

Medición de la calidad de vida en pacientes mexicanos con osteoartritis

Damaris Francis Estrella Castillo,* José Armando López Manrique,* Russell René Arcila Novelo*

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es determinar las dimensiones más afectadas de la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla. **Material y métodos:** Se aplicó la escala WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index) a 248 pacientes: 124 hombres y 124 mujeres con una media de 60 años de edad (entre 30 y 78 años). **Resultados:** Los pacientes sufren bastante dolor al subir o bajar escaleras y estar de pie. Las actividades en las que causan más dolor son: realizar las tareas domésticas pesadas, agacharse para coger algo del suelo, ir de compras y levantarse del retrete. Resalta que, en comparación con las mujeres, los hombres manifestaron sentir mayor dolor y rigidez durante el día. Desde una visión total de la prueba WOMAC se obtuvo una media de 46.51 (mínimo: 14, máximo: 89; dentro del rango de 0 a 96). La capacidad funcional es la dimensión más afectada, en segundo lugar el dolor, y la rigidez en último término. La mayoría de los pacientes refieren una calidad de vida regular. **Conclusiones:** Los tratamientos de rehabilitación se deben dirigir hacia la disminución del dolor para aumentar la capacidad funcional y, con esto, mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: Calidad de vida, osteoartritis, Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC).

ABSTRACT

Objective: To determine the most affected dimensions of quality of life in patients with hip and knee osteoarthritis. **Materials and methods:** The WOMAC test (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index), was applied to 248 patients, 124 men and 124 women, mean age was 60 years (30 to 78 years). **Results:** The patients reported high levels of pain when they climb up or down stairs and when they were standing. Cleaning and making housework, picking something up, shopping and standing up to the toilet were the activities that represent a lot of difficulty to perform. Compared with women, men reported more pain and rigidity during the day. From a complete vision of the WOMAC test, the average was 46.51 (min. 14, max. 89, within the range of 0 to 96). Functional capacity is the most affected dimension, pain takes second and stiffness is the least. Most of the patients reported a regular quality of life. **Conclusions:** Rehabilitation treatment should be addressed to ease pain so it increases functional capacity led to a better quality of life.

Key words: Quality of life, osteoarthritis, Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC).

INTRODUCCIÓN

Correlativamente, el aumento de la esperanza de vida de la población ha llevado a un aumento de las enfermedades crónicas como la osteoartritis (OA) y enfermedades degenerativas de las articulaciones (cartílago, líquido sinovial y el hueso). El inicio es gradual, con dificultad funcional, dolor y rigidez

articular; conduce progresivamente a una pérdida o disminución de la función articular llevando a discapacidad y estrés psicológico con un impacto negativo en la calidad de vida^{1,2}.

El concepto calidad de vida está compuesto por diferentes componentes. La Organización Mundial de la Salud³ advierte que la evaluación de este concepto abarca los indicadores de:

- Estatus funcional. El cual mide la presencia y grado de interferencia de daños físicos en la realización de actividades diarias, de autocuidado, movilidad, actividades físicas propias y cotidianas. Los síntomas incluyen tanto físicos particulares como los efectos secundarios de tratamientos.
- Estatus psicológico. Definido por los dominios actuales de regulación emocional, solución de problemas y toma de decisiones.
- Funcionalidad social. Se refiere a redes de apoyo formales (y tipo de vinculación laboral) y a redes de apoyo informales (apoyo emocional, físico y económico recibido por

* Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación. Licenciatura en Rehabilitación.

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán, México.

Recibido para publicación: mayo, 2013.

Aceptado para publicación: enero, 2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinafisica>

parte del cónyuge, familia o amigos). Asimismo, alude a las creencias religiosas de las personas y al funcionamiento global en el cual se resumen las evaluaciones realizadas por la persona acerca de su bienestar y estado de satisfacción general.

Aunado a este sentido de ideas, la osteoartritis es la más común de las enfermedades articulares. Ésta aumenta paulatinamente después de los 30 años pudiendo llegar hasta 80% hacia los 65 años e incluso a 95% a edades superiores⁴. Esto conlleva un alto impacto psicológico que repercute en la calidad de vida por la presencia en la región afectada de dolor, rigidez y disminución de la capacidad funcional. Estudios recientes ilustran que ciertas variables como el dolor y la capacidad funcional suelen estar asociados con la depresión, bajo estado de ánimo y ansiedad, aunque la naturaleza direccional de estas asociaciones varía notablemente, así como los hallazgos de las experiencias realizadas⁵.

