

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICINA

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTROSIS DE
CADERA EN LA CONSULTA EXTERNA DE TRAUMATOLOGÍA Y
REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO
DE LA CIUDAD DE QUITO, DURANTE LOS MESES OCTUBRE Y
NOVIEMBRE DEL 2012, MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO
WESTERN ONTARIO AND MC.MASTER UNIVERSITIES OSTEOARTHRITIS
INDEX (WOMAC), Y EUROQOL 5-D”.

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

Autores:

Sebastián Alejandro Arteaga Cárdenas

Karina Estefanía Pazmiño Vizúete

Directores:

Dra. Heidi Cartagena

Dr. Fernando Carpio

QUITO ABRIL 2013

RESUMEN

La afectación de la calidad de vida en los pacientes con artrosis de cadera se debe principalmente a que esta patología se presenta especialmente en personas mayores de 65 años ¹, en diversos estudios se señala que la artrosis es la enfermedad articular más frecuente y que su prevalencia oscila entre el 6 y el 20% de la población mayor de 50 años, y la coxartrosis específicamente ocupa el 14 % de todas las patologías artrósicas.

La coxartrosis supone un impacto importante sobre la calidad de vida y el estado de salud del paciente, esta patología es una de las principales causas de discapacidad y afectación psicológica y social debido principalmente a la sintomatología que presenta.

Es considerada una patología con una elevada carga socioeconómica y motivo habitual de consulta médica ya que impacta en la vida del paciente especialmente en el ámbito laboral por la pérdida de funcionalidad.

La importancia de alcanzar una mejor calidad de vida, radica en permitir envejecer a la población de manera digna, es por esto la importancia de esta investigación la cual es un estudio Descriptivo Transversal de un solo punto y observacional, con el objetivo de determinar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artrosis de cadera que acudieron a los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de especialidad Eugenio Espejo de la ciudad de Quito en un tiempo comprendido entre octubre y noviembre del 2012, se utilizaron dos cuestionarios validados: el índice WOMAC de valoración funcional en artrosis y la escala de evaluación de calidad de vida en cualquier patología EUROQOL 5D.

Una vez obtenidos los datos, se realizó un análisis cualitativo, mediante métodos descriptivos, usando el programa estadístico SPSS 20, se utilizaron porcentajes como medida de resumen.

La muestra se caracterizó por: predominio de sexo femenino, mayores de 60 años, nivel medio de escolaridad y con un tiempo de diagnóstico entre 3 y 6 años.

Se demostró que existe asociación estadísticamente significativa entre los resultados obtenidos de los cuestionarios entre sí y con variables socio demográficas empleadas, como edad, sexo, tiempo de diagnóstico, mediante la utilización de Chi cuadrado, y con un nivel de significación mayor de 0.05

La calidad de vida se ve afectada en más del 50% de la población estudiada, el aspecto más afectado en cuanto a la calidad de vida fue la movilidad, seguida del dolor el cual fue un síntoma constante que se presentó desde el inicio de la enfermedad en toda la población estudiada, solo el 1 % de la población refirió estado óptimo de salud y el 51,3% de la población mostró discapacidad importante.

Palabras clave: Osteoartritis de la cadera, calidad de vida, evaluación de la discapacidad.

ABSTRACT

The importance of the study of hip osteoarthritis is related to its high frequency and the inconvenience of those who suffer it, is defined as a syndrome that presents primarily mechanical pain associated with stiffness, they produce progressively significant functional impairment, caused by the loss of joint function. It is considered a disease with a high socioeconomic burden, common reason for medical consultation and it impacts the patient's life especially in the workplace for the loss of functionality.

We performed an observational descriptive study of a single point, with the objective of determining the quality of life in patients with hip osteoarthritis diagnosis attending Traumatology and Rheumatology specialties at Eugenio Espejo Hospital in Quito between October and November 2012. We used two validated questionnaires: the WOMAC index rating scale for osteoarthritis and the questionnaire for quality of life in any disease EUROQOL-5D. After obtaining the data, a qualitative analysis was performed by descriptive methods, using SPSS 20; percentages were used as summary measure.

The sample was characterized by: predominantly female, aged 60 years, average education level and time of diagnosis between 3 and 6 years. It showed that there is statistically significant association between the results of the questionnaires with each other and with sociodemographic variables employed, such as age, sex, time of diagnosis, using chi-square, and with a significance level of 0.05.

The quality of life is affected by more than 50% of the population studied, the most affected in the quality of life was mobility, followed by pain which was a constant symptom was present from the onset of disease in the entire study population, only 1% of the population reported optimal health and 51.3% of the population showed significant disability.

Keywords: Hip Osteoarthritis, quality of life, disability evaluation.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN:

La afectación de la calidad de vida en los pacientes con artrosis de cadera se debe principalmente a que esta patología se presenta especialmente en personas mayores de 65 años ¹, en diversos estudios se señala que la artrosis es la enfermedad articular más frecuente y que su prevalencia oscila entre el 6 y el 20% de la población mayor de 50 años, y la coxartrosis específicamente ocupa el 14 % de todas las patologías artrósicas, además se debe tomar en cuenta que hasta la quinta década de la vida esta es una enfermedad independiente al sexo, pero al pasar los 60 años su frecuencia aumenta en el sexo femenino ya que probablemente se asociaría a influencias hormonales.^{2,3,4}

La coxartrosis supone un impacto importante sobre la calidad de vida y el estado de salud del paciente, esta patología es una de las principales causas de discapacidad y afectación psicológica y social debido principalmente a la sintomatología que presenta. El dolor mecánico que se asocia también a la rigidez y seguido de una disminución en la funcionalidad de la articulación, son los factores que más afectan a la calidad de vida de estos individuos.

Existen múltiples factores de riesgo que influyen en esta enfermedad y por ende en la calidad de vida de estos pacientes, la edad, el sexo, el sobrepeso, la práctica de deportes de impacto y algunos tipos de actividades laborales son algunos de ellos.

Dicha patología se produce principalmente en las articulaciones que soportan carga como son la cadera y la rodilla.

En nuestro estudio nos centraremos en la articulación de la cadera porque es una de las articulaciones que sufre mayor sobrecarga articular.

Esta patología presenta dolor y limitación funcional siendo estos los principales motivos de consulta médica llevando a tener un elevado costo en su atención y tratamiento, además de presentar un deterioro significativo en el estilo y calidad de vida.⁵

En algunos artículos se señala que uno de los rasgos más característicos de las sociedades actuales, es el envejecimiento de su población.^{6,9}

La reducción de la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida al nacer han sido responsables de que cada vez, haya un mayor número de personas con más de setenta y cinco años de edad.⁹

El envejecimiento de la población está relacionado con los cambios producidos en la estructura por edades de dicha población. Una sociedad envejece cuando aumenta la proporción de personas de 60 años.⁶

El aumento de la esperanza de vida y la reducción de la fertilidad son factores claves que impulsan la llamada "transición demográfica", donde se estipula que "La esperanza de vida al nacer ha pasado de los 67.3 años en el periodo de 1970-1975 a los 74.3 años en el periodo 1995-2000, y se calcula que esta esperanza vital se amplíe hasta los 80.7 años en el 2050".

En un estudio latinoamericano llevado a cabo en México se concluyó que existe un incremento promedio anual de 180 mil adultos mayores y se prevé que existirá un aumento de 27 millones hasta el año 2050 siendo a partir del año 2020 donde un 80 % de esta cifra empezara a aumentar.⁶

Es por esto que la coxartrosis aumentará de forma impredecible convirtiéndose en una de las enfermedades más significativas de la tercera edad.

El motivo de la realización de nuestro estudio es debido a que la coxartrosis es una enfermedad degenerativa que lleva a discapacidad y por el conocimiento de que cualquier tipo de enfermedad que produzca discapacidad al individuo presentará una afección en su calidad de vida, sabiendo que este término conlleva varias esferas como son el estado físico, la capacidad funcional, el estado psicológico y el sentido de bienestar.⁴

La organización mundial de la salud define la calidad de vida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.⁷

La evaluación de la calidad de vida es un reto para cualquier profesional de la salud ya que debe llevarse a cabo de forma individual y con el uso de herramientas específicas para cada paciente, patología o situación que esté atravesando, así para la realización de nuestro estudio hemos seleccionado dos cuestionarios específicos validados internacionalmente que nos ayudarán a abordar la patología de la osteoartrosis de cadera de una manera global y específica.

Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario WOMAC (determina el grado de discapacidad que presenta el paciente con coxartrosis) Y EUROQOL – 5D (cuestionario genérico aplicable para determinar la calidad de vida en cualquier patología). Los cuales se aplicaron en la Consulta Externa de Traumatología y Reumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

Este trabajo puede ser considerado de gran relevancia debido al aumento de la población adulta y por ende de las patologías degenerativas propias de la edad en este caso una patología tan común como es la coxartrosis que conllevaría a una disminución significativa de la calidad y estilo de vida del paciente.

JUSTIFICACIÓN

La importancia de realizar estudios acerca de calidad de vida relacionada con la salud, ha aumentado en los últimos años, habiendo adquirido una enorme relevancia como medida de resultado de la afectación de diversas patologías en la vida diaria de las personas que las padecen.

Dichos estudios aportan información valiosa acerca del impacto de una enfermedad o de un tratamiento, además de permitir identificar problemas funcionales, emocionales inesperados, monitorizar la progresión de la enfermedad y mejorar la relación y comunicación médico-paciente.

La finalidad del presente estudio es analizar la calidad de vida en el adulto mayor con diagnóstico de artrosis de cadera que acude a los servicios de Traumatología y Reumatología del hospital Eugenio Espejo durante los meses de Octubre y Noviembre del 2012 mediante un estudio descriptivo, con lo que se pretende tener un acercamiento a la realidad de esta población, conocer más a fondo a la misma, tanto sus características socio demográficas como todos los aspectos subjetivos que surgen de padecer una patología crónica y las necesidades básicas de esta población.

Hoy en día la vejez constituye uno de los problemas sociales que requieren mayor atención, ya que se enfrentan a cambios de funciones acompañadas de condiciones de pobreza y abandono, además se debe considerar el cambio demográfico al que nos enfrentamos actualmente, el mismo que tendrá un efecto profundo en la sociedad en

un futuro cercano y deberá recibir, cada vez, más atención por parte de los encargados tanto de la salud como de la formulación de políticas que garanticen un envejecimiento digno.⁸

El aumento de la esperanza de vida en Ecuador es un factor clave que impulsa la transición, de allí la importancia de enfocar nuestro estudio en la población mayor de 65 años, para aportar con datos relevantes, que pueden servir como herramienta de aporte para mejorar la calidad de vida de los mismos y además impulsen un tratamiento integral de la artrosis de cadera y otras enfermedades crónicas degenerativas.³⁹

La artrosis de cadera es catalogada como una enfermedad crónica de alta prevalencia, ya que ha ido incrementándose, con el consecuente deterioro de calidad de vida de las personas que la padecen y constituye un alto costo para el sistema de salud, es una de las patologías articulares más comunes y motivo frecuente de consulta médica, en un estudio por Murray C y López se mostró que esta patología era mayor en mujeres con una incidencia entre los 65 y 74 años, con una prevalencia de casos aproximada de 13.5 por cada 1000 personas y por año, la cual va aumentando constantemente con la edad.

En todo el mundo se estima que el 9.6 % de los hombres y el 18 % de mujeres mayores de 60 años, padecen artrosis sintomática. (Riedemann 2004).⁹

En nuestro estudio además de determinar la calidad de vida de los pacientes con esta patología y la esfera más afectada dentro de la misma, se pretende describir las características socio demográficas más relevantes de esta población poco estudiada,

para identificarlo como un grupo vulnerable que requiere un manejo personalizado e integral, y nuevas oportunidades para la "participación activa"

La importancia, por tanto, del estudio de la calidad de vida del enfermo es irrefutable, avalada además por el programa de la OMS Salud/sanidad para todos en el año 2000 , según el cual, desde la sanidad lo que se debe promover es proporcionar más vida a los años, no solamente más años a la vida.¹⁰

Asimismo, diversos autores (Kaplan, 1985; McDermot, 1981; Nelson et al., 1983) han señalado que las metas en política sanitaria deben ir en un doble sentido: incrementar la duración de la vida y mejorar la calidad de la misma.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los aspectos más afectados en la calidad de vida del paciente con diagnóstico de artrosis de cadera y que grado de discapacidad produce esta patología?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artrosis de cadera, que acuden a la consulta externa de los servicios de Traumatología y Reumatología de Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en la ciudad de Quito, durante los meses Octubre y Noviembre del 2012, mediante la aplicación del cuestionarios: Western Ontario and Mc.Master universities osteoarthritis index (WOMAC) y EUROQOL 5D.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir características socio demográficas de la población con artrosis de cadera.
2. Determinar si la edad del paciente contribuye al empeoramiento de la calidad de vida.
3. Determinar si el tiempo de diagnóstico influye en la calidad de vida de los pacientes.
4. Determinar cuál de los aspectos (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor, ansiedad o depresión) está más afectado según el test EUROQOL 5-D.
5. Determinar la calidad de vida del paciente mediante su auto percepción usando una escala análoga visual.
6. Determinar el grado de discapacidad que presenta el paciente con artrosis de cadera según el cuestionario WOMAC.
7. Determinar si existe relación entre los resultados obtenidos con el cuestionario WOMAC y el cuestionario EUROQOL 5D.

