

Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XVI Número 2, 2014 ISSN: 1817-5996

www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Impacto de la artroscopía en la percepción de la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis de rodilla

Arthroscopy impact in the perception of the quality of patients with knee osteoarthritis

Solis Cartas Urbano*, Torres Carballeira Roberto**, Milera Rodríguez Joel***

* MSc. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Reumatología

** Especialista de 2do Grado en Reumatología

*** Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Reumatología

Centro de Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La artroscopía es un método diagnóstico endoscópico que ofrece una serie de variantes terapéutica a la osteoartritis de rodilla

Objetivo: Identificar la repercusión de la artroscopía en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con osteoartritis de rodilla sometidos a este proceder quirúrgico.

Métodos: Estudio descriptivo en 117 pacientes con diagnóstico de osteoartritis de rodilla a los que se les realizó artroscopía. Se utilizó el cuestionario de láminas Coop/Wonca y la versión cubana del Health Assessment Questionnaire para determinar calidad de vida relacionada con la salud un mes antes y 3 meses después de realizado el proceder quirúrgico.

Resultados: La edad promedio fue de 63,27 años. La mayor frecuencia de género correspondió al género femenino con un 78.16 %. El grado de discapacidad predominante antes de realizar la artroscopía fue la discapacidad moderada y la ligera 90 días después de realizada la misma, la percepción de calidad de vida relacionada con la salud tuvieron un comportamiento favorable 90 días después de realizada la artroscopía en relación con la determinación de la misma en los 30 días previos al proceder quirúrgico.

Conclusiones: La artroscopía, como método terapéutico, influye positivamente en la percepción de la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis de rodilla

Palabras clave: artroscopía, osteoartritis, calidad de vida, capacidad funcional, Coop/Wonca, Health Assessment Questionnaire

ABSTRACT

Introduction: The arthroscopy is a method diagnostic endoscopic that he/she offers a therapeutic series of variants to the knee osteoarthritis

Objective: To identify the repercussion of the arthroscopy in the perception of the quality of life related with the health of the patients with knee osteoarthritis subjected to this to proceed surgical.

Methodology: I study descriptive in 117 patients with diagnostic of knee osteoarthritis to those that were carried out arthroscopy. The questionnaire of sheets was used Coop/Wonca and the Cuban model of Health Assessment Questionnaire to determine quality of life related with the health before one month and 3 months after having carried out proceeding surgical.

Results: The age average was off 63.27 years. The biggest gender frequency corresponded to the feminine gender with 78.16 %. The grade of predominant discapacity before carrying out the arthroscopy was the moderate discapacity and the slight 90 days after having carried out the same one, the perception of quality of life related with the health had a behavior favorable 90 days after having carried out the arthroscopy in connection with the determination of the same one in the 30 previous days when proceeding surgical.

Conclusions: The arthroscopy, as therapeutic method, influences positively in the perception of the quality of the patients' life with knee osteoarthritis

Keywords: arthroscopy, osteoarthritis, quality of life, functional capacity, Coop/Wonca, Health Assessment Questionnaire

INTRODUCCIÓN

La osteoartritis (OA), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), afecta al 80 % de la población mayor de 65 años en los países industrializados y constituye la causa más importante de discapacidad funcional del aparato locomotor en todas las razas y zonas geográficas, afectando al 9,6 % de los hombres y 18 % de las mujeres mayores de 60 años. Se prevé que la osteoartritis será la cuarta causa de discapacidad en el año 2020.¹

En 1999 la cifra de prótesis de cadera, en pacientes con OA, ascendió a más de 800 mil a nivel mundial, cifra que debe ir en aumento debido a la mayor expectativa de vida y a la mejora socioeconómica de los países en desarrollo. 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 supera los 78 años y se espera que para el año 2025 la población de la tercera edad represente el 21 %.¹⁻²