La International Classification of Functioning, Disability and Health y la American Academy of Orthopaedic Surgery definen a la osteoartritis (OA) como el resultado de varios eventos mecánicos y biológicos que desestabilizan la degradación normal de acoplamiento y síntesis del cartílago articular y hueso subcondral. Inicia por múltiples causas incluyendo desarrollo, factores genéticos, metabólicos y traumáticos, e involucra todos los tejidos de la articulación diartrodial³.

Las cifras de prevalencia de la OA varían mucho según la localización y los métodos de diagnóstico; sin embargo, se deben considerar tres factores no modificables: a) edad, b) género, c) constitución genética y d) obesidad⁶.

En México no se conocen cifras exactas sobre la OA; sin embargo, ésta tiende a ocupar el primer lugar entre las 10 causas más frecuentes de morbilidad en pacientes mayores de 65 años. Se reporta que existe al menos 60% de frecuencia de OA entre hombres y mujeres mayores de 35 años⁷.

Estudios en diferentes instituciones de salud realizados en Yucatán denotan, en primer y segundo lugar, la prevalencia de la osteoartritis como enfermedad crónico-degenerativa⁸.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de tipo analítico, prospectivo y transversal, bajo una metodología cuantitativa. El grupo de estudio estuvo conformado por 248 pacientes que aceptaron participar, los cuales firmaron consentimiento informado, siendo 124 hombres y 124 mujeres entre los 30 y 78 años, con una media de 60 años de edad, los cuales acudieron a una institución de salud pública de Mérida, Yucatán y fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple. Los pacientes fueron incluidos con diagnóstico confirmado por un médico de medicina física y rehabilitación de OA en miembros inferiores, de mediana edad o de edad avanzada, quienes manifestaban dolor y rigidez

alrededor de una articulación, acompañada de limitación de la función.

La escala utilizada fue WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index). Ésta consta de 24 ítems que evalúan tres dimensiones: dolor (5 ítems), rigidez (2 ítems) y capacidad funcional (17 ítems). Asimismo, evalúa cada una de estas dimensiones según una escala de cinco grados de respuesta tipo Likert, que representa distinta intensidad: «ninguno, poco, bastante, mucho, y muchísimo». Cada una de estas respuestas tiene una puntuación que oscila de 0 (ninguno) a 4 (muchísimo). La puntuación de cada una de las dimensiones se valora independientemente sumando los ítems que la componen. Los datos obtenidos se analizaron a través del paquete estadístico SPSSV 17.0.

RESULTADOS

De la dimensión dolor, se obtuvo que la mayoría de los pacientes (44.5%) refiere tener poco dolor cuando anda en un terreno llano, 30.6% siente bastante dolor cuando sube o baja escaleras, 37.1% siente poco dolor por la noche al estar en cama, 41.1% manifiesta el dolor cuando está sentado o tumbado y 40.3% siente dolor al estar de pie. Se percibe más dolor al estar de pie y menor dolor al estar en la cama por la noche.

En cuanto a la rigidez, en su mayoría los pacientes tienen esta sensación pocas veces después de despertarse (29%) y pocas ocasiones durante el resto del día (45.2%). Por otra parte, se puede decir que al menos la mitad de los pacientes tienen manifestación de rigidez después de despertarse.

Con respecto a la capacidad funcional de los pacientes, se obtuvo que existe poca diferencia entre los pacientes que consideran de poca dificultad bajar escaleras (29.8%); en tanto, 29% considera bastante dificultad. Para subir escaleras, la mayoría manifiesta que la dificultad es bastante (30.6%) y mucha (25%). 32.3% manifiesta tener bastante dificultad para levantarse después de estar sentado y el 33.9 indica que esto le representa poca dificultad.