HIPÓTESIS

1. La calidad de vida se ve disminuida en pacientes con diagnóstico de artrosis de cadera
2. A mayor edad del paciente, disminuye su calidad de vida.
3. Los pacientes con mayor tiempo de diagnóstico, tienen mayor afectación en su calidad de vida.
4. El aspecto más afectado en la calidad de vida de los pacientes con artrosis de cadera es el dolor.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. CALIDAD DE VIDA

1.1. HISTORIA Y DEFINICIÓN DEL TÉRMINO

A lo largo de la historia la calidad de vida ha estado vinculada principalmente a factores económicos y sociales (Campbell y et al., 1976); con el tiempo se va desarrollando la participación de diversas disciplinas como por ejemplo las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano las cuales han sido de gran importancia para estudio de la calidad de vida.

Por las diferentes percepciones de este término, tenemos que en la definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad.¹¹

El término calidad de vida surge por la necesidad de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una vida aceptable o si poseían seguridad.

En los años sesenta, científicos inician varias investigaciones basándose en estado socioeconómico, nivel de educación y vivienda, usando a estos como indicadores de calidad de vida.

Al ser dichos indicadores insuficientes se inician mediciones subjetivas, como indicadores de felicidad y satisfacción.

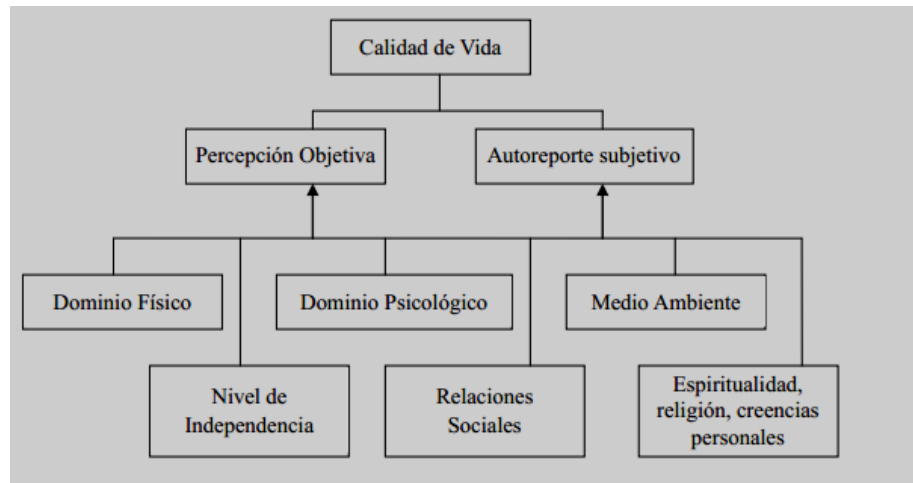
En el campo de la salud, se inician investigaciones tempranas, basándose en el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida según (Smith, Avis & Assman, 1999), las cuales son complementadas por Gill & Feinstein (1994), quienes, en una revisión de artículos sobre calidad de vida, encuentran que sólo un 35% de los modelos evaluados tenían un desarrollo conceptual complejo, cerca de un 25% de los autores no definía calidad de vida y más del 50% de los modelos no diferenciaba los factores que la influencian.

Referencia	Definición Propuesta
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL = NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Tabla 1: Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida; Fuente: Sociedad Chilena de Psicología Clínica.¹⁰

Finalmente al pretender unificar los conceptos, la organización mundial de la salud define la calidad de vida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.

Diagrama 1: Modelo conceptual de la OMS, fuente revista chilena de psicología.¹⁰



Se ha planteado un modelo a través del grupo WHOQOL, puede ser diagramado tal como se observa en la figura

Esta definición conceptual realiza una clara diferenciación entre las evaluaciones de la persona de su funcionamiento objetivo, capacidades y conductas y los auto reportes subjetivos, en términos de satisfacción / insatisfacción, con estas conductas, estado o capacidades evaluadas en las seis dimensiones propuestas.

Cada una de estas dimensiones, a su vez, se compone de subdominios (The WHOQOL Group, 1995).

Este modelo presentado por la OMS no es el único, ni ha logrado el consenso de todos los investigadores. Pese a esto, cabe destacar la importancia que en este concepto se otorga a la influencia que ciertos factores tienen en la percepción individual.¹²

Es a partir de este tipo de planteamientos que los estudios sobre la calidad de vida surgen para conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona en este caso específicamente del adulto mayor, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna ¹²

1.2. CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Una vez comprendido el concepto de calidad de vida, es necesario realizar un enfoque del mismo en la tercera edad, al ser esta la población más propensa a sufrir alteraciones en la calidad de vida, deben tomarse en cuenta todos los aspectos tanto subjetivos como percepciones de los adultos mayores, intereses, necesidades de participación, que apuntan a una vida de calidad y bienestar, tanto físico como social.

El aumento constante de la población que llega a edades cada vez más avanzadas, produce un incremento de su grado de vulnerabilidad ante diferentes situaciones y como consecuencia de ello, de su nivel de dependencia.¹³

Según Passanante (2005), “aumentar la probabilidad de un envejecer saludable, vinculado a la autonomía y a la calidad de vida, es un tema de interés social”¹⁴

En la presente investigación, centraremos la atención en los aspectos subjetivos que definen a la calidad de vida de los adultos mayores, principalmente por el hecho de que es la población más afectada por artrosis de cadera, la cual al ser una patología progresiva discapacitante, inevitablemente modificará todos los aspectos que componen la calidad de vida de esta población.

La importancia de alcanzar una mejor calidad de vida, radica en permitir envejecer a la población de un manera digna, es por esto la importancia de los estudios acerca de este tema.

La calidad de vida en la tercera edad es un asunto de gran relevancia, que afecta, no sólo a las personas mayores sino también a sus familias, a la sociedad y al estado mismo con sus respectivos servicios de salud.¹⁵

El concepto de calidad de vida debe incluir características más importantes propias de la vejez, además de las diferencias respecto de las anteriores etapas del ciclo de vida.

De igual manera se toman en cuenta redes sociales, y de apoyo, los servicios sociales, entornos propicios y favorables, condición de salud, satisfacción que poseen los ancianos.

Las condiciones de vida de las personas de edad son un aspecto de gran importancia para los estados y para las Naciones Unidas, por implicaciones de salud y derechos humanos que se vinculan al tema, por tanto, debe buscarse fomentar en el anciano una valoración positiva sobre sus capacidades (González-Celis, 2009c) y ofrecerle las oportunidades necesarias para que desarrolle sus potencialidades, tome sus decisiones y pueda seguir considerándose a sí mismo como una persona independiente.

Es decir, que se sienta capaz de realizar exitosamente un comportamiento que le resulte pleno de bienestar y contribuya a su satisfacción vital y a su calidad de vida.¹³

1.2.1. ENFERMEDADES OSTEORATICULARES EN ADULTOS MAYORES

El envejecimiento viene acompañado de una gran cantidad de cambios fisiológicos y estructurales, en todos los sistemas.

Con la edad resulta principalmente afectado el sistema osteoarticular, se ha determinado que el 81% de la población mayor de 65 años ya padece algún tipo de alteración ósea y este porcentaje va en aumento en los mayores de 85 años.

Existen diferentes cambios osteoarticulares que se asocian al envejecimiento, los cuales principalmente ocurren en la masa ósea la cual disminuye con el paso del tiempo e inicia a los 35 años y se extiende a lo largo de la vida.

Con el envejecimiento se presentan diferentes cambios en el sistema musculoesquelético como cambio en la forma de la columna vertebral, la cual se comprime por sucesivas fracturas vertebrales y por la deshidratación de los discos intervertebrales, los cuales también sufren una deshidratación constante, aumenta la cifosis dorsal y hay disminución de la talla corporal.¹⁹

Igualmente existen cambios en los arcos de los pies lo cuales pierden la curvatura normal y tienden a soportar más presión en la parte interna con la consecutiva pérdida del equilibrio y alteración de la movilidad y la marcha.

Los huesos de los brazos y las piernas mantienen su longitud, pero es la desmineralización de los mismos los cuales los vuelven más propensos a fracturas.

El líquido intraarticular disminuye y el cartílago se erosiona, por lo que las articulaciones se vuelven más rígidas, menos flexibles y por lo tanto la amplitud de movimientos empeora.

De igual manera las fibras musculares se verán afectadas ya que pierden elasticidad y disminuyen el tono y su capacidad de contracción, es decir habrá pérdida de fuerza y capacidad en el anciano.

Los niveles de calcio se alteran junto con el déficit de estrógenos en las mujeres posmenopáusicas, lo cual se ve agravado por el déficit de calcio en la dieta y la menor actividad física en el anciano

En los adultos mayores la osteoartritis es la enfermedad reumatológica de mayor importancia en geriatría, no sólo por su prevalencia creciente con la edad, sino por las consecuencias que produce en la vida del anciano.

Los cambios ya mencionados en la vejez aportan de manera muy activa en el apareamiento de sintomatología de esta enfermedad como la rigidez, disminución de movilidad, insuficiencia muscular, etc., sumados a lo que sucede en otros sistemas de gran relación con el aparato locomotor (neurológico, cardiovascular, sentidos, etc.)²⁰

En un estudio realizado en Cuba en el año 2006 se encontró que las dimensiones más afectadas en cuanto a la calidad de vida fueron la movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas y dolor, los cuales se revisaran independientemente con las características fisiopatológicas de los mismos y su proceso de afectación.

1.2.2. CALIDAD DE VIDA EN EL LOS PACIENTES CON PATOLOGIA OSTEOARTICULAR

EPIDEMIOLOGÍA

Las enfermedades osteoarticulares representan más del 10% de las consultas. En varios estudios señalan que entre el 10 y el 40% de la población en general presenta algún trastorno osteoarticular.

Las enfermedades osteoarticulares más relevantes son la lumbalgia, la artrosis y la fibromialgia.

La artrosis es la enfermedad articular más frecuente, su prevalencia oscila entre el 6 y el 20% de los mayores de 20 años.¹⁶

Un estudio en España indica que las articulaciones más frecuentemente afectadas son la artrosis de rodilla y cadera en un 10,2% de la población.¹⁷

La artrosis como enfermedad osteoarticular es de gran relevancia en el estado de salud y sobre la utilización de servicios de salud, se determinó que el 30% de las personas que consultan al médico lo hacen por problemas derivados de alguna enfermedad reumática.¹⁶

La osteoartrosis es la enfermedad reumatológica de mayor importancia en geriatría, no sólo por su prevalencia creciente con la edad, sino por las enormes consecuencias que produce en la vida del anciano.

Según la utilización de evaluaciones y varios criterios diagnósticos dependiendo del método de investigación se estima que la prevalencia de síntomas que esta enfermedad produce está entre un 50 y un 80% de la población mayor.¹⁸

El envejecimiento poblacional es la principal causa de su elevada prevalencia y su incidencia con la edad.

La patología artrósica es uno de los principales motivos de consulta reumatológica y de sus enormes repercusiones sanitarias, económicas y sociales.

La artrosis es la causa más importante de discapacidad en el anciano. Más del 80% de los mayores de 50 años están afectados y, de ellos, el 20% son discapacitados.

De hecho, la artrosis de cadera limita la movilidad más que ninguna otra enfermedad crónica, lo que produce consumo de recursos económicos, la artrosis supone el 1-2,5% del producto interior bruto de EE.UU.

En el anciano estos costes se deben sobre todo a la hospitalización para recambio articular y jubilación precoz, además del gasto derivado del elevado consumo de fármacos y recursos sociales implicados en ambos casos.¹⁸

Esta patología no es completamente comprendida, lo que representa un desafío para el médico.

El proceso de envejecimiento da lugar a una serie de cambios del aparato osteoarticular debido al desgaste que se produce, las secuelas de otras enfermedades y el propio estilo de vida del paciente.

Estos cambios fisiológicos y patológicos sumados a los acontecimientos en otros sistemas y aparatos favorece la aparición de síndromes clínicos de gran importancia para el paciente mayor y que afecta sobre manera tanto a su pronóstico vital como a su calidad de vida, provocando dolor crónico, trastornos de la deambulación, caídas y fracturas, así como limitación de la funcionalidad, desarrollo de dependencia e incremento de las necesidades asistenciales y recursos socio sanitarios.¹⁸

Para un buen manejo de la enfermedad artrósica es necesario, establecer precozmente el diagnóstico preciso y la evaluación de su extensión, la valoración de sus consecuencias funcionales, la aplicación de un tratamiento adaptado, integral y eficaz encaminado a aliviar el dolor y mejorar la capacidad funcional, además de retrasar o minimizar en lo posible la pérdida de autonomía que provoca con el tiempo.