El estudio epidemiológico, del doctor Reyes Llerena sobre morbilidad y mortalidad por afecciones reumáticas aportó entre sus resultados que las afecciones osteomioarticulares y en particular la OA se ubica en las primeras 10 causas de atención hospitalaria.³

La OA de la rodilla es una enfermedad progresiva que afecta originalmente al cartílago articular. Ciertos eventos mecánicos y biológicos pueden desestabilizar el deterioro normal y los procesos de reparación de los condrocitos y la matriz extracelular, causando el deterioro del cartílago articular. El cartílago se rompe dando lugar a la fibrilación, las fisuras, la ulceración y luego la pérdida total del grosor de la superficie de la articulación. En último término, el hueso subcondral y casi

toda la articulación resulta dañada con deformidades incapacitantes.¹

La OA de la rodilla tiene una distribución global, aunque hay variación en la prevalencia entre diferentes grupos étnicos o culturales y de género.

La población de personas mayores tiene un riesgo mayor de padecer esta enfermedad, en Cuba se definió que el 17 % de la población urbana y el 21 % de la población rural mayor de 20 años padecen de OA de rodilla.

Puede clasificarse, según sus factores etiológicos, como primaria y secundaria, aunque el estadio final de ambos tipos puede ser el mismo, la evolución de la OA primaria es generalmente más lenta y menos grave.³⁻⁵

Los pacientes con OA de la rodilla pueden buscar tratamiento médico en los diferentes estadios de la enfermedad. Las quejas más comunes son el dolor exacerbado por movimiento de la rodilla o carga de peso, rigidez, tumefacción y deformidad que afectan fuertemente la capacidad funcional de los pacientes y por ende la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Los objetivos del tratamiento son aliviar el dolor, mantener o mejorar la movilidad, y disminuir la discapacidad.

El tratamiento inicial de la mayoría de los pacientes es generalmente no operatorio, combinando analgésicos con fisioterapia, órtesis, fármacos antinflamatorios no esteroides (AINE), otros fármacos e inyecciones intrarticulares de corticoesteroides o condroprotectores.⁴

Debido a la naturaleza progresiva de la enfermedad, y al fallo de los esquemas tradicionales de tratamiento, con el consiguiente deterioro de la percepción de la CVRS de los pacientes, se les ofrece la posibilidad de tratamiento quirúrgico a través de la artroscopía la cual es un método diagnóstico endoscópico que nos permite, además de visualizar las estructuras intrarticulares, realizar el abordaje terapéutico de las lesiones que encontramos.⁴

Se han descrito varios procedimientos que incluyen el desbridamiento, lavado artroscópico, regularización del cartílago, trasplante de cartílago, trasplante de autólogo de condrocitos, reinserción de ligamentos y la keilectomia entre otros. La elección del procedimiento depende de la gravedad de la enfermedad y la condición individual del paciente.

Una vez realizado el procedimiento se corrigen las lesiones y condiciones anormales que agravan el proceso degenerativo por lo que disminuye el dolor y por consiguiente mejora la capacidad funcional y la percepción de la CVRS de los pacientes a los cuales se les realiza el proceder artroscópico.⁵

Tomando en cuenta que la CVRS en personas con OA debería ser un aspecto primordial a tener en cuenta en el seguimiento de esta afección, junto a las clásicas características de la enfermedad como son el dolor y la limitación funcional, y partiendo de la estrecha relación que existe entre CVRS, discapacidad funcional e invalidez laboral y las ventajas que ofrece la artroscopía en el abordaje terapéutico de la OA de rodilla, donde destacan la rápida mejoría de los síntomas como el dolor decidimos realizar el siguiente estudio en el centro de reumatología con el objetivo de identificar la repercusión de la artroscopía en la percepción de la CVRS de los pacientes con OA de rodilla.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo con 87 pacientes con diagnóstico de OA de rodilla, según criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR), a los cuales se le realizó artroscopía, diagnósticas y quirúrgicas, durante el periodo de mayo - diciembre 2013.