En cuanto a estar de pie, en porcentajes iguales (32.3%), los pacientes de este estudio consideran que es bastante difícil y poco difícil realizar esta actividad. Sólo cuatro pacientes manifestaron no percibir dificultad. La acción de agacharse para coger algo del suelo representa, en su mayoría, mucha dificultad (36.3%) y bastante dificultad (25%). Andar por un terreno llano representa poca dificultad para 35.5% y bastante dificultad para 29.8%. Entrar y salir del coche es una acción que se manifiesta, en su mayoría, como de poca dificultad (32.3%); para otros pacientes causa mucha y bastante dificultad en la misma medida (29.6%).

Ir de compras representa una actividad de bastante dificultad para la mayoría de los pacientes (42.7%); otros opinan que representa poca dificultad (24.2%).

Los pacientes mencionan que ponerse los calcetines es bastante difícil (33.1%), otros (26.6%) manifiestan que es poco difícil y llama la atención que ninguno considera esta actividad como de muchísima dificultad. Por otra parte, la mayoría considera que quitarse los calcetines (35.5%) es poco difícil, y la otra respuesta con mayor frecuencia (18.5%), los pacientes manifiestan que es una actividad con mucha dificultad.

Levantarse de la cama es una actividad, para la mayoría (29%), bastante difícil. Otros opinan que es poco difícil (20.2%). Llama la atención que ninguno considera esta actividad como de muchísima dificultad. Por otra parte, estar tumbado en la cama es bastante difícil, según lo considera el 29.8% de los pacientes y es poco difícil para el 25%.

Estar sentado es bastante difícil para 30.6% de los pacientes y poco difícil para 25%. Los pacientes mencionan que entrar y salir de la ducha es una actividad, para la mayoría (41.9%)

poco difícil; en tanto 35.5% considera que es bastante difícil. Lo mismo ocurre con la acción de sentarse y levantarse del retrete, la mayoría de pacientes (41.9%) considera de bastante dificultad hacerlo, y por otra parte, 33.9% lo considera poco difícil.

Hacer las tareas domésticas representa un reto para los pacientes en estas condiciones. En igual frecuencia, 35.5% considera que son bastante difíciles y 35.5% manifiesta que son poco difíciles. Sin embargo, 25.8% menciona que las tareas domésticas pesadas representan una actividad de muchísima dificultad, y 46% considera que es de bastante dificultad.

En general, se detecta como la actividad que representa muchísima dificultad: realizar las tareas domésticas pesadas; agacharse para coger algo del suelo es la actividad que implica mucha dificultad; ir de compras, levantarse del retrete representan bastante dificultad; entrar y salir de la ducha es poco

Cuadro 1. Medias por género para las dimensiones dolor, rigidez y capacidad funcional.

| Dimensión | Indicador | Género | |
|---------------------------------|---------------------------------------|--------|-------|
| | | Hombre | Mujer |
| Dolor | Andar por un terreno llano | 2.16 | 1.61 |
| | Por la noche en cama | 1.60 | 1.31 |
| | Subir o bajar escaleras | 2.32 | 1.77 |
| | Sentado o tumbado | 2.05 | 1.18 |
| | De pie | 2.19 | 2.18 |
| Rigidez | Después de despertarse | 1.87 | 1.81 |
| | En el resto del día | 2.02 | 1.66 |
| Capacidad funcional | Bajar escaleras | 2.42 | 1.81 |
| | Subir escaleras | 2.45 | 1.98 |
| | Levantarse después de estar sentado | 2.15 | 1.85 |
| | Estar de pie | 2.31 | 2.15 |
| | Agacharse para coger algo en el suelo | 2.63 | 2.44 |
| | Andar por terreno llano | 2.21 | 2.06 |
| | Entrar y salir del coche | 2.16 | 1.85 |
| | Ir de compras | 2.10 | 1.84 |
| | Ponerse calcetines | 1.69 | 1.30 |
| | Levantarse de la cama | 2.08 | 1.84 |
| | Quitarse los calcetines | 1.97 | 1.56 |
| | Estar tumbado en la cama | 1.73 | 1.27 |
| | Estar sentado | 1.92 | 1.56 |
| | Entrar y salir de la ducha | 1.85 | 1.65 |
| | Sentarse y levantarse del retrete | 2.06 | 1.84 |
| Hacer tareas domésticas pesadas | 2.50 | 2.35 | |
| Hacer tareas domésticas ligeras | 1.95 | 1.69 | |

difícil y estar de pie, ir por terreno llano son las actividades con poca dificultad.