1.2.3. ARTROSIS DE CADERA

1.2.3.1. DEFINICIÓN

Según la OMS la artrosis es la patología resultante de fenómenos mecánicos y bioquímicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la degradación del cartílago y el hueso subcondral. Este desequilibrio puede ser iniciado por múltiples factores: genéticos, del desarrollo, metabólicos y traumáticos.

Se manifiesta por modificaciones morfológicas, bioquímicas, moleculares y biomecánicas de las células y de la matriz extracelular conduciendo a una remodelación, fisuración, ulceración y pérdida del cartílago articular, esclerosis del hueso subcondral con producción de osteofitos y quistes subcondrales.²¹

La artrosis es una artropatía degenerativa que afecta principalmente a articulaciones móviles y que se produce por la alteración de las propiedades del cartílago y del hueso subcondral, es el resultado de un grupo de patologías múltiples con manifestaciones similares.²²

También denominada osteoartrosis, osteoartritis (OA) e, incluso, enfermedad articular degenerativa, según la Sociedad Española de Reumatología (SER) podemos considerar la artrosis como una patología articular degenerativa caracterizada por un proceso de deterioro del cartílago, con reacción proliferativa del hueso subcondral e inflamación de la membrana sinovial.²³

1.2.3.2. EPIDEMIOLOGIA

La artrosis es la enfermedad más frecuente que afecta al aparato locomotor, con signos radiológicos en el 70% de los mayores de 50 años.

Es la causa más frecuente de incapacidad en las personas de edad avanzada por lo cual fue propuesta por la OMS como una de las enfermedades de especial estudio en la década 2000-2010.

Puede afectar a cualquier articulación, pero las más frecuentes son las manos, la rodilla, la cadera y la columna vertebral.²⁴

Tras las rodillas, la cadera es la segunda articulación más afectada por esta enfermedad.

La prevalencia de la artrosis de cadera, se sitúa entre el 3 y el 11% de la población occidental por encima de los 35 años.²⁵

La artrosis de cadera tiene una menor prevalencia en China y Japón que en Estados Unidos y Europa, y hay una menor prevalencia en la población negra de América.²⁶

En una revisión de estudios se estimó que la prevalencia de la artrosis en Estados Unidos era del 12% en los mayores de 25 años.

En el estudio longitudinal de Baltimore se observó que la incidencia de la artrosis aumentaba con la edad, alcanzando un máximo de 106 casos por 1.000 personas en los mayores de 60 años.

A pesar de que en general la artrosis de cadera es más corriente y grave en las mujeres, la cadera es la única localización de la enfermedad en la que la distribución

por sexos está más igualada. La artrosis de cadera está más presente en hombres jóvenes, pero es más sobresaliente aún entre las mujeres de edad avanzada.²⁶

El origen de la artrosis es multifactorial, con causas medio ambientales y factores genéticos.

Se estima que los signos radiológicos de artrosis son raros antes de los 40 años (un 2 %), aparecen en el 30 % de las personas entre 45 y 65 años y en el 68 % de los mayores de 65 años. En los menores de 45 años, la prevalencia es mayor en varones, y por encima de 55 años es mayor el número de mujeres que la padecen que el de hombres, pero si tenemos en cuenta todas las edades, la afectación por sexos es similar. En los menores de 55 años el patrón de afectación articular es similar entre sexos, pero por encima de esta edad las mujeres sufren mayor afectación de articulaciones interfalángicas de las manos, carpo metacarpiana y de rodillas, y los varones más de caderas.

Los estudios anatomopatológicos (autopsias) muestran que las alteraciones articulares típicas de la artrosis comienzan en la segunda década de la vida, afectando al 90 % de las personas por encima de los 40 años.

La distribución de la enfermedad es universal, aunque existen diferencias geográficas, debidas en parte a factores genéticos, correlación ambientales y a la diferente utilización de las articulaciones, pero también debidas a errores de apreciación interobservador y a la utilización de criterios no siempre comparables para el diagnóstico.

Para conocer la prevalencia y la incidencia de la coxartrosis nos encontramos con los mismos problemas que en la artrosis general.

Es un estudio realizado Friol llego a la conclusión que el predominio de esta enfermedad correspondió a las féminas de más de 60 años.²⁶

En cuanto a la distribución por raza primo la blanca con un 51,6% por encima de la mestiza y la negra, lo cual se comporta similar a otros autores donde hablan que la raza negra es menos afectada pero no para todo tipo de artrosis.

La edad es la variable mas asociada con esta enfermedad por evidentes diferencias histoquímicas y moleculares respecto al cartílago de personas añosas, por lo cual existe una estrecha relación entre artrosis y envejecimiento.

En el Ecuador el 60 por ciento de los ancianos sufre artrosis, la tendencia es más fuerte entre las mujeres por displasia o anomalía en el desarrollo de un órgano en la cadera y por la falta de calcio, tras la menopausia.¹⁴

Debido a la falta de datos epidemiológicos relacionados con esta patología en general y en el adulto mayor hemos decidido basarnos en estadística mundial, enfocándonos preferentemente en poblaciones similares a la nuestra como es la Latinoamericana, la cual nos ayudará a entender un poco más este problema tan común en nuestros adultos mayores.

1.2.4. EL DOLOR Y CALIDAD DE VIDA

El dolor crónico es el problema con mayor prevalencia en nuestra comunidad afectando a más del 30% de la población mayor.²⁷

Las enfermedades reumáticas en especial las osteoarticulares son las principales causas de dolor crónico, referente a esto la artrosis es la principal patología que produce esta sintomatología.

En un estudio que se realizó por la Sociedad Española de Reumatología, la prevalencia estimada de artrosis sintomática en la población adulta española (edad superior a 50 años) resultó ser del 4,4% en artrosis de cadera.²⁷

En un estudio llevado a cabo por (López-Silva y cols., 2007) se determinó que la coxartrosis es causa de dolor crónico y en el 12, 69% de la población estudiada afectó significativamente a la calidad de vida en comparación con un grupo control de pacientes sanos.

Otro estudio denominado Artro – Pro concluyó que el dolor influye de gran manera en la calidad de vida de estos sujetos en los cuales mediante una Escala Visual Analógica (EVA), y el cuestionario WOMAC más del 50% de la población estudiada demostraba una disminución significativa en la calidad de vida.²⁸

La artrosis es la enfermedad osteoarticular de mayor prevalencia mundial en la cual el dolor es el principal síntoma que motiva más frecuentemente a la consulta médica en la población general.²⁹

Otros datos observados en una encuesta europea realizada en las Islas Baleares en el 2001 señalan que alrededor de un 20% de las personas que sufren dolor crónico han perdido su trabajo, y que la media de absentismo laboral es de 15 días anuales

además que el 40% de ellos han visto limitada su capacidad para llevar a cabo su vida cotidiana.

En cuanto a la prevalencia del dolor en adultos mayores de 65 años, la evidencia apunta igualmente a una elevada prevalencia.

Un estudio que se llevó a cabo en Cataluña encontró que el 73.5% de los mayores de 65 años sufría de dolor (Miró et al., 2007). De ellos, el 94.2% informó que su dolor era crónico (con una duración de tres meses o más).

En este estudio se encontró una mayor prevalencia del dolor en mujeres. De igual modo, las mujeres que participaron informaron sobre mayores puntuaciones en intensidad de dolor y durante más tiempo. También, se encontró que el dolor provocaba mayores niveles de discapacidad y dependencia en personas mayores que en jóvenes. Las zonas corporales que fueron identificadas como las más dolorosas incluían: articulaciones en especial de miembros inferiores.

1.2.4.1. DOLOR CRÓNICO:

El dolor tiene un componente sensorial y otro afectivo o emocional que condicionan lo que se conoce como sufrimiento asociado al dolor y que está íntimamente relacionado con la calidad de vida percibida por los pacientes.

Se señala que el dolor constituye un fenómeno perceptivo complejo, cuyas características van más allá de la intensidad, la localización o la duración de una sensación dolorosa.³⁰

El porqué de la modificación de la calidad de vida se debe a que la sensación dolorosa atrae toda nuestra atención, nos cuesta concentrarnos en otro tipo de actividades, nos cambia el humor, nuestra expresión facial se vuelve rígida, tendemos a reducir nuestro nivel de actividad y buscamos consuelo en los demás.

Según como las personas demostramos el dolor y el sufrimiento se puede llegar a decir que esta sintomatología posee, al menos tres funciones adaptativas de gran relevancia: en primera instancia, la expresión del dolor mediante vocalizaciones y gestos sirve como alarma para indicar la presencia de un daño en nuestro cuerpo, luego la experiencia del dolor permite que el individuo inicie conductas que ayudarán a reparar el daño corporal sufrido, y por último es posible atribuir a la expresión del dolor una función social que se relaciona con la advertencia a otros individuos sobre la existencia de esta patología solicitando ayuda o apoyo si fuese necesario.

Finalmente a esta sintomatología del dolor se puede concebir desde esta perspectiva como un comportamiento que permite la adaptación de los individuos a las condiciones cambiantes del medio ambiente.

Cuando el dolor se prolonga de manera excesiva, deja de cumplir su función adaptativa transformándose en un problema de salud a nivel personal y de carácter social.

Es por esto que cuando el dolor se vuelve persistente durante meses e incluso años, este se convierte en una fuente de sufrimiento continuo de tal manera que condiciona toda la vida del paciente y de quienes lo rodean.

Es por esto que al cronificarse el dolor este lleva a cambios importantes en la vida, afectando tanto al estado emocional, cognitivo y social, como al funcionamiento cerebral.

Es así pues que el dolor crónico constituye un fenómeno que va más allá de su prolongación en el tiempo de una sensación desagradable a un daño corporal que parece haberse separado de las funciones adaptativas que caracterizan al dolor provocado por un daño específico.

El dolor crónico presentara características propias que lo diferenciaran de un dolor agudo (nocioceptivo) como pueden ser:

- Las personas con dolor crónico muestran desproporción entre el grado del daño corporal y la intensidad subjetiva del dolor que perciben.
- El hecho de que la sintomatología del dolor persista en el tiempo se acompaña de algunos fenómenos perceptivos alterados, es así que el individuo puede

presentar dolor ante un estímulo que no debería provocarlo (alodinia) y un aumento excesivo de dolor ante la estimulación dolorosa (hiperalgesia).

- En el dolor crónico la localización de aquellas regiones corporales que generan una sensación dolorosa resulta más difusa que en las personas que padecen dolor agudo. Así, resulta habitual que el paciente con dolor crónico se encuentre aquejado de dolor en diferentes regiones del cuerpo, aunque pueden existir zonas en las que predominan estas sensaciones.
- El dolor crónico presenta una gran resistencia al tratamiento farmacológico en comparación al dolor agudo.
- La sensación de dolor de forma crónica conduce a alteraciones relevantes en el estado afectivo y cognitivo de los pacientes. Así, por ejemplo, es probable que la persistencia del dolor se vea acompañada de síntomas como depresión, ansiedad, pérdida de autoestima, dificultades de concentración y memoria.

Si analizamos el impacto del dolor crónico en la población mayor es preciso tener en cuenta que éste interfiere habitualmente en la cotidianeidad de los pacientes y que sus consecuencias podrían tener un efecto adicional en esta población, al incidir directamente sobre la pérdida de independencia funcional de los mayores.

La afectación de la calidad de vida por el dolor crónico de origen osteoarticular degenerativo o inflamatorio es evidente por las limitaciones y repercusiones en los aspectos tanto físicos como psíquicos, sociales y económicos de los pacientes que lo padecen.¹⁸

El hecho de padecer dolor crónico va a generar cambios en el comportamiento habitual del individuo el cual provocara un alto nivel de discapacidad.

La percepción de esta incapacidad, el malestar y el pesimismo, asociado a la propia sensación de dolor suelen ser el desencadenante de la mayor parte de alteraciones psicológicas que la acompañan.

Por otro lado la disminución de la actividad física, social y laboral debido al dolor crónico contribuye a aumentar la sensación de discapacidad y dolor, además se potencian los efectos de la pasividad y la disminución del estado de ánimo.

Si nos ponemos a ver desde la conducta que puede presentar el enfermo frecuentemente el dolor puede producir una respuesta estresante la cual se caracterizará por alteraciones neuroendócrinas, fatiga, cambios de humor, ansiedad, depresión alteraciones cognitivas y en general un empeoramiento en el estado de salud y calidad de vida.

1.2.4.2. EL DOLOR CRÓNICO Y SU MODIFICACIÓN EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

Uno de los mecanismos neurobiológicos que más se discuten en referencia al dolor crónico es la sensibilización o hiperexcitabilidad del sistema nervioso central (SNC). Es con razón a esto que los pacientes con dolor crónico presentan concentraciones elevadas de sustancias químicas que facilitan la transmisión del dolor y que llevan a una sensibilización exagerada de las células receptoras del dolor, incrementando de esta manera la percepción subjetiva del dolor.

Todos estos mecanismos neurofisiológicos producidos ayudan a explicar los fenómenos de hiperalgesia y alodinia que caracterizan a los pacientes con dolor crónico, estos cambios se podrían explicar por un cambio en el funcionamiento normal del SNC. Es así que el dolor crónico debe considerarse como una alteración del sistema nervioso y no como un dolor agudo prolongado o el síntoma de una lesión.