Se aplicó el cuestionario de láminas Coop/Wonca y la versión cubana del cuestionario Health Assessment Questionnaire (HAQ-CU); el HAQ-CU, como instrumentos genéricos y específicos respectivamente para identificar la percepción de CVRS en los pacientes.

Se explicó el objetivo y contenido de los cuestionarios, así como las instrucciones de respuesta (anexos 1 y 2).^{6,7}

Seguidamente, se procedió a leer de manera objetiva cada uno de los ítems de los mismos, repitiendo la lectura de las preguntas y efectuando las aclaraciones oportunas, si así se solicitaba.

Dichos instrumentos se aplicaron un mes antes y tres meses después de realizado el proceder quirúrgico; simultáneamente se les pedía su consentimiento verbal para incluir los resultados en una investigación científica que posteriormente sería publicada para el conocimiento de la comunidad médica.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa informático SPSS 11.0 y se utilizó la estadística descriptiva e inferencial.

Tabla 1. Criterios Diagnósticos de OA de rodilla según el Colegio Americano de Reumatología.

Localización	Criterios para realizar el diagnóstico de osteoartrosis según ACR
Rodilla	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de dolor la mayor parte de los días durante el último mes 2. Presencia de osteofitos 3. Líquido sinovial con características mecánicas 4. Edad mayor de 40 años 5. Rígidez matinal menor de 30 minutos en la articulación afectada 6. Crepitación Rotuliana

*Se considera diagnóstico la presencia de los 2 primeros o la presencia del primero más una de las siguientes combinaciones de estos criterios: 3-5-6 o 4-5-6.

RESULTADOS

Tabla 2. Análisis de variables sociodemográficas. Centro de Reumatología. 2013.

Características	Muestra Total 952 pacientes con criterios diagnósticos de OA
Edad media (años)	63.27 ± 9,31
Grupos de edad (años)	
50-59	29 (33.33 %)
60-69	53(60.92 %)
70-79	5(5.75 %)
Sexo	
Masculino	19 (21.84 %)
Femenino	68 (78.16 %)

El promedio de edad de 63.27 años, destacando el grupo de edades entre 60 a 69 años con un 60.92 % del total de la muestra. Predominó el femenino con 68 pacientes (78.16 %).

Llama la atención como media del estudio antes de realizarse la artroscopía una cifra global de 24.71 puntos, siendo la dimensión más afectada.

El dolor con 4.32 puntos de un máximo de 5, después de realizada la artroscopía la cifra global es de 14.63 puntos y sigue siendo el dolor la dimensión más afectada con 2.51 puntos.

Tabla 3 Distribución de pacientes según percepción de calidad de vida global y por dimensiones específica antes y después de realizar la artroscopía según Láminas Coop/Wonca. Centro de Reumatología. 2013

Dimensiones	30 días	90 días
	antes de artroscopía	posterior a la artroscopía
	Total pacientes	Total pacientes
Forma Física	2.93 (1-5)	1.98 (1-3)
Sentimientos	2.81 (1-4)	1.79 (1-3)
Actividades cotidianas	3.52 (1-5)	2.01 (1-3)
Actividades sociales	3.67 (2-5)	2.19 (1-3)
Cambios estado de salud	3.71 (2-5)	2.02 (2-5)
Estado de salud	3.75 (1-4)	2.13 (1-3)
Dolor	4.32 (2-5)	2.51 (1-3)
Global	24.71 (16-33)	14.63 (10-33)

P ≤ 0.01

Tabla 4. Distribución de pacientes según tipo de discapacidad antes y después de realizar la artroscopía según HAQ-CU. Centro de Reumatología. 2013

Según capacidad funcional	30 días antes de la artroscopía		90 días después de la artroscopía	
	No.	%	No.	%
Sin discapacidad	10	11.49	17	19.54
Discapacidad ligera	21	24.14	45	51.72
Discapacidad moderada	39	44.83	22	25.29
Discapacidad severa	17	19.54	3	3.45
Total	87	100	87	100

P ≤ 0.01

Previo a la realización de la artroscopía destaca el 44.83 % de los pacientes con discapacidad moderada e incluso un 19.54 % con discapacidad severa, una vez realizada la artroscopía predominan los pacientes con discapacidad ligera en un 51.72 % y solo un 3.45 % de pacientes con discapacidad severa.