Por otro lado, se realizó una comparación de medias para determinar si existían diferencias significativas entre la percepción de los hombres con las mujeres. De este análisis se obtuvo que, en la dimensión del dolor, existen diferencias para los indicadores de andar por un terreno llano, subir y bajar las escaleras y estar sentado o tumbado; en tanto no existen diferencias en la percepción de dolor en la noche ni al estar de pie. Los hombres, por su parte, reconocen que sienten más dolor al andar por un terreno llano, subir o bajar escaleras o estar sentado o tumbado, en comparación con las mujeres. Para la dimensión de rigidez no se encontraron diferencias significativas en la percepción de rigidez después de despertarse; en tanto, sí se encontraron diferencias en el resto del día, siendo los hombres aquellos que más sienten rigidez durante el día. Para la dimensión de capacidad funcional, sí existen diferencias en cuanto a la percepción de dificultad que implica bajar y subir escaleras, levantarse después de estar sentado, ir de compras, levantarse de la cama, estar tumbado en la cama, estar sentado, sentarse y levantarse del retrete y hacer tareas domésticas ligeras. En todas estas actividades, son los hombres quienes las consideran con mayor grado de dificultad que las mujeres, en tanto en las otras acciones no se encontraron diferencias significativas, según el género de los pacientes (*Cuadro 1*).

Se puede asumir que la capacidad funcional es la dimensión más afectada en este estudio, tanto en hombres como mujeres, quedando en segundo lugar el dolor y por último la rigidez. Por otra parte, los hombres refieren tener una mayor afectación en todas las dimensiones. También se observa que la mayoría de los pacientes refieren tener una calidad de vida moderada con base en los resultados que se obtuvieron (*Cuadro 2*).

Al análisis por dimensiones, se reporta que para la dimensión dolor se obtuvo un valor mínimo de 3 y máximo de 20, siendo la media 9.19 con una desviación estándar de 4.8. Para la dimensión de rigidez se obtuvo un mínimo de 0, un valor máximo de 8, siendo la media de 3.68 con una desviación

Cuadro 2. Análisis general de las dimensiones por género.

| Variable | Hombres | Mujeres | t | p |
|---------------------|------------------------|------------------------|------|------|
| Capacidad funcional | X = 36.18 DE = 15.3 | X = 31.13 DE = 15.6 | 0.25 | 0.94 |
| Rigidez | X = 3.89 DE = 2.1 | X = 3.47 DE = 2.3 | 0.14 | 0.21 |
| Dolor | X = 10.32 DE = 4.9 | X = 8.05 DE = 4.4 | 0.33 | 0.25 |

DE: Desviación estándar.

estándar de 2.2. Por último, para la dimensión de capacidad funcional se contó con 10 como valor más bajo y 61 como más alto. Siendo la media 33.65, con una desviación estándar de 15.65 (*Cuadro 3*).

Para la interpretación de resultados se dividieron por rangos cada una de las dimensiones, obteniendo lo siguiente: la mayoría de los pacientes (43.55) posee una afectación baja de dolor, 38% tiene una afectación moderada y sólo el 18.5% tiene una afectación severa. Los pacientes reportan mayormente baja sensación de rigidez (37.2%), 34.6% muestra moderada rigidez y sólo 28.2% reporta esta sensación como severa. La rigidez comparada con el dolor presenta más casos de pacientes con una sensación severa. Considerando la capacidad funcional del paciente, la mayoría son casos de una capacidad funcional con algunas dificultades (46%), seguida de frecuencia por aquellos con una capacidad funcional adecuada (29%), y al menos 25% son considerados pacientes con graves dificultades (*Cuadro 4*).

Cuadro 3. Estadísticos descriptivos por dimensiones.

| Dimensión | Mínimo | Máximo | \bar{x} | DE |
|---------------------|--------|--------|-----------|--------|
| Dolor | 3 | 20 | 9.19 | 4.830 |
| Rigidez | 0 | 8 | 3.68 | 2.264 |
| Capacidad funcional | 10 | 61 | 33.65 | 15.655 |

DE: Desviación estándar.