1.2.5. MOVILIDAD Y CALIDAD DE VIDA

La movilidad se define como la capacidad de desplazamiento en el medio de un individuo, además de ser un indicador muy valioso de salud y calidad de vida en los adultos mayores.

Es necesario entender que la movilidad en los adultos mayores requiere de la integridad de distintos factores como son la posición erecta, el control del equilibrio, la coordinación del movimiento, el balance fino entre estos factores se da gracias a los músculos anti gravitatorios y la información sensorial que proviene de los mismo, de igual manera intervienen la visión, el aparato vestibular, centros cerebrales y cerebelo.

Así pues la marcha tiene dos componentes esenciales que son el equilibrio y la locomoción, los cuales pueden alterarse con la edad, ya que en mayores de 60 años se produce disminución de la velocidad de la marcha, de la longitud del paso, de la cadencia, del ángulo del pie con el suelo, prolongación de la fase bipolar, reducción del tiempo de balanceo/ tiempo de apoyo, pérdida del balanceo de brazos, reducción de las rotaciones pélvicas y menor rotación la cadera y rodilla.³¹

Los trastornos de la movilidad, constituyen un síndrome que produce deterioro directo y significativo sobre la calidad de cualquier individuo que la padezca, principalmente los ancianos.

Se debe tener presente que todo síndrome de inmovilidad va a conllevar un deterioro en la funcionalidad, es decir la movilidad condiciona las capacidades básicas de una persona para su independencia y supervivencia.

La literatura indica que 18% de las personas mayores de 65 años presentan algún grado de dificultad para moverse sin ayuda, tomando en cuenta que con el

envejecimiento se produce una limitación en las actividades, estas limitaciones se ven potenciadas en el paciente inmovilizado.³¹

Dentro de los factores predisponentes intrínsecos se encuentran las enfermedades musculo esqueléticas, encabezando la lista la osteoartrosis de cadera, seguida de fracturas de cadera, osteoporosis, aplastamientos vertebrales entre otras.

La etiología de los trastornos de la movilidad es muy variada y su presentación tiene diferentes niveles de afectación, como son casos de deterioro progresivo con pérdida de movilidad parcial inicialmente, y total con el paso del tiempo, en el caso de la osteoartrosis.³¹

La causa más común de rigidez es la osteoartritis; pero el parkinsonismo, la artritis reumatoide, gota y pseudogota también ocurren en este grupo de pacientes.

La Polimialgia Reumática es una patología que cursa principalmente con rigidez y dolor, particularmente si la cintura pélvica y hombros están afectados y existen síntomas sistémicos asociados.

El dolor ya sea del hueso como en la osteoporosis, osteomalacia, enfermedad de Paget, cáncer metastásico, trauma, de las articulaciones como en la osteoartritis, artritis reumatoide, gota, muscular como el de la Polimialgia reumática, claudicación intermitente o pseudoclaudicación, pueden también inmovilizar al paciente.

Las estadísticas muestran que hasta un 20% de los adultos mayores de países en vías de desarrollo tienen importantes dificultades en su desplazamiento y la mitad de ellos se encuentran en estado de postración.

Las alteraciones en la movilidad van de la mano con la alteración en la calidad de vida de los pacientes con consecuencias sobre las diferentes esferas como son: la social con alteraciones como pérdida de empleo, pérdida de actividades de esparcimiento, pérdida de capacidad de cuidar a terceros y de auto cuidado.

Dentro de la esfera psicológica causando, depresión, temores a caídas y relaciones sociales, pérdida de control.

En el ámbito físico produce caídas, incontinencia, pérdida de fuerza y capacidad aeróbica, alteraciones metabólicas, úlceras por decúbito, entre otras.

La inmovilidad también viene acompañada de complicaciones como úlceras de decúbito, debilidad muscular, disminución de peso, osteoporosis, trombosis venosa, incontinencia urinaria o fecal.

Es por esto que la conservación de la marcha es uno de los requisitos más importantes para una vejez satisfactoria. Las alteraciones en la misma según Oriol Franch, son un problema muy común en las personas mayores, causando limitación en las actividades, pérdida de independencia para la de ambulación, y progresivo aumento de la morbilidad.

De ahí la importancia de la realización de los estudios de calidad de vida que reflejan la percepción subjetiva del paciente en cuanto a la pérdida de funcionalidad y movilidad, para así poder evitar dichos trastornos y sus subsecuentes complicaciones.

1.2.6. CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA

La evaluación Geriátrica integral incluye, la valoración de la capacidad funcional del paciente, entendiendo a la misma como un proceso diagnóstico multidimensional, dirigido a medir las capacidades, médicas y psicosociales de un adulto mayor, para de esta manera poder desarrollar un manejo integral del mismo que incluya, un plan de tratamiento y seguimiento.

La capacidad funcional en geriatría se define como la capacidad que tiene un adulto mayor para realizar de manera independiente y autónoma las diferentes actividades de la vida diaria, entre las que se encuentran la capacidad para alimentarse, vestirse, bañarse, la continencia, el uso sanitario, además el poder cocinar, ir de compras, limpieza del hogar, lavar ropa, viajar, administrarse su medicación, etc.³²

El estado funcional depende de de diferentes elementos entre estos, biológicos, psicológicos y sociales, y se considera como el indicador más confiable del estado general de un paciente y su integridad.

Al inicio de la vida, las funciones normales de un ser humano permanecen intactas, pero en la vida adulta donde se producen algunas pérdidas y diversos riesgos.

La OMS y OPS definen a un adulto mayor “funcionalmente sano”, como aquél capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal.³²

La auto percepción de salud es un parámetro válido para la medición del estado de salud. Estudios longitudinales comprueban que la supervivencia tiene mayor relación con la salud subjetiva que con la objetiva, y que la atención de salud positiva es uno de los pocos factores asociados con envejecimiento satisfactorio.³³

Queda claro entonces la importancia de la auto percepción de salud la misma que se relaciona de manera directa con la mortalidad.

1.2.6.1. IMPORTANCIA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Se entiende que la discapacidad va a tener cierto impacto indiscutible sobre la calidad de vida, es decir va a producir cierto grado de dificultad para realizar acciones básicas humanas.

Es por esto que se considera a la funcionalidad como un indicador de salud.

Se ha establecido que el riesgo de mortalidad se va a elevar conforme aumenta el grado de discapacidad.³⁴

El consumo de recursos hospitalarios, estancias de cuidado y utilización de fármacos están también relacionados con el grado de discapacidad, el cual también es considerado un buen predictor de tiempo de estancia en un hospital.

Los costos de cuidado personal también aumentan cuanto mayor es el grado de discapacidad³⁴

1.2.7. ANSIEDAD Y DEPRESION

La depresión constituye un síndrome geriátrico muy frecuente, además que produce un alto grado de incapacidad y se ve directamente relacionada con la morbilidad.

Produce alteración de la calidad de vida en el paciente que la padece y se considera un problema social y de salud pública.

Varios estudios demuestran que existe más depresión entre las personas mayores, que en los adultos de mediana edad.

Según datos de Kenig y Blazer (1992) el porcentaje de personas mayores con depresión mayor o trastorno distímico es muy bajo (menor de 5%), mientras que las personas mayores que tienen síntomas depresivos, sin reunir los criterios de trastorno mental, son el 27%.

Los datos epidemiológicos de la depresión señalan que entre el 7 y el 11% de personas mayores la padecen (Gallagher y Thompson, 1983)

La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población anciana.

No existen síntomas específicos de presentación de la depresión en el anciano, se puede decir que son similares a los de la población joven, con ciertas particularidades como la mayor probabilidad de presentar sintomatología psicótica y melancólica.

Así mismo las ideas suicidas se vinculan en mayor medida a la población geriátrica y síntomas frecuentemente descritos son: presencia de síntomas psicomotores (Agitación o enlentecimiento), alteraciones cognitivas, anorexia, pérdida de peso y alteraciones de la funcionalidad.

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Estudio Descriptivo Transversal de un solo punto

MUESTRA

La muestra fue obtenida en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en la consulta externa de los servicios de Traumatología y Reumatología.

El universo fueron todos los pacientes diagnosticados de Artrosis de cadera que no hayan recibido tratamiento quirúrgico (artroplastia), la muestra fue el universo, durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2012 acudieron 158 pacientes.

Método de muestreo: recolección de información mediante cuestionarios WOMAC y EUROQOL 5-D validados internacionalmente, luego de obtener consentimiento informado.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Pacientes con diagnóstico confirmado clínico y radiológico de artrosis de cadera que no han recibido tratamiento quirúrgico	Pacientes con diagnóstico confirmado clínico y radiológico de artrosis de cadera que han recibido tratamiento quirúrgico
Edad mayor a 40 años	Pacientes con enfermedad de base descompensada
Pacientes que hayan manifestado su consentimiento a participar en el estudio	Pacientes con enfermedades infecciosas graves, neoplasias u otras que comprometan su estado general
Paciente en pleno uso de sus facultades mentales	Paciente con otro tipo de osteoartrosis, que comprometa articulaciones que no sea cadera
Paciente con diagnóstico de artrosis de cadera que acudan a la consulta externa de los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo	Pacientes que no deseen participar en el estudio
	Pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico definitivo

TECNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la muestra se realizó, mediante la aplicación de dos cuestionarios, validados internacionalmente para medir calidad de vida, como son el cuestionario WOMAC específico para artrosis de cadera y EUROQOL -5D el cual es aplicable en toda patología.

ANEXO 1-2

HERRAMIENTAS PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA

Para determinar la calidad de vida en los pacientes se utilizan distintas herramientas como cuestionarios, entrevistas, exámenes psicológicos, físicos, etc.

Para este estudio se han seleccionado dos tipos de cuestionarios, uno específico para la patología en estudio (artrosis de cadera) *WOMAC* y el otro un cuestionario genérico aplicable para determinar la calidad de vida en cualquier patología *EUROQOL – 5D*.

EUROQOL 5D

El EQ-5D es una medida estandarizada del estado de salud desarrollado por el Grupo EuroQol (*Red internacional de investigadores multidisciplinarios dedicado a la medición del estado de salud. Establecido en 1987*), con el fin de proporcionar una medida simple y genérica de la salud para una evaluación clínica y económica.

Este cuestionario es aplicable a una amplia gama de condiciones de salud y a sus respectivos tratamientos, proporcionando un perfil descriptivo simple y un índice único para evaluar el estado de salud en las diferentes poblaciones.

El EQ-5D se ha diseñado para que pueda ser realizado por los propios encuestados y es ideal para su uso en encuestas por correo, en las clínicas y en las entrevistas cara a cara.

Es cognitivamente poco exigente, y requiere de pocos minutos para ser completado, sin brindar mayor tipo de instrucciones a los encuestados más que las brindadas en el propio cuestionario.

El EQ-5D se compone esencialmente de dos páginas, el sistema de EQ-5D descriptivo la primera página y la escala visual analógica (EVA EQ) en la segunda página. ANEXO 2

La parte descriptiva comprende las siguientes 5 dimensiones: movilidad, auto cuidado, actividades habituales, dolor / malestar y ansiedad / depresión. Cada dimensión tiene 3 niveles: sin problemas, algunos problemas, problemas graves. Por lo que al encuestado se le pide que indique su estado de salud marcando únicamente una respuesta de cada una de estas dimensiones.³⁵

Esto nos permitirá analizar de mejor manera colocando un dígito en cada uno de los niveles de cada dimensión, se puede usar una numeración de 1 a 3 sin ser una regla cardinal.

La EVA EQ registra la auto percepción de la salud en una escala visual analógica vertical donde los criterios de valoración como “Mejor estado de salud imaginable” (100) y “peor estado de salud imaginable” (0).

Esta información se puede usarse como una medida cuantitativa de los resultados de salud, a juzgar por las respuestas individuales.

Para mejor interpretación estadística se usaron rangos para la EVA los cuales van:

1: De 0 a 30: Mal estado de salud con afectación importante de la calidad de vida

2: De 31 a 60: Moderadas afectaciones del estado de salud

3: De 61 a 90: Ligeras afectaciones del estado de salud con leves implicaciones en la calidad de vida

4: De 91 a 100: Estado óptimo de salud sin afectación de la calidad de vida en lo que a salud se refiere.

Este cuestionario ha sido validado internacionalmente en países como: Perú, México, Cuba, Chile, Inglaterra, Finlandia, Holanda, Suecia y Dinamarca.^{4, 6, 10,24 ,35}

WOMAC: El Western Ontario and McMaster (WOMAC) Universities Osteoarthritis Index es un cuestionario específico para artrosis de rodilla y cadera que evalúa dolor, rigidez y capacidad funcional, actualmente recomendado por varios organismos internacionales para la evaluación de esta enfermedad, validado en diferentes idiomas como: Francés, Español, Mandarín, Ingles, Cantones, Malayo, Tagalo, Flamenco, Alemán, Italiano, Árabe, Finlandés, Japonés, Portugués, Africano, Noruego, Polaco, Ruso, Eslava Meridional y Griego.³¹ ANEXO 1

Instrumento que puede ser auto administrado o guiado por el encuestador, diseñado para medir dimensiones particulares relacionadas con la calidad de vida de los pacientes con osteoartrosis de cadera. Específicamente mide dolor, rigidez, función física y actividades asociadas con la cadera y la rodilla, que impactan la calidad de vida del paciente.