DISCUSIÓN

La OA es la principal causa de discapacidad entre las enfermedades reumáticas y su vez provoca afectación importante

de la percepción de la CVRS por lo que disponer de esquemas terapéuticos que minimicen estos efectos es de gran importancia en la práctica médica diaria.⁵

La incidencia de OA aumentó directamente proporcional al aumento de la edad de los pacientes, planteándose este elemento como factor de riesgo para el desarrollo de esta entidad. Se plantea que diferentes causas, así como los cambios biológicos que acontecen con el envejecimiento, influenciarían a través de diferentes mecanismos, el daño estructural en las articulaciones que da lugar a la OA.⁵

La mayor frecuencia del sexo femenino con OA en nuestro estudio se explica por estar más asociadas a la obesidad, así como tener mayor laxitud articular y menos tono muscular, factores que condicionan inestabilidad articular y favorecen los micro traumas repetitivos asociados al daño articular.²

Es bien conocido que la debilidad de los cuádriceps es común entre pacientes con OA de rodilla, esta debilidad ocasiona una disfunción sensorial reflejada por una disminución en la propiocepción. Otra hipótesis que refuerza lo antes mencionado es el aumento de la frecuencia de la enfermedad en la menopausia, evidenciando el papel hormonal en el comienzo de la afección, planteando que la testosterona pudiera favorecer su aparición y los estrógenos frenarían el desarrollo de la misma.⁸⁻¹¹

Las puntuaciones de la calidad de vida tanto de forma global como en las dimensiones específicas, disminuyó significativamente 90 días después de realizada la artroscopia en comparación con 30 días previos, demostrando que la artroscopia es un proceder quirúrgico de utilidad en pacientes con OA de rodilla.

Estos resultados se explican, por el lavado articular que conlleva el acto artroscópico, con el que se eliminaría enzimas y detritos celulares que intervienen en el proceso inflamatorio que acompaña en muchas ocasiones a la OA.

Otro mecanismo está asociado a la regularización del cartílago articular en los casos de condromalacia, eliminando la tirantez del cartílago sobre el hueso subcondral y de esta forma mejorar el dolor. También se elimina la plica sinovial y la grasa hipertrófica que intervienen en la mecánica articular y son capaces de provocar dolor de forma directa e indirectamente provocando una condromalacia de cóndilos o de rótula según corresponda.⁹⁻¹¹

Otras opciones que facilita la artroscopia, como el trasplante de cartílago, de condrocitos y la keilectomia, explican la regeneración del cartílago en algunos casos, o la minimización de la lesión mecánica en otros, que es la principal estructura dañada en esta afección. Es de destacar que la artroscopia es un método quirúrgico con mínimo de complicaciones que propicia al paciente una recuperación total que oscila entre las 6 y las 10 semanas.^{8,10-11}

En cuanto a las dimensiones específicas del cuestionario de calidad de vida, observamos que el dolor fue el principal motivo de consulta en nuestros pacientes, resaltando que las puntuaciones disminuyen significativamente en los días sucesivos a la realización del acto quirúrgico, por tener menor discapacidad y mejor percepción de CVRS.⁹⁻¹⁴

La capacidad funcional de los casos operados (determinada según el HAQ-CU) mejoró después de realizada la artroscopia en comparación con los 30 días previos al proceder artroscópico, lo cual guarda relación directa con la mejoría del dolor, síntoma con un rol protagónico en el grado de discapacidad y de la percepción de la calidad de vida que expresan nuestros pacientes. Es de destacar que esta disminución de la discapacidad funcional se basa principalmente en los resultados obtenidos en los ítems caminar, agarrar, vestirse y arreglarse y otras actividades.