Cuadro 4. Rangos de afectación de dolor, sensación de rigidez y capacidad funcional.

| | Rango | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|-------|------------|------------|
| Dolor | | | |
| Baja | 0-7 | 108 | 43.5 |
| Moderada | 8-14 | 94 | 38 |
| Severa | 15-20 | 46 | 18.5 |
| Sensación de rigidez | | | |
| Baja | 0-2 | 92 | 37.2 |
| Moderada | 3-5 | 86 | 34.6 |
| Severa | 6-8 | 70 | 28.2 |
| Grado de capacidad funcional | | | |
| Adecuada | 0-22 | 72 | 29 |
| Con dificultades | 23-45 | 114 | 46 |
| Graves dificultades | 46-68 | 62 | 25 |

Desde una visión total de la prueba WOMAC, se tuvo un mínimo de 14 y un máximo de 89, siendo la media 46.51 con una desviación de 22. La mayoría de los pacientes reporta un estado regular en la calidad de vida; 28% muestra signos de buena calidad de vida, por la ausencia de dolores y rigidez graves. Sin embargo, el 25% posee una calidad de vida baja y reporta altos grados de dolor y rigidez (Cuadro 5).

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en el estudio muestran que existe evidencia suficiente para indicar que la capacidad funcional y el dolor son las dimensiones más afectadas en los pacientes con osteoartritis evaluados mediante el índice WOMAC. Esto demuestra la importancia de dirigir la atención terapéutica de rehabilitación hacia la disminución del dolor y el mejoramiento de la capacidad funcional que repercutirá positivamente en la calidad de vida de estos pacientes.

Salaffi indica que la función física se ve perturbada en pacientes con OA, lo que se relaciona con lo referido por los participantes de este estudio⁹. Esto es similar a la conclusión de que la calidad de vida no se ve tan afectada en los pacientes que reciben tratamiento rehabilitador, referido por Dinorah, en el estudio que realizó con 50 pacientes¹⁰. Los resultados de nuestro estudio muestran consistencia con las aportaciones de Klippel¹¹ y Gamboa¹² acerca de que la persona experimenta dolor después de caminar. Atkinson, por su parte, en 2007 menciona que el dolor, por lo general, disminuye al estar en reposo, por lo que el dolor se asocia principalmente con el movimiento, y la carga se alivia con el reposo¹³.

Los resultados muestran consistencia con lo aportado por diversos autores. Las actividades establecidas representan algún grado de dificultad, tal como lo señala Gamboa¹², quien menciona que cuando hay algún grado de contractura en flexión de la cadera puede hacerse incómodo y difícil ponerse de pie y la marcha puede ser alterada provocando cojera para caminar. Otra limitación que se manifestó en los pacientes, según Atkinson, es la dificultad para subir escaleras¹³.

Bijlsma, Berenbaum y Lafeber mencionan que la rigidez capsular progresiva hace que la persona note alguna dificultad para ponerse de cuclillas, por ejemplo para agacharse a recoger

un objeto del piso, pararse de una silla o del retrete¹⁴. Cuando hay rigidez capsular progresiva en la osteoartritis de cadera se empieza afectando ciertas actividades y gradualmente aparece dificultad para colocarse las medias y los zapatos. Podría esto explicar el porcentaje obtenido en el estudio. Esto resulta congruente con lo que refiere Klippel, sobre que la rigidez matutina de hasta 30 minutos mejora posteriormente con el movimiento¹¹. Se infiere que una cantidad considerable de pacientes mencionó no presentar rigidez quizá porque ésta es un fenómeno difícil de definir y se describen de diferentes formas, tal como lo afirma Atkinson¹³.

Lo encontrado en este estudio en relación con el hecho de que la osteoartritis es frecuente en hombres y mujeres y que los casos se detectan cuando existe un grado medio o avanzado de la enfermedad corrobora lo propuesto por Harris, quien indica que para el año 2020 se espera que se dupliquen estas cifras¹⁵.

En un estudio realizado por Casals en 2010 se reportó que el dolor por artrosis se relaciona con el sexo femenino; sin embargo, en el presente estudio se encontró que tanto hombres como mujeres refieren tener poco dolor; por tanto, no es característico de determinado género¹⁶.