El instrumento ha sido usado para evaluar ensayos clínicos con antiinflamatorios no esteroideos y en el seguimiento de artroplastia de cadera y rodilla. Su brevedad menor a diez minutos, disponibilidad en los formatos de escala visual análoga y cuestionario y su sensibilidad al cambio, lo hacen apropiado para el uso en nuestro estudio.

Este cuestionario se lo tabuló mediante el uso de puntajes en cada uno de los parámetros que se analiza, es así que los parámetros se operacionalizan de la siguiente manera:

Dolor: 20 puntos

Rigidez: 8 puntos

Capacidad funcional: 68 puntos

Después de esto realizamos una suma total de los diferentes parámetros y según esto realizamos rangos para una mejor interpretación y clasificación de los resultados, los rangos usados son los siguientes:

Rangos:

3: De 0 a 10 puntos de la suma total del cuestionario

4: De 11 a 20 puntos de la suma total del cuestionario

5: De 21 a 30 puntos de la suma total del cuestionario

6: De 31 a 40 puntos de la suma total del cuestionario

7: De 41 a 50 puntos de la suma total del cuestionario

8: De 51 a 60 puntos de la suma total del cuestionario

9: De 61 a 70 puntos de la suma total del cuestionario

10: De 71 a 80 puntos de la suma total del cuestionario

11: De 81 a 90 puntos de la suma total del cuestionario

12: De 91 o más puntos de la suma total del cuestionario

Luego de ubicar a cada paciente dentro de estos rangos basándonos en el estudio *“Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla de la revista Cubana de Reumatología”* se procede a realizar la clasificación de calidad de vida en discapacidad leve - moderada en los rangos de (3 a 7) y discapacidad severa en los rangos de (8 a 12).

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN

Para nuestro estudio el diagnóstico ya estará establecido clínica y radiológicamente por el médico tratante de los servicios de Reumatología y Traumatología.

A todos los pacientes con diagnóstico de artrosis de cadera que acudan a la consulta externa se les solicitará participar en la investigación para la posterior aplicación de los cuestionarios, los cuales consisten en preguntas de fácil entendimiento y con respuestas establecidas, en la cual tendrán que elegir un solo ítem.

Se agregará un encabezado con datos socio demográficos con las variables a estudiarse y el tiempo de diagnóstico de esta patología.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados se analizaron utilizando el programa SPSS versión 20 disponible en la Pontificia Universidad Católica.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Para la aplicación del estudio se ha solicitado la autorización de las siguientes autoridades:

Dr. Edison Chaves, Decano de la Facultad de Medicina de la PUCE

Dra. Heidi Cartagena, Directora de Tesis

Dr. Marco Antonio Cazco, Gerente General de HEE

Dr. Elías Dávila, Director de Docencia de HEE

Dr. Carlos Rosero, Presidente del Comité de Bioética del HEE

El estudio se realizó una vez obtenidas dichas autorizaciones y aprobado el protocolo.

Además se solicitó a los pacientes participación en el estudio, mediante la firma de consentimiento informado el mismo que será anexado a este protocolo. (ANEXO 3)

El estudio no implica la evaluación del desempeño de los doctores de los servicios de Traumatología y Reumatología, por lo tanto los autores no realizaron juicios de valor relacionados con el estado actual del paciente.

Los resultados están a libre disposición de los Servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo para posterior revisión del tema y futuras investigaciones a largo plazo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD Y SEXO

Tabla 1. Rangos de edad de pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de cadera, atendidos en los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de especialidades Eugenio Espejo, en los meses de Octubre y Noviembre del 2012.

RANGO DE EDAD	Frecuencia	Porcentaje
50 - 60 AÑOS	34	21,5
61 - 70 AÑOS	61	38,6
71 - 80 AÑOS	47	29,7
81 - MAS AÑOS	16	10,1
Total	158	100,0

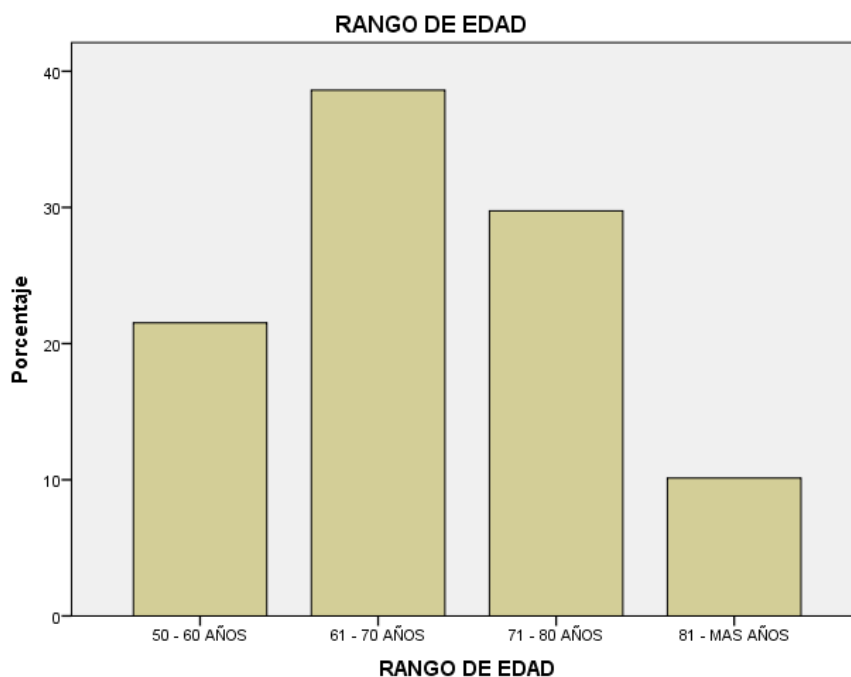
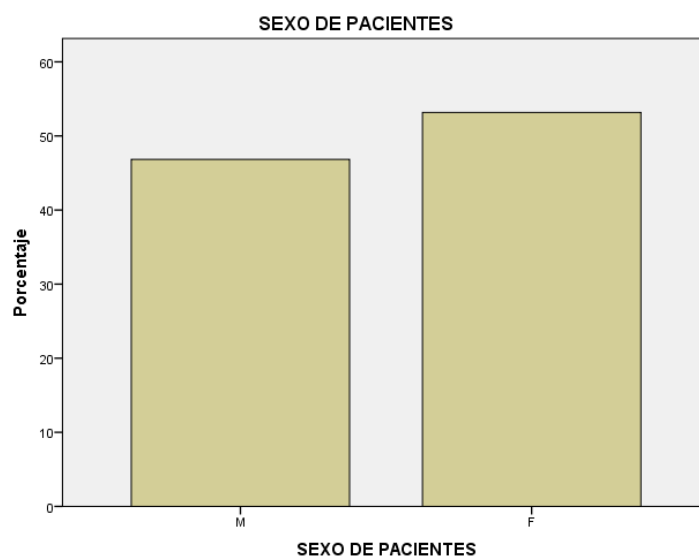


Tabla 2. Género de pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de cadera atendidos en los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de especialidades Eugenio Espejo, en los meses de Octubre y Noviembre del 2012.

	Frecuencia	Porcentaje
M	74	46,8
F	84	53,2
Total	158	100,0

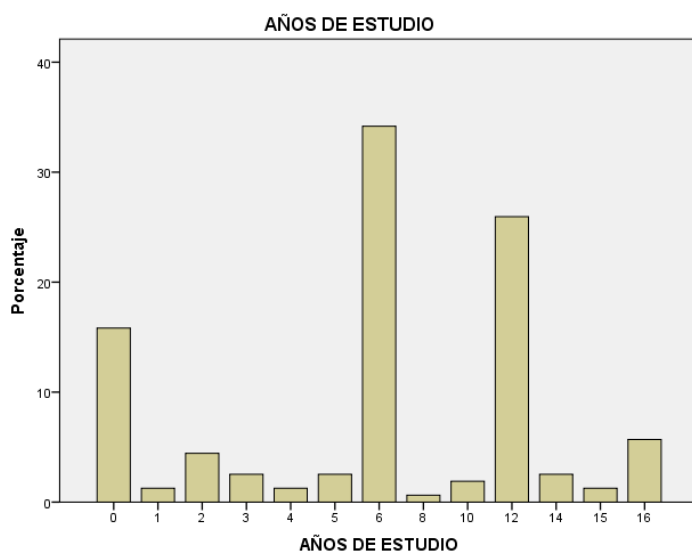


En la tablas 1 y 2 se aprecia el predominio de rango de edad de 61 a 70 años con un 38% de los pacientes, seguido por un 29.7% de 71-80 años, y predominó el sexo femenino siendo un 53.2 % del total.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Tabla 3. Años de estudio de pacientes con diagnóstico de osteoartritis de cadera atendidos en los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en los meses de Octubre y Noviembre del 2012.

Media	7,22
Mediana	6,00
Desv. típ.	4,869
Mínimo	0
Máximo	16

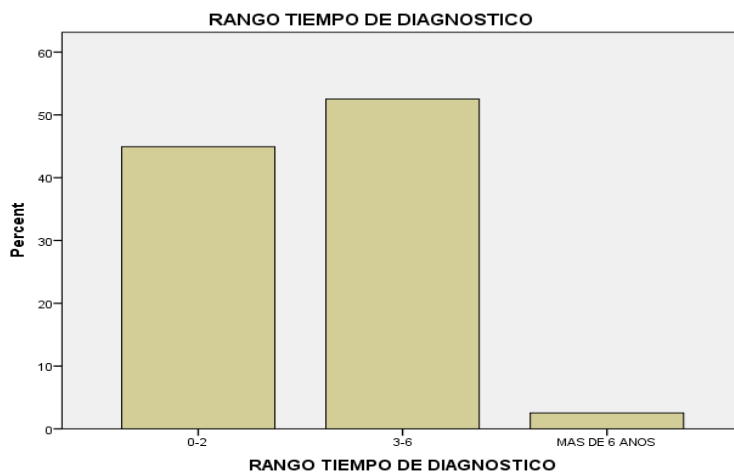


En cuanto a los años de estudio de nuestra población, la media fue de 7.22 años con un mínimo de 0 años de estudio y un máximo de 16 años de estudio, el 36.4% de nuestra población tenía 6 años de estudio lo que corresponde a la terminación de la educación primaria, y tan solo el 9.5% posee estudios universitarios.

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO

Tabla 4. Rango de tiempo de diagnóstico de pacientes con osteoartrosis de cadera atendidos en los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en los meses de Octubre y Noviembre del 2012.

Tiempo de diagnóstico	Frecuencia	%
0-2	71	44.9
3-6	83	52.5
MAS DE 6 ANOS	4	2.5
Total	158	100.0

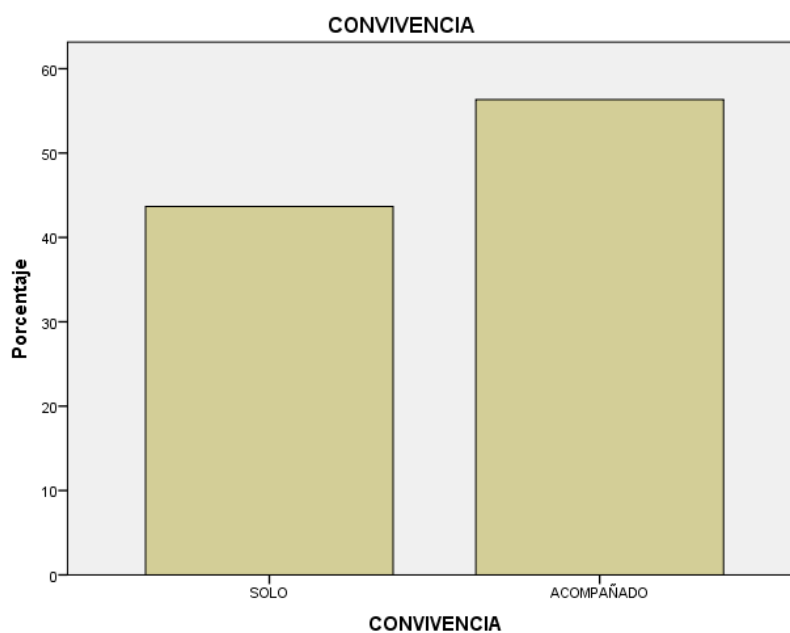


La media de años de diagnóstico fue de tres años, con un 26.6% de los pacientes con este tiempo de diagnóstico, con un mínimo de 1 año y un máximo de 10 años de poseer esta patología, más de la mitad de nuestros pacientes tenían un tiempo de diagnóstico en el rango de de 3 a 6 años

CONVIVENCIA

Tabla 5. Convivencia de pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de cadera atendidos en los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en los meses de Octubre y Noviembre del 2012.