CONCLUSIONES

- La artroscopia impactó de forma positiva en la percepción de la calidad de vida del paciente con OA de rodilla así como mejoró el grado de discapacidad funcional de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aplicaciones de la Epidemiología al estudio de los ancianos. Informe técnico [documento en Internet]. Organización Mundial de la Salud OMS. 1984 [citado 17 febrero 2014];06:57-63. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39141?locale=es>
2. Solis Cartas U, Hernández Cuéllar I, Prada Hernández D, de Armas-Hernandez A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis. Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]. 2013 [citado 15 enero 2014];15(3):[aprox. 6 p.J. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/280>
3. Reyes Llerena GA. Prevalencia Comunitaria de las Enfermedades Reumáticas Estudio COPCORD en Cuba. [tesis]. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas

- (CIMEQ): Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2005.
4. Zhang Y, Xu L, Nevitt MC, Niu J, Goggins JP, Aliabadi P, Felson DT. Lower prevalence of hand osteoarthritis among Chinese subjects in Beijing compared with white subjects in the United States: the Beijing Osteoarthritis Study. *Arthritis and Rheumatism*. 2003;48(4):1034-40.
 5. Dabov G, Perez EA. Miscellaneous nontraumatic disorders. *Campbell's Operative Orthopaedics* [documento en Internet]. 2003 [citado 17 enero 2014]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/280>
 6. Reyes-Llerena G, Panelo-Coello A, Guibert-Toledano M, Hernández-Martínez A, López-Aguilera I, Fernández-Mederos I, Taylor-Jiménez B, Torres-Moya R. Validación de la versión cubana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) en cubanos con Artritis Reumatoide.(CU-HAQ). *Rev. Cubana de Reumatol* [revista en Internet]. 2003 [citado 17 enero 2014];4(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/240>
 7. Esteban Peña M, Jiménez García R, Gil-De Miguel A, Díaz-Olalla JM, Villasevil-Llanos E, Fernández-Cordero X. Calidad de vida en relación con la salud, medida por las laminas COOP/WONCA en la ciudad de Madrid. *SEMERGEN - Medicina de Familia* [revista en Internet]. 2010 Ene [citado 17 enero 2014];36(4):187-95. Disponible en: <http://www.elsevier.esDOI: 10.1016/j.semerg.2010.01.002>
 8. Reyes Chirino G, González Rodríguez A, Valdés Montané A, Díaz Palomino E. Lesiones del cartílago articular de la rodilla en zona de carga. *Artroscopia en 120 pacientes: Arthroscopy in 120 patients*. *Rev Ciencias Médicas* [revista en Internet]. 2005 Mar [citado 8 enero 2014];9(1):13-21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942005000100003&lng=es
 9. Rannou F, Poiraudeau S. Non-pharmacological approaches for the treatment of osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(1):93-106.
 10. Chico Capote A, Estévez del Toro MH, Pérez Campos D, Stusser R. Efecto del debridamiento artroscópico en la osteoartritis de rodilla. *Rev cubana med* [revista en Internet]. 2007 Mar [citado 15 enero 2014];46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000100007&lng=es
 11. Márquez Arábia J, Restrepo Garcés CE, Márquez Arábia WH. Bloqueos de nervio periférico para el dolor posoperatorio de artroscopia de cadera. *Rev cuba anestesiol reanim* [revista en Internet]. 2013 Abr [citado 20 enero 2014];12(1):20-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182013000100004&lng=es
 12. Álvarez López A, Ortega González C, García Lorenzo Y, Arias Sifontes J, Ruiz de Villa Suárez A. Plasma rico en plaquetas en pacientes con gonartrosis. *AMC* [revista en Internet]. 2013 Oct [citado 20 enero 2014];17(5):613-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000500011&lng=es
 13. Álvarez López A, Ortega González C, García Lorenzo Y. Comportamiento de pacientes con gonartrosis tricompartimental. *AMC* [revista en Internet]. 2013 Jun [citado 25 enero 2014];17(3):264-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000300003&lng=es
 14. Álvarez López A, García Lorenzo Y, Ortega González C, Guillen de la RR. Lesiones de menisco en pacientes con osteoartritis de la rodilla. *AMC* [revista en Internet]. 2012 Jun [citado 26 enero 2014];16(3):343-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000300012&lng=es