La capacidad funcional es la dimensión más afectada, como lo referido en otros estudios¹⁷⁻¹⁹, lo que puede deberse a la forma en cómo es medida la variable, considerando las actividades que les cuesta trabajo realizar por la presencia de la enfermedad. Los pacientes refieren tener dolor independientemente de su género y edad, lo que establece que es una característica aunada al padecimiento. Es importante el descubrimiento de que se percibe mayor el dolor que la rigidez, esto puede deberse a que, como en un principio se comentó, no existe una manera objetiva de describir, definir ni medir la rigidez, cada paciente la siente de manera distinta y le es difícil cuantificarla, a diferencia del dolor que permite incluso la localización en alguna parte específica del cuerpo.

Por otra parte, los hombres refieren tener una mayor afectación en todas las dimensiones, esto se puede atribuir a que los hombres son más activos que las mujeres, realizan más actividades o actividades más pesadas que les permiten experimentar mayor grado de dolor, rigidez o limitaciones; también puede referirse al grado de percepción o umbral de dolor entre ambos géneros. En la OA hay tanto una afectación muscular como articular que conlleva limitaciones y dolor, pero en estos casos hay que considerar que están en un programa de rehabilitación y que se deben trabajar estos aspectos; quizá por esto la percepción de dolor es baja aunque está presente y, como refiere Atkinson, el dolor se asocia principalmente con el movimiento y la carga¹³.

En cuanto a sentirlo por la noche en la cama, los resultados de la mayoría tanto de hombres como mujeres son poco dolor, e incluso un porcentaje considerable dijo que ninguno; así como en cuanto a estar sentado o tumbado tanto hombres

Cuadro 5. Calidad de vida según la escala Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC).

| Calidad de vida | Rango | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|-------|------------|------------|
| Alta | 0-30 | 70 | 28 |
| Regular | 31-60 | 116 | 47 |
| Poca | 61-96 | 62 | 25 |

como mujeres refirieron poco; sin embargo, hay que tomar en cuenta que la mayoría refiere algún grado de dolor. En cuanto a estar de pie, el dolor tanto en hombres como mujeres lo percibieron bastante seguido como poco, y aquí podemos aplicar lo que menciona también el mismo autor. Como se puede observar, la afectación de las personas en cuanto al dolor es mínima y tanto en hombres como mujeres no hay diferencia significativa.

En cuanto a los resultados encontrados respecto a la rigidez después de despertarse por las mañanas no varía por género, los porcentajes son muy similares en todas las opciones y está presente en la mayoría, como menciona Klippel, de que la rigidez se presenta en los primeros 30 minutos de la mañana¹¹. Por otra parte, lo observado en cuanto a la rigidez después de estar sentado, tumbado o descansando es que la mayoría tanto de hombres como de mujeres refirieron tener poca; en esta opción se concentra 50% y el resto está dividido en porcentajes similares en las opciones siguientes. Como se mencionó, podría deberse a que es muy complicado definir el concepto de rigidez como indica Atkinson y, por tanto, varía la percepción de las personas. Aunque se puede concluir de que la afectación no es severa en ningún género¹³.

Se observó que la mayoría de los pacientes refieren tener una calidad de vida moderada, esto es porque aún son adultos funcionales, y realizan todas las actividades planteadas independientemente de que les cause mucho o poco dolor o rigidez, es decir, no les representa una discapacidad. Por ello, es importante la detección temprana, el diagnóstico acertado y la rehabilitación correspondiente para incrementar la calidad de vida, la funcionalidad y la estabilidad del paciente, tal como se reporta en otros estudios²⁰⁻²².

Se detectó que la actividad que representa muchísima dificultad es realizar las tareas domésticas pesadas, seguida por agacharse a coger algo del suelo que implica mucha dificultad; después ir de compras y levantarse del retrete representan bastante dificultad; entrar y salir de la ducha es poco difícil y estar de pie, ir por terreno llano son las actividades con poca dificultad. Esto comprueba que mientras más movimiento, fuerza y tiempo implique la actividad, más difícil será de realizar y se describirá como dolorosa o que se realiza con molestia o rigidez.

No existe diferencia significativa por género en la percepción de las actividades; sin embargo, los hombres alcanzaron una media más alta, mientras las mujeres se ubican por debajo de la media.