Convivencia	Frecuencia	Porcentaje
SOLO	69	43,7
ACOMPANADO	89	56,3
Total	158	100,0

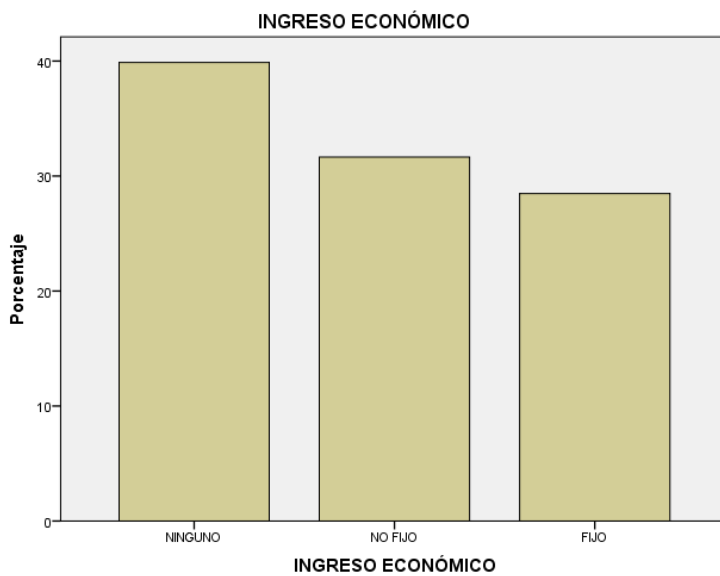


En cuanto a la convivencia, el 56% de nuestra población refirió vivir acompañada.

INGRESO ECONÓMICO

Tabla 6. Ingreso económico de pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de cadera atendidos en los servicios de Traumatología y reumatología del Hospital de especialidades Eugenio Espejo, en los meses de Octubre y Noviembre del 2012.

Ingreso económico	Frecuencia	Porcentaje
NO INGRESO	63	39,9
INGRESO NO FIJO	50	31,6
INGRESO FIJO	45	28,5
Total	158	100,0



El 39.9% de la población estudiada refirió no tener ningún ingreso económico

Tabla 7. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de cadera atendidos en los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de especialidades Eugenio Espejo, en los meses de Octubre y Noviembre del 2012, que reciben tratamiento farmacológico.

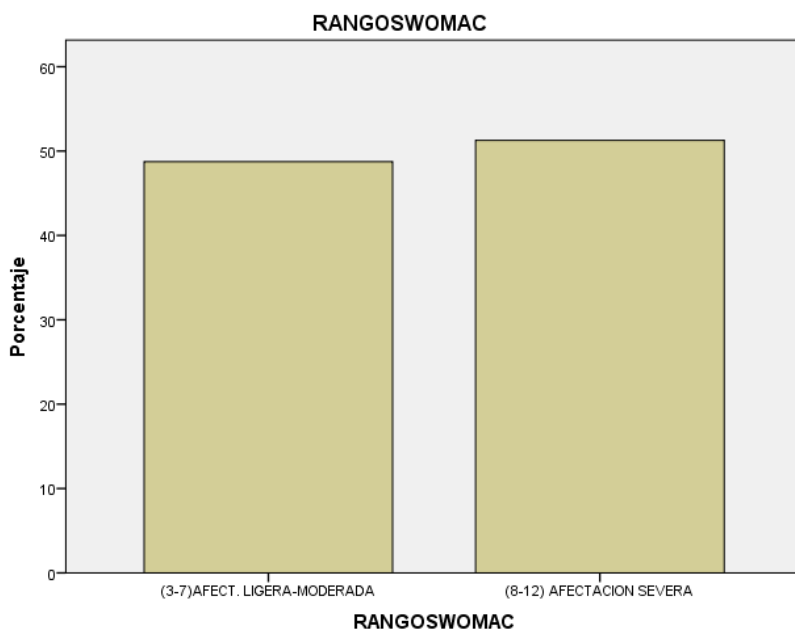
Tratamiento farmacológico	Frecuencia	Porcentaje
Recibe tto	60	38,0
No Recibe tto	98	62,0
Total	158	100,0

EL 62% de la población manifestó no recibir tratamiento farmacológico al momento de la entrevista.

CORRELACIONES

Tabla 8. Grado de discapacidad de los pacientes con diagnóstico de osteoartritis de cadera atendidos en los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en los meses de Octubre y Noviembre del 2012, de acuerdo a la escala WOMAC.

Rangos WOMAC	Frecuencia	Porcentaje
(3-7) AFECT. LIGERA-MODERADA	77	48,7
(8-12) AFECTACION SEVERA	81	51,3
Total	158	100,0



En cuanto a la afectación de la calidad de vida más de la mitad de los pacientes estudiados 51.3% refirió tener una afectación severa en su calidad de vida, después de haber realizado la respectiva operacionalización de las variables que incluyen dolor, rigidez y capacidad funcional.

Tabla 9. Grado de discapacidad de los pacientes con diagnóstico de osteoartritis de cadera atendidos en los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, según sexo, en los meses de Octubre y Noviembre del 2012, de acuerdo a la escala WOMAC.

Grado de discapacidad	SEXO DE PACIENTES		Total
	M	F	
(3-7) AFECT. LIGERA-MODERADA	29 18.4%	48 30.4%	77 48.7%
(8-12) AFECTACION SEVERA	45 28.5%	36 22.8%	81 51.3%
Total	74 46.8%	84 53.2%	158 100.0%

Se observa, que existe una diferencia mínima en cuanto al grado de afectación de la calidad de vida según el sexo, encontrándose un 28,5% de pacientes de sexo masculino con afectación severa, comparado con un 22% de pacientes de sexo femenino con ese grado de afectación.

Tabla 10. Afectación en la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de cadera atendidos en los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en los meses de Octubre y Noviembre del 2012, de acuerdo al Índice Europeo de Calidad de vida EUROQOL-5D.

MOVILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO POBLEMAS PARA CAMINAR	16	10.1%
ALGUNOS PROBLEMAS PARA CAMINAR	107	67.7 %
CAMA	35	22.2%
CUIDADO PERSONAL		
NO PROBLEMAS	35	22.2%
ALGUNOS PROBLEMAS LAVARME O VESTIRME	82	51.9%
INCAPAZ DE LAVARME O VESTIRME	41	25.9%
ACTIVIDADES COTIDIANAS		
NO TENGO PROBLEMAS	11	7%
ALGUNOS PROBLEMAS	98	62%
INCAPAZ DE REALIZARLAS	49	31%
DOLOR MALESTAR		
NO TENGO DOLOR	3	1.9%
MODERADO DOLOR	97	61.4%
MUCHO DOLOR O MALESTAR	58	36.7
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN		
NO ESTOY ANSIOSO O DEPRIMIDO	36	22.8%
MODERADAMENTE ANSIOSO DEPRIMIDO	74	46.8%
MUY ANSIOSO O DEPRIMIDO	58	30.4%
ESCALA EVA		
(0-30) AFECTACIÓN IMPORTANTE	15	9.5%
(31-60) MODERADA AFECTACIÓN	85	53.8%
(61-90) LIGERA AFECTACIÓN	55	34.8%

(91-100)ESTADO OPTIMO DE SALUD	3	1.9%
--------------------------------	---	------

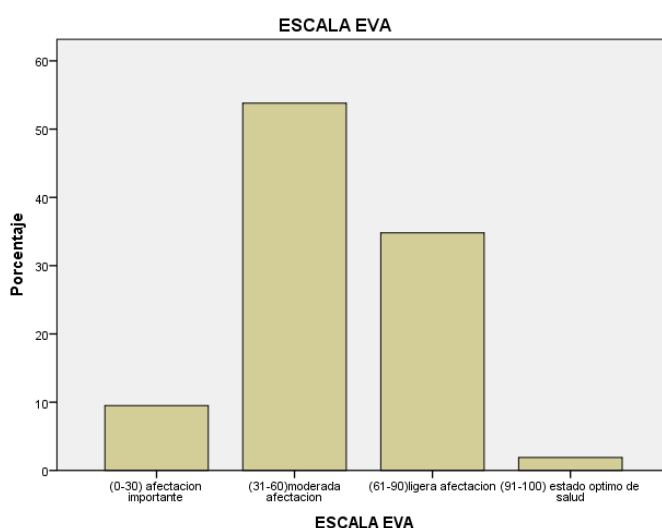
En la tabla anterior se exponen los resultados de la aplicación del Índice Europeo de calidad de vida, al analizar las 5 dimensiones por separado vemos que en cuanto a la movilidad el 67.7% de los pacientes presentaron algunos problemas para caminar, 22.2% severos y el 10.1% ningún problema.

Al encuestar las posibilidades del paciente para realizar su cuidado personal el 51.9% es decir más de la mitad de la población tiene problemas para lavarse o vestirse y el 25.9% es incapaz de realizar estas actividades.

En la dimensión referida al mantenimiento de las actividades cotidianas se muestra un predominio de los pacientes con algunos problemas con un 62%, y 32 % incapaz de realizarlas, con un mínimo de 7 % que no poseen problemas en la realización de las mismas.

Tan solo el 1.9% de los pacientes refirió ausencia de dolor, con un 64.9% con moderado dolor y un 36.7% de pacientes con dolor severo.

El 46.8% de los pacientes manifestaron moderada ansiedad y depresión y tan solo el



22% refirió no estar deprimido, el resto de la población presento ansiedad severa por la patología.

En el análisis de la escala analógica visual donde el paciente marca la puntuación que corresponde a su auto apreciación

sobre su estado de salud y calidad de vida en el momento de la entrevista podemos ver que tan solo el 1.9% de los pacientes manifestaron un estado optimo de salud, un 53.8 % una moderada afectación en su calidad de vida, seguido de un 34.8% con ligera afectación y el resto de la población con una afectación importante y discapacitante.

Tabla 11. Asociación entre las dimensiones de EUROQOL 5-D y rango de edad en pacientes con osteoartritis de cadera atendidos en los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en los meses de Octubre y Noviembre del 2012

EUROQOL 5-D	RANGO DE EDAD				TOTAL
	50-60	61-70	71-80	81-MAS	
MOVILIDAD					
NO POBLEMAS PARA CAMINAR	10 6.3%	3 1.9%	1 0.6%	2 1.3%	10 10.1%
ALGUNOS PROBLEMAS PARA CAMINAR	24 15.2%	47 29.7%	30 19%	6 3.8%	107 67.7%
CAMA	0 0%	11 7%	16 10.1%	8 5.1%	35 22.2%
CUIDADO PERSONAL					
NO PROBLEMAS	16 10.1%	15 9.5%	4 2.5%	0 0%	35 22%
ALGUNOS PROBLEMAS LAVARME O VESTIRME	15 9.5%	34 21.5%	25 15.8%	8 5.1%	82 51.9%
INCAPAZ DE LAVARME O VESTIRME	3 1.9%	12 7.6%	18 11.4%	8 5.1%	41 25.9%
ACTIVIDADES COTIDIANAS					
NO TENGO PROBLEMAS	5 3.2%	2 1.3%	3 1.9%	1 0.6%	11 7%
ALGUNOS PROBLEMAS	25 15.8%	41 25.9%	24 15.2%	8 5.1%	98 62%
INCAPAZ DE REALIZARLAS	4 2.5%	18 11.4%	20 12.7%	7 4.4%	49 31.0
DOLOR MALESTAR					
NO TENGO DOLOR	3 1.9%	0	0	0	3 1.9%
MODERADO DOLOR	27 17.1%	39 24.7%	23 14.6%	8 5.1%	97 61.4%
MUCHO DOLOR O MALESTAR	4 2.5%	22 13.9%	24 15.2%	8 5.1%	58 36.7%
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN					
NO ESTOY ANSIOSO O DEPRIMIDO	17 10.8%	18 11.4%	1 0.6%	0	36 22.8%
MODERADAMENTE ANSIOSO DEPRIMIDO	16 10.1%	28 17.7%	25 15.8%	5 3.2%	74 46.8%
MUY ANSIOSO O DEPRIMIDO	1 0.6%	15 9.5%	21 13.3%	11 7%	48 30.4%

Se demostró que la variable edad influye en los aspectos analizados por el EUROQOL, tal como muestra la tabla anterior, así vemos que el 10 % de nuestros pacientes más jóvenes no tienen problemas en la movilidad.

Del total de pacientes mayores de 81 años el 50 % debe permanecer en cama, seguido de un 37.5% que tiene algunos problemas para caminar y solo el 12.5% no tiene problemas con su movilidad.

En el rango de 71 a 80 años, el 63.82% tiene algunos problemas para caminar, y en los pacientes de 61-70 años el porcentaje es 77.07 % y tan solo el 5% no tiene problemas con su movilidad

Finalmente ninguno de los pacientes más jóvenes de nuestro estudio refirió tener que permanecer en cama.

Los mayores porcentajes de individuos sin afectación en su movilidad fueron en rangos inferiores a 60 años.

La asociación fue estadísticamente significativa p menor a 0.05

Del total de pacientes mayores de 81 años, el 50% es incapaz realizar su cuidado personal y la otra mitad tiene algunos problemas con el mismo, ningún paciente refirió no tener problemas, con lo que se demuestra que a mayor edad el cuidado personal va a estar más deteriorado, en la población de 50-60 años tan solo el 8% mostró una afección severa en su cuidado personal mientras que el 44% de la población no refirió problemas en cuanto a su cuidado personal.

