Rodríguez-Boza E, Campo-Torres M, Porro-Novo J. (2013). "Morbilidad y discapacidad física por osteoartritis en el municipio 10 de Octubre." en Rev Cubana Reumatol, v14,n 19, 1-14. Recuperado de: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/22>

- 8.- Prada-Hernández D, Hernández-Torres C, Gómez-Morejón J, Gil-Armenteros R, Reyes-Pineda Y, Solis-Carta U, Molinero-Rodríguez C. (2014). "Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología." en Rev Cubana de Reumatol, v17, n1. Recuperado de:  
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/385>
- 9.- Solis Cartas U, Barbón Pérez OG, Martínez Larrarte JP. (2016). "Determinación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de columna vertebral." en AMC, v20, n3. 235-243. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552016000300003&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300003&Ing=es)
- 10.- Prada Hernández D, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón J, Hernández Cuellar I, Porro Novo J, Cabreja Gilberto L, et al. (2013). "Evaluación de la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y tratamiento rehabilitador." en Rev Cubana Reumatol, v13, n17. Recuperado de: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/32>
- 11.- Solis-Cartas U, Hernández-Cuéllar I, De-Armas-Hernandez A. (2014). "Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con Osteoartritis." en Rev Cubana de Reumatol, v16, n2. Recuperado de:  
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/307>
- 12.- Solis-Cartas U, García-González V, de-Armas-Hernandez A. (2014). "Rasgos demográficos en la osteoartritis de manos." en Rev Cubana Reumatol, v16, n3. Recuperado de:  
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/338>
- 13.- Cascaes Silva, F, da Rosa Iop, R, Valdivia Arancibia, BA, Barbosa Gutierrez Filho, PJ, da Silva, R, Oliveira Machado, M, Pereira Moro, AR. (2017). "Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2." en Revista de Psicología del Deporte, v26, n1, 13-25.
- 14.- Solis Cartas U, Torres Carballeira R, Milera Rodríguez J. (2014). "Impacto de la artroscopia en la percepción de la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis de rodilla." en Rev Cuba Reumatol, v16, n2, 115-129. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962014000200007&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000200007&Ing=es)
- 15.- de Armas Hernandez A, León Chancusig R, Carrillo Reyes C, Amador García D, Muñoz Balbín M Benitez Falero YI. (2015). "Osteoartritis secundaria. A propósito de un caso." en Rev Cuba Reumatol, v17, nSuppl 1, 201-204. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962015000300003&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000300003&Ing=es)
- 16.- Kohan M.P., Medina M.A., Papisidero S.B., Chaparro del Moral R., Rillo O.L., Caracciolo J.A. (2017). "Desempeño del RAPID3 (Routine Assessment of Patient Index Data) en pacientes con osteoartritis de rodilla, cadera o mano." en Rev. argent. Reumatol, v28, n2, 11-4. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2362-36752017000200002&Ing=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2362-36752017000200002&Ing=es)
- 17.- Solis-Cartas U, Torres-Carballeira R, Milera-Rodríguez J. (2014). "Impacto de la artroscopia en la percepción de la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis de rodilla." en Revista Cubana de Reumatología, v16, n2. Recuperado de:  
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/335>
- 18.- Cepero Morales R. (2015). "Estudio comparativo con piroxicam versus indometacina en el tratamiento de osteoartritis de rodilla." en Archivo Médico Camagüey, v4, n1. Recuperado de:  
<http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3487>

19.- Solis-Cartas U, Prada-Hernández D, Molinero-Rodríguez C, de-Armas-Hernandez A, García-González V, Hernández-Yane A. (2014). "Rasgos demográficos en la osteoartritis de rodilla." en Revista Cubana de Reumatología, v17, n1. Recuperado de:  
<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/383>

20.- Solis Cartas Urbano, Calvopiña Bejarano Silvia Johana. (2018). "Comorbilidades y calidad de vida en Osteoartritis." en Rev Cuba Reumatol, v20, n2, e17. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962018000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962018000200002&lng=es)  
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1188918>

21.- Rabago C, Waimann CA, Marengo MF, Martínez J, Menón M, Ivernizzi B et al. (2017). "Eficacia y costo-utilidad de primer reemplazo total de cadera y rodilla en pacientes con osteoartritis." en Rev. argent. Reumatolg, v28, n4, 9-17. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2362-36752017000400004&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2362-36752017000400004&lng=es)

Fecha de envío: 15 de julio de 2019

Los autores no refieren conflictos de intereses.

Autor por correspondencia: Dr. Urbano Solis Cartas. Email: [umsmwork74@gmail.com](mailto:umsmwork74@gmail.com)