Los resultados obtenidos en cuanto a las dificultades para bajar las escaleras muestran que tanto hombres como mujeres, en su mayoría, dicen tener pocas dificultades; lo mismo sucede en el caso de subirlas; esto nos permite afirmar que lo que menciona Gamboa¹² y Atkinson¹³ coincide con lo que encontramos; sin embargo, Abolafia menciona en un estudio que realizó en la población de Jaén con una muestra de 120

pacientes que la actividad mayormente afectada con 80.9% es subir y bajar escaleras aunque no menciona qué grado de afectación¹, pero en el presente estudio la afectación no es severa en ninguno de los dos géneros. Respecto a levantarse después de estar sentado, los resultados arrojan que es una actividad de poca dificultad, lo mismo que estar de pie.

Considerando la capacidad funcional del paciente, la mayoría son casos de una capacidad funcional con algunas dificultades (46%), seguida de frecuencia por aquellos con una capacidad funcional adecuada (29%) y al menos 25% son considerados pacientes con graves dificultades; sin embargo, es de entenderse que todos presentan capacidad funcional limitada que varía según el grado, si se toma en cuenta a aquellos pacientes con dificultades y con graves dificultades se hallará que al menos 70% de la población tiene afectaciones de cuidado y deben ser tomadas en cuenta para evitar mayores daños a mediano y largo plazos.

En el estudio se identificó que los entrevistados consideran que la calidad de vida es regular, la dimensión más afectada es la capacidad funcional, seguida del dolor y por último la rigidez. En cuanto a la diferencia de género, son los hombres quienes sienten más dolor al realizar actividades como caminar, subir y bajar escaleras así como estar sentado. La rigidez se da mayormente durante el día, en comparación con las primeras horas de la mañana.

CONCLUSIONES

Para concluir el estudio se tuvieron problemas para encontrar investigaciones que aborden la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla para comparar los resultados, además de que en México son pocos los estudios que se han hecho acerca de la osteoartritis, y los pocos que hay no se han enfocado en este tema; en nuestro estado, lo más aproximado ha sido un ensayo sobre la eficacia de un programa educativo en pacientes con OA de rodilla. Otra limitación fue que a pesar de que el índice WOMAC es un cuestionario para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en este tema, se encontraron pocos estudios que lo utilicen a pesar de que la bibliografía menciona que es muy utilizado y validado en muchas poblaciones, además de ser muy confiable.

Por otra parte, la población estudiada es reducida y limita para generalizar los resultados, además de que no se indagó acerca de la edad o tiempo de manifestación de la enfermedad, entre otras variables; sin embargo, los resultados obtenidos constituyen un acercamiento en nuestro medio para evaluar este tema y podrá servir para que el sector salud analice los resultados y le pueda dar el mejor manejo para establecer estrategias encaminadas a mejorar la calidad de vida en estos pacientes, ya que, como se observó, es muy pequeña la afectación de estas personas al estar integradas en

un programa de rehabilitación; por tanto, se puede prevenir la afectación en la calidad de vida.

La investigación aporta conocimientos e información al campo de la calidad de vida y la osteoartritis, por lo que se exhorta a realizar futuros estudios en lo referente a las variables investigadas en éste para beneficio y fomento del control de un número mayor de variables.

Se propone la utilización del índice WOMAC, instrumento con el que se trabajó, con las suficientes garantías de fiabilidad y validez, además de que ya hay datos que servirían para comparar en la población yucateca y trabajar en un programa integral en este tema, ya que como se ha manifestado, es una enfermedad que acarrea demasiados costos, además de que va en aumento, lo cual es preocupante y, por tanto, se tiene que trabajar más en la prevención.

Las contribuciones de autoría de los autores fueron: Damaris Estrella Castillo y Armando López Manrique elaboraron el protocolo de investigación de donde deriva el artículo, así como en el trabajo de campo para la recolección de datos, el análisis e interpretación de los mismos, el análisis estadístico y la redacción del artículo. Armando López Manrique y Russell Arcila Novelo colaboraron en la redacción y corrección del artículo y los tres revisaron críticamente el artículo en cuanto al contenido y aprobaron su última versión para su envío.