El grupo más afectado fueron los pacientes mayores de 81 años en donde casi la mitad de la población es incapaz de realizar sus actividades cotidianas.

En cuanto al dolor, tan solo el 1.9% del total de los pacientes estudiados no refirió dolor, exclusivamente los más jóvenes dentro del rango de 50-60 años, el dolor moderado predominó en los pacientes de 61 a 70 años, y el severo en la población de 71-80 años.

Menos del 1% de la población de 50-60 años manifestó estar muy ansiosa o deprimida a diferencia del 70% de la población mayor de 80 años que refirió estar muy ansiosa y deprimido

Tabla 12. Asociación entre las dimensiones de EUROQOL 5-D y tiempo de diagnóstico en pacientes con osteoartritis de cadera atendidos en los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en los meses de Octubre y Noviembre del 2012.

EUROQOL 5-D	RANGO TIEMPO DE DIAGNOSTICO (AÑOS)		
	0-2	3-6	MAS DE 6
MOVILIDAD			
NO POBLEMAS PARA CAMINAR	14 8.9%	2 1.3%	0
ALGUNOS PROBLEMAS PARA CAMINAR	53 33.5%	53 33.5%	1 0,6%
CAMA	4 2.5%	28 17.7%	3 1.9%
CUIDADO PERSONAL			
NO PROBLEMAS	27 17.1%	8 5.1%	0
ALGUNOS PROBLEMAS LAVARME O VESTIRME	35 22.2%	45 28.5%	2 1.3%
INCAPAZ DE LAVARME O VESTIRME	9 5.7%	30 19%	2 1.3%
ACTIVIDADES COTIDIANAS			
NO TENGO PROBLEMAS	9 5.7%	2 1.3%	0
ALGUNOS PROBLEMAS	54 34.2%	43 27.2%	1 0.6%
INCAPAZ DE REALIZARLAS	8 5.1%	38 24.1%	3 1.9%
DOLOR MALESTAR			
NO TENGO DOLOR	3 1.9%	0	0
MODERADO DOLOR	55 34.8%	41 25.9%	1 0.6%
MUCHO DOLOR O MALESTAR	13 8.2%	42 26.6%	3 1.9%
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN			
NO ESTOY ANSIOSO O DEPRIMIDO	26 16.5%	10 6.3%	0
MODERADAMENTE ANSIOSO DEPRIMIDO	34 21.5%	39 24.7%	1 0.6%
MUY ANSIOSO O DEPRIMIDO	11 7%	34 21.5%	3 1.9%

Al relacionar el rango de tiempo de diagnóstico de (3-6 años) con la movilidad se vio que un 63.8% tiene algunos problemas para caminar, mientras que los que tenían más de 6 años de diagnóstico el 75 % debía permanecer en cama.

Más del 50% de la población de 3-6 años de diagnóstico tiene problemas para lavarse y vestirse.

El 68% de la población con más de 6 años de diagnóstico es incapaz de realizar sus actividades cotidianas.

El dolor predominó en todos los pacientes, con alto porcentaje inclusive en los pacientes con menor tiempo de diagnóstico, presentando un 70 % de dolor moderado en un tiempo de diagnóstico de 0-2 años, y más del 80% en el rango de tiempo mayor a 6 años.

En cuanto a la ansiedad y depresión más del 70% presentó ansiedad y depresión con diagnóstico mayor a 6 años.

Tabla 13. Asociación entre las dimensiones de EUROQOL 5-D y grado de discapacidad de acuerdo a cuestionario WOMAC en pacientes con osteoartritis de cadera atendidos en los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en los meses de Octubre y Noviembre del 2012.

	GRADO DE DISCAPACIDAD		
	WOMAC		
EUROQOL 5-D	(3-7) LIGERA MODERADA	(8-12) SEVERA	TOTAL
MOVILIDAD			
NO POBLEMAS PARA CAMINAR	15 9.5%	1 0.6%	16 10.1%
ALGUNOS PROBLEMAS PARA CAMINAR	60 38%	47 29.7%	107 67.7%
CAMA	2 1.3%	33 20.9%	35 22.2%
CUIDADO PERSONAL			
NO PROBLEMAS	27 17.7%	7 4.4%	35 22.2%
ALGUNOS PROBLEMAS LAVARME O VESTIRME	44 27.8%	38 24.1%	82 51.9%
INCAPAZ DE LAVARME O VESTIRME	5 3.2%	36 22.8%	41 25.9%
ACTIVIDADES COTIDIANAS			
NO TENGO PROBLEMAS	8 5.1%	3 1.9%	11 7%
ALGUNOS PROBLEMAS	62 39.2%	36 22.8%	98 62%
INCAPAZ DE REALIZARLAS	7 4.4%	42 26.6%	49 31%
DOLOR MALESTAR			
NO TENGO DOLOR	3 1.9%	0	3 1.9%
MODERADO DOLOR	66 41.8%	31 19.6%	97 61.4%

MUCHO DOLOR O MALESTAR	8 5.1%	50 31.6%	58 36.7
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN			
NO ESTOY ANSIOSO O DEPRIMIDO	31 19.6%	5 3.2%	36 22.8%
MODERADAMENTE ANSIOSO DEPRIMIDO	34 21.5%	40 25.3%	74 46.8%
MUY ANSIOSO O DEPRIMIDO	12 7.6%	36 22.8%	48 30.4%

Del total de pacientes que no presentaron problemas para caminar, más del 90% presentaron puntajes bajos en el WOMAC, en contraste con los pacientes que tenían que permanecer en cama el puntaje WOMAC fue mayor en más del 50 %.

En el cuidado personal y en el dolor, coincidieron los mayores porcentajes de afectación en el EUROQOL con grados elevados de discapacidad en WOMAC.

TABLA 14: RESUMEN DE DATOS RELEVANTES DE LA INVESTIGACIÓN

PARAMETROS	PORCENTAJE DE POBLACIÓN	
RANGO DE EDAD	DE 61 – 80 AÑOS	68,3 %
SEXO	FEMENINO	53,2 %
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	DE 3 – 6 AÑOS	52,5 %
CONVIVENCIA	ACOMPAÑADO	56,3 %
	SOLO	43,7 %
INGRESO ECONÓMICO	NINGÚN INGRESO	40 %
CUESTIONARIO WOMAC	AFECCIÓN SEVERA	51,3 %
EUROQOL 5D (MOVILIDAD)	ALGUNOS PROBLEMAS PARA CAMINAR	67,7 %
EUROQOL 5D (DOLOR)	MODERADA PRESENCIA DE DOLOR	61,4 %
EUROQOL 5D (ACTIVIDADES COTIDIANAS)	ALGUNOS PROBLEMAS PARA REALIZARLAS	62 %
EUROQOL 5D (CUIDADO PERSONAL)	ALGUNOS PROBLEMAS PARA LAVARSE O VESTIRSE	51,9%
EUROQOL 5D Y (ANSIEDAD DEPRESIÓN)	MODERADAMENTE ANSIOSO O DEPRIMIDO	46,8 %
ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)	MODERADA AFECCIÓN DE LA SALUD	53,8 %

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue medir la calidad de vida mediante la aplicación de dos cuestionarios validados, en pacientes con diagnóstico de artrosis de cadera en la consulta externa de Traumatología y Reumatología del Hospital de especialidades Eugenio Espejo en la ciudad de Quito, en los meses de Octubre y noviembre del 2012.

El estudio realizado fue un estudio descriptivo transversal de un solo punto con una muestra representativa de 158 sujetos, los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión, para ser integrados a esta investigación.

Los cuestionarios utilizados fueron el cuestionario WOMAC, el cual es específico para medir calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artrosis de cadera y rodilla, y el cuestionario EUROQOL 5-D que es un cuestionario genérico de calidad de vida, ambos validados internacionalmente.^{4, 24, 28, 31, 35}

Los dos cuestionarios fueron comprendidos obteniéndose respuestas totales en ambos cuestionarios.

En el presente estudio se evidenció que el rango de edad más afectado para esta patología fue de 61-80 años con un porcentaje del 68.3% de la población, lo que coincide con la literatura que indica que más del 80% de la población afectada es mayor de 65 años de edad, y de predominio en el sexo femenino, datos que coinciden con nuestro estudio en el que se observa que la población femenina fue del 53.2%.

2,3,4

Se demostró que la variable edad influye en los aspectos analizados por el índice EUROQOL 5-D, es así que en el 10% de nuestros pacientes más jóvenes la movilidad no se veía afectada, en contraste con la población mayor de 81 años donde el 50% debía permanecer en cama, coincidiendo con varios estudios en los cuales se señala que los trastornos de la movilidad son muy variados, con diferentes niveles de afectación, como son casos de deterioro progresivo con pérdida de movilidad parcial inicial y total con el paso del tiempo, así es el caso de la osteoartritis la cual se ve directamente influenciada por la edad.³¹

Además dicha población mayor de 81 años es incapaz de realizar sus actividades cotidianas y presenta elevados porcentajes de depresión, en cuanto al dolor solo el 1.9% del total de los pacientes no refirió dolor, los mismos que se encontraban en el rango de edad de 50-60 años (población más joven del estudio).

Al analizar el tiempo de diagnóstico la media fue de 3 años, donde el 52% de la población tenía un rango de tiempo de diagnóstico de 3-6 años, al comparar esta variable con el índice EUROQOL 5-D, se obtuvieron los siguientes datos: Al relacionar el tiempo de diagnóstico de (3-6 años) con la movilidad, un 63.8% de los pacientes tuvo algún problema para caminar, mientras los que tenían más de 6 años de diagnóstico el 75% debía permanecer en cama, lo que coincide con el estudio realizado en Cuba en el año 2006, donde se concluye que a mayor tiempo de enfermedad, mayor afectación de la movilidad⁴, este es un resultado esperado, ya que se conoce que la artrosis de cadera es una patología crónica degenerativa.¹

Si comparamos el tiempo de diagnóstico con el cuidado personal, se observa que el 50% de la población con 3-6 años de tiempo de diagnóstico tiene algunos problemas

para actividades de la vida diaria como bañarse y vestirse, a comparación con la población de más de 6 años de diagnóstico, la cual es incapaz de realizar estas actividades y presenta un alto porcentaje de ansiedad y depresión del 70%, uno de los aspectos más importantes en nuestro estudio fue el dolor, ya que predominó en toda la población independientemente del tiempo de diagnóstico.

Todo lo mencionado anteriormente concuerda con el estudio realizado en Cuba en el cual se llega a la conclusión que a mayor tiempo que transcurra la enfermedad, la calidad de vida disminuye en la mayoría de pacientes.

El 62% de la población manifestó no estar recibiendo tratamiento farmacológico, lo que influye directamente en la calidad vida de nuestros pacientes, al no tener alivio en su sintomatología, principalmente en el dolor.

En cuanto a la discapacidad producida por esta patología según el cuestionario WOMAC el 51,3% de la población refirió tener una discapacidad severa cuando se realizó la operacionalización de las variables que incluyen dolor rigidez y capacidad funcional, estos datos eran esperados ya que la mayoría de la población tiene más de 3 años de diagnóstico y en la bibliografía se plantea que para el año 2020 más de 60 millones de personas en estados unidos padecerían osteoartritis y que 11,6 millones tendrán cierto grado de discapacidad en sus actividades.³⁷

Al analizar la escala analógica visual, se observa que solo el 1.9% de los pacientes manifiestan estado óptimo de salud y más de la mitad de la población afectada una modera afectación.

Finalmente se correlaciona los cuestionarios WOMAC y EUROQOL, encontrándose una asociación estadísticamente significativa, en donde los puntajes más bajos en el WOMAC (discapacidad producida por artrosis), coinciden con menor afectación de la calidad de vida (EUROQOL 5-D).

La limitación más importante de este estudio fue la falta de información epidemiológica y estadística en el Ecuador del grupo de pacientes afectados con esta patología, por lo que se tomo como referencia, estadísticas mundiales con enfoque en Latinoamérica, en países como México, Cuba y Perú.

CONCLUSIONES

1. Al ser la artrosis una patología crónica degenerativa que causa daño progresivo de la articulación de la cadera y por consiguiente deteriora la movilidad de los pacientes que la padecen, la calidad de vida se ve afectada en más de la mitad de la población estudiada en la consulta externa de los servicios de Traumatología y Reumatología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, observándose que el dolor es un síntoma constante en toda la población independientemente de la edad, el sexo y el tiempo de diagnóstico.
2. La muestra se caracterizó por un predominio de sexo femenino, mayores de 60 años, nivel medio de escolaridad y con un tiempo de diagnóstico entre 3 y 6 años.
3. Dentro de los aspectos que evalúa el cuestionario EUROQOL 5-D, los cuales son (movilidad, actividades cotidianas, dolor, ansiedad y depresión).

El aspecto más afectado fue la movilidad, en donde más de la mitad de la población manifestó tener algunos problemas para caminar, es decir la artrosis de cadera es una enfermedad altamente discapacitante.