Los autores refieren no tener conflicto de intereses

Recibido: 3 de Marzo de 2014

Aprobado: 10 de abril de 2014

Contacto para correspondencia. Dr. Urbano Solis Cartas E-mail: urbano.mtz@infomed.sld.cu.

Centro de Reumatología. Calzada de 10 de octubre No 122, esquina Agua Dulce. Cerro. La Habana, Cuba

Anexo 1. Dimensión física del cuestionario de evaluación de salud en su versión cubana (HAQ-CU)

Por favor marque la respuesta que mejor describa sus habilidades usuales (comunes) durante la semana pasada.

Actualmente puede UD

USTED ES CAPAZ DE		Sin dificultad 0 ptos	Alguna dificultad 1 pto	Mucha dificultad 2 ptos	Imposible hacerlo 3 ptos
VESTIRSE Y ARREGLARSE	Vestirse y arreglarse por si mismo. Incluso abrocharse los botones y cordones de los zapatos				
LEVANTARSE	Acostarse y levantarse de la cama				
COMIDA	Llevarse una copa o vaso lleno a la boca.				
CAMINAR	Caminar en las afueras de la casa en terreno plano.				
HIGIENE	Bañarse y secarse todo el cuerpo				
ALCANZAR	Abrir y cerrar pilas o llaves				
AGARRAR	Agacharse y recoger ropa del suelo				
OTRAS ACTIVIDADES.	Entrar y salir de un carro				

Anexo 2 Cuestionario de imágenes “COOP/WONCA”

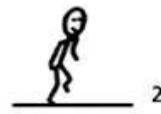
Forma física

Durante las dos últimas semanas....
¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, dos minutos?

Muy intensa
(p.ej.: correr de prisa)



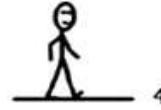
Intensa
(p.ej.: correr con suavidad)



Moderada
(p.ej.: caminar a paso rápido)



Ligera
(p.ej.: caminar despacio)



Muy ligera
(p.ej.: caminar lentamente o no poder caminar)



Sentimientos**Durante las dos últimas semanas....****¿En qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y de ánimo?****Nada, absoluto****1****Un poco****2****Moderadamente****3****Bastante****4****Intensamente****5**

Actividades cotidianas

Durante las dos últimas semanas...

¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de su casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad



1

Un poco de dificultad



2

Dificultad moderada



3

Mucha dificultad



4

Toda, no he
podido hacer nada



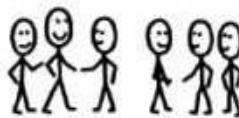
5

Actividades sociales

Durante las dos últimas semanas...

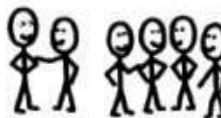
¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada en absoluto



1

Ligeramente



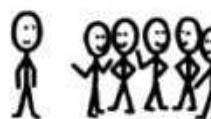
2

Moderadamente



3

Bastante



4

Muchísimo



5

Cambio en el estado de salud

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?



Estado de salud

Durante las dos últimas semanas...
¿Cómo calificaría su salud, en general?

Excelente

1

Muy buena

2

Buena

3

Regular

4

Mala

5

Dolor

Durante las dos últimas semanas....
¿Cuánto dolor has tenido?

Nada de dolor

Dolor muy leve

Dolor ligero

Dolor moderado

Dolor intenso