REFERENCIAS

1. Abolafia-Montes ML, Ruiz Flores MJ, Velasco Bermúdez L, Delgado Martínez A. Estado actual de la artrosis en la población de Jaén. *Ini Inv.* 2007; 2:a4
2. Costantino M. Sulphur mud-bath treatment in osteoarthrosis: therapeutic activity and efficiency on the quality of life [Article in Italian]. *Clin Ter.* 2006; 157(6): 525-9.
3. Kohler F. Special edition: the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Prosthet Orthot Int.* 2011; 35(3): 259-61. doi: 10.1177/0309364611420995.
4. Helmick CG, Felson DT, Lawrence RC, Gabriel S, Hirsch R et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. *Arthritis Rheum.* 2008; 58(1): 15-25. doi: 10.1002/art.23177.
5. López Alonso SR, Martínez Sánchez CM, Romero Cañadillas AB, Navarro Casado F, González Rojo J. Propiedades métricas del cuestionario WOMAC y de una versión reducida para medir la sintomatología y la discapacidad física. *Atención Primaria.* 2009; 41: 613-620.
6. Messier SP1, Gutekunst DJ, Davis C, DeVita P. Weight loss reduces knee-joint loads in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2005; 52(7): 2026-32.
7. Lozano R, Franco F, Solís M. El peso de la enfermedad crónica en México. *Salud Pública de México.* 2007; 49.
8. Buendía S. *Frecuencia de osteoartritis en el departamento de Medicina del Deporte* [Tesis para obtener el título de médico cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán]. Universidad Autónoma de Yucatán; 2007.
9. Salaffi F, Carotti M, Corassi W. La salud relacionada con la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de cadera o de rodilla: comparación de los instrumentos genéricos y específicos de la enfermedad. *Revista Clin Rheumatol* [Internet]. 2005 [Consultada el 20 de marzo de 2011]; 24(1), 29-37. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1754004
10. Dinorah M, Prada H. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y tratamiento rehabilitador. *Rev Cub Reumatol.* 2008 [Consultada el 20 de marzo 2010]; 10(11). Disponible en: www.sld.cu/sitios/reumatologia/tema.php?idv
11. Klippel J. *Principios de las enfermedades reumáticas*. EUA: Arthritis Foundation; 2000.
12. Gamboa G. *Importancia de la osteoartritis como causa de invalidez, repercusión social* [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán]. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán; 2008.
13. Atkinson K. *Fisioterapia en ortopedia. Un enfoque basado en la resolución de problemas*. España: Elsevier; 2007.
14. Bijlsma J, Berenbaum F, Lafeber F. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *Lancet.* 2011 [Consultado: 03 de mayo de 2013]; 377: 2115-26. Disponible en: www.researchgate.net/osteoarthritis_an_update_wi
15. Harris E, Budd R, Firestein G. *Tratado de Reumatología*. Madrid: Elsevier Saunders; 2006.
16. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. 2004. *Revista electrónica Rev Soc Esp Dolor*, 11 (5), 260-269 [Consultado 4 marzo 2013]. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2004_05_02.pdf
17. Nuño B, Alcocer J. Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. *Revista Médica del IMSS*, 2005; Vol. 43, No. 4, 2, 287-292
18. Vidal B. *Osteoartritis, su incidencia en nuestro medio* [Tesis de licenciatura]. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán; 1985.
19. Zambudio R, Peña A, Flores M. *Manual Sermef de medicina física y rehabilitación*. Barcelona: Médica Panamericana; 2006.
20. Hunter D. In the clinic: Osteoarthritis. *Ann Intern Med.* 2007; 147(3): ITC8-1-ITC8-16.
21. Hunter D, Lo GH. The management of osteoarthritis: an overview and call to appropriate conservative treatment. *Rheum Dis Clin North Am.* 2008; 34(3): 689-712. doi: 10.1016/j.rdc.2008.05.008.
22. Richmond J, Hunter D, Irrgang J, Jones MH, Levy B, Marx R, et al. Treatment of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty). *J Am Acad Orthop Surg.* 2009; 17: 591-600.

Dirección para correspondencia:
Damaris Francis Estrella Castillo
Calle 20 Núm. 209-A X 11 y 13, Vista Alegre, 97130,
Mérida, Yucatán, México
Teléfono: (999) 986-69-91
E-mail: ecastill@uady.mx; damarisestrella@hotmail.com