4. La edad influye directamente en la calidad de vida de los pacientes con artrosis de cadera, así se demostró, que a mayor edad, mayor grado de discapacidad presentaban los pacientes, al realizar la correlación entre el cuestionario EUROQOL 5-D y los diferentes rangos de edad de los pacientes se obtuvieron porcentajes más altos de afectación en movilidad y dolor en los rangos más altos de edad, en contraste con la población más joven en la que

se encontró menos afectación de los diferentes aspectos que evalúa este cuestionario.

5. A mayor tiempo de diagnóstico, específicamente mayor de 6 años, se observaron mayores problemas en la movilidad y actividades cotidianas, lo cual es un resultado esperado ya con el paso del tiempo habrá mayor deterioro de la articulación, sin embargo se observó que el dolor predominó independientemente de esta variable.
6. A pesar del predominio de población de sexo femenino con esta patología, se encontró que la población masculina tiene un porcentaje mayor de pacientes con afectación severa, mediante la aplicación del cuestionario WOMAC específico para artrosis de cadera.
7. Al aplicar la escala visual analógica, que evalúa la auto percepción del paciente acerca de su enfermedad se observó que más de la mitad de los pacientes manifestó moderada afectación en su calidad de vida, y ningún paciente óptimo estado de salud.
8. En la aplicación del cuestionario WOMAC, más de la mitad de la población, obtuvo puntajes altos es decir afectación severa en su calidad de vida, de allí la importancia de enfocar nuestro estudio en la población mayor de 65 años que padece esta patología, para aportar con datos relevantes, que pueden servir como herramienta de aporte para mejorar la calidad de vida de los mismos y además impulsen un tratamiento integral de la artrosis de cadera y otras enfermedades crónicas degenerativas.

9. Al correlacionar el cuestionario WOMAC y EUROQOL, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, a mayores puntajes de WOMAC, es decir los pacientes con afectación severa, fueron los que mayor afectación tenían en los diferentes aspectos del EUROQOL.

RECOMENDACIONES

1. En el Ecuador no se dispone de datos estadísticos ni epidemiológicos, tanto de esta patología tan común como es la artrosis de cadera, como de la población de adultos mayores en general, por lo que se recomienda iniciar investigación enfocada en estos aspectos, en nuestro medio.
2. En todos los niveles de atención de salud, principalmente en el tercer nivel, es importante la valoración de la calidad de vida, principalmente en pacientes que padecen patologías crónico degenerativas como la coxartrosis, ya que esta patología afecta a varias esferas del individuo especialmente a las físicas, produciendo incapacidad lo que conlleva a varios cambios en su estilo de vida, de ahí la necesidad de un manejo integral que abarque tanto molestias físicas (manejo sintomático) como su impacto a nivel social, psicológico y emocional.
3. El aumento de la esperanza de vida y la reducción de la fertilidad son factores claves que impulsan la llamada "transición demográfica", donde se estipula que "La esperanza de vida al nacer en Ecuador ha pasado de los 67.3 años en el periodo de 1970-1975 y se prevé que será de un 80.7 años en el 2050", es por esto que al ser los adultos mayores una población en constante crecimiento, es importante su estudio, para el establecimiento de políticas de salud y planes de prevención, los mismos que permitirán tener una mejor calidad de vida y un mejor conocimiento de las patologías propias de esta edad.³⁹

4. Consideramos que los estudios de calidad de vida son de gran importancia en la actualidad, ya que nos permiten conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona, en este caso el adulto mayor, por lo que recomendamos continuar con estudios de este tipo, indistintamente de la patología y la población.
5. Para la realización de nuevas investigaciones esperamos que este estudio sirva como herramienta de referencia en este grupo de edad tan vulnerable siendo la coxartrosis una patología tan frecuente y poco estudiada.
6. Se recomienda buscar nuevos esquemas de manejo del dolor en los pacientes que padecen artrosis de cadera, ya que se observó que el dolor es un síntoma constante, independiente de la edad, sexo y tiempo de diagnóstico, y este afecta directamente la calidad de vida de estos pacientes de manera negativa.
7. Finalmente se recomienda establecer precozmente el diagnóstico preciso de la artrosis y la evaluación de su extensión, posteriormente la valoración de sus consecuencias funcionales para la aplicación de un tratamiento adaptado, integral y eficaz encaminado a aliviar el dolor y mejorar la capacidad funcional, además de retrasar o minimizar en lo posible la pérdida de autonomía que provoca con el tiempo.
8. Recomendamos difundir y dar a conocer tanto a médicos como a pacientes, este tipo de herramientas para valoración de calidad de vida, permitiendo así un manejo integral del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández L. Jesús, Ruano R. Alberto. Eficacia y seguridad del ácido hialurónico en el tratamiento de la artrosis de cadera. [Monografía en Internet]. Santiago de Compostela . 2005. [acceso 22 de Octubre 2012]. Disponible en http://www.sergas.es/cas/Servicios/docs/AvaliacionTecnologias/CT2005_06%20A%20Hial.pdf
2. González A. Poley, Ortega Blanco, Pedregal M., Azofraa Martín, Camacho C., Mora F. Prevalencia de enfermedades osteoarticulares y consumo de recursos. Calidad de vida y dependencia en pacientes con artrosis [Artículo en Internet]. Huelva España. 2011. [Accesado 01 de Marzo del 2013]. Disponible en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1138-3593\(11\)00147-X.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1138-3593(11)00147-X.pdf)
3. García G. Raúl. Características epidemiológicas y clínicas de Osteoartrosis primaria en pacientes geriátricos. [Monografía en Internet]. [acceso 22 de Octubre 2012]. Cuba. 2005. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos62/caracteristicas-epidemiologicas_osteartrosis/caracteristicas-epidemiologas-osteartrosis2.shtml.
4. Gongora C. Yolanda, Gonzales F. Jesus, Rodriguez B. Edith. Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de cadera y rodilla. (2006). (Monografía en Internet). Consultado en Enero 2012. Disponible en:

http://www.socreum.sld.cu/bvrmlg_revista_electronica/v8_n9y10_2006/calidad_vida.htm

5. Ojeda León. El cuidado de la rodilla. Avances médicos de Cuba. VIII, No 26, 2001, p 50 – 51.
6. Ramírez Mariela Norma. Calidad de vida en la tercera edad. ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno?. [Tesis en Internet]. [acceso 04 de Marzo del 2013]. Mendoza Argentina 2008. Disponible en: <http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/calidad%20de%20vida%20en%20la%20tercera%20edad.pdf>
7. Toquero D. Francisco, Rodríguez S. Juan. Guía de la buena práctica en artrosis. [Monografía en Internet]. Madrid. 2008. [acceso 20 de Octubre2012]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_artrosis_edicion2.pdf.
8. KATZ, S.T., FORD, A.B., MOSKOWITZ, R.W., JACKSON, B.A. y JAFEE, M.W.
(1963).Studies of illness in the aged; the index of ADL. Journal of the Medical American Association, 185, 914-919.
9. García M. Diego, Vásquez L. Germán, Delgado M. Alberto, García C. Eduardo. Patología reumática y degenerativa de la cadera. Artroplastia de cadera, 2011 [citado 2011 Enero]. Disponible en: <http://www.drgarciagerman.com/publicaciones/5%20GARCIA-GERMAN%20CADERA.pdf>

10. C. WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP

(1993a).-Study for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research, 2, 153-159

11. Ardila Ruben. Calidad de vida: una definición integradora[Monografía en Internet.Colombia: 2003. [accesado 22 de Noviembre 2012]. Disponible en : <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80535203.pdf>

12. Urzúa M. Alfonso, Caqueo U. Alejandra.Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto [monografía en Internet].vol 30, 2012, [accesado 20 enero 2012]. Disponible en:<http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>

13. García, R.M., 2007. La calidad de vida, los sentimientos de soledad y la ansiedad a la muerte en adultos mayores que asisten a una clínica de salud. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

14. Rodriguez F. Nelida, Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos, Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía, 2000, Colombia. (Monografía en Internet) consultado el (20 de Enero 2013)

15. Alvarez T. Mireya, Sague A. Karen, Gorbea B. Mariano, Romero P. Manuel. Calidad de Vida Relativa a Salud e Hipertensión Arterial en Cuba. [Revista

en Internet].2001 [consultado 23 de Noviembre del 2012], volumen 6.

Disponible en :

http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol47_3_09/hie03309.pdf

16. Carmona L, Gabriel R, Ballina FJ, Laffon A, Grupo de Estudio EPISER. Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. Rev Esp Reumatol. 2001;28:18—25.)

17. González Poley, Ortega Blancoa, Pedregal M., Azofraa Martín, Camacho C., Mora F. Prevalencia de enfermedades osteoarticulares y consumo de recursos. Calidad de vida y dependencia en pacientes con artrosis [Artículo en Internet]. Huelva España. 2011. [Accesado 01 de Marzo del 2013]. Disponible en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1138-3593\(11\)00147-X.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1138-3593(11)00147-X.pdf)

18. Solís Juan, Faure Jordi. Guía de la buena práctica clínica en Geriatría. Artrosis [Artículo en Internet]. España. 20081. [Accesado 01 de Marzo del 2013].

Disponible

en:

<http://www.segg.es/sites/default/files/page/Gu%C3%ADa%20de%20Artr%C3%B3sis.pdf>.

19. Callado P. David, Cambronero R. Javier, Campos R. Pablo, Enfermedades Articulaes y oseas en el anciano, Osteoporosis, la fragilidad en los huesos. En: CoboDomingo JC. Geriatria y gerontología. 13ª ed. Logoss. 2007. p. 365-379.
20. Dieppe PA. Relationship between symptoms and structural change in osteoarthritis. What are the important targets for osteoarthritis therapy? J Rheumatol. 2004;31(Suppl 70):50:3.
21. Asensi S. Edmond. Artrosis de articulaciones periféricas. En: Herrero-Beaumont G, Martin ME, Riestra NJL, Tornado NJ. (eds) Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología (1ra. Ed) Madrid: Sociedad Española de Reumatología, 1992: 282 – 289)
22. Cano M. Jose, Cases G. Inmaculada. Guia de Actuacion Clinica en Artrosis. [Internet]. Espana. 2007. [accesado 1 de Octubre 2012]. Disponible en:

(<http://www.san.gva.es/docs/dac/guiasap04artrosis.pdf>)
23. Toquero D. Francisco, Rodríguez S. Juan. Guía de la buena práctica en artrosis. [Monografía en Internet]. Madrid. 2008. [acceso 20 de Octubre 2012]. Disponible en:

(https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_artrosis_edicion2.pdf)
24. Fernández L. Jesús, Ruano R. Alberto. Eficacia y seguridad del ácido hialurónico en el tratamiento de la artrosis de cadera. [Monografía en Internet]. Santiago de Compostela . 2005. [acceso 22 de Octubre 2012]. Disponible en

http://www.sergas.es/cas/Servicios/docs/AvaliacionTecnoloXias/CT2005_06%20A%20Hial.pdf

25. García G. Raúl. Características epidemiológicas y clínicas de Osteoartrosis primaria en pacientes geriátricos. [Monografía en Internet]. [acceso 22 de Octubre 2012]. Cuba. 2005.

26. Geriatria en el ecuador, 2012, (monografía en internet) accesado Nov.2012

Disponible en:

<http://www.demayores.com/2006/08/29/ecuador-el-60-de-los-mayores-sufren-artrosis/>

27. Muriel Clemente, Castillo Guillermo, Sánchez Isabel. Calidad de vida y dolor, reunión de expertos. [Revisión Sistemática]. Salamanca España. 2009. [Accesado 04 de Marzo del 2013].

Disponible en:

[http://www.fundaciongrunenthal.com/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=150600025.](http://www.fundaciongrunenthal.com/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=150600025)

28. Tejedor Alejandro, León Fernando, Lora David, Pérez Alvaro. Can an intervention on clinical inertia have an impact on the perception of pain, functionality and quality of life in patients with hip and/or knee osteoarthritis? Results from a cluster randomised trial. [Artículo on line]. Madrid España. 2011. [Accesado 04 de Marzo del 2013]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90097197&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=33&accion=L&

[origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=en&fichero=27v44n02a90097197pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=en&fichero=27v44n02a90097197pdf001.pdf)

29. Casals M., Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA [Revisión Sistemática]. España. 2004. [Accesado 01 de Marzo del 2013].

Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n5/original1.pdf>

30. Francisca Rosselló, Mirna Frascarelli, Ana Mantecón, y Pedro Montoya. Dolor crónico y envejecimiento. [Artículo on - line]. Islas Baleares 2010. [Accesado 04 de Marzo del 2013].

Disponible

en:

http://www.unidoc.es/doc/Rossello2010_dolor_y_envejecimiento_ES.pdf

31. López S, Martínez C, Romero A, et al. Propiedades métricas del cuestionario WOMAC y de una versión reducida para medir la sintomatología y la discapacidad física. Atención primaria. 2009; 41 (11): 613 – 620.

Disponible en:

<http://www.auscan.org.womac.index.htm>.

32. Larrion JL. Valoración geriátrica integral (III). Evaluación en la capacidad funcional del anciano. Anales del Sistema sanitario de Navarra. (serie en internet). 2000, 22

Disponible en:

www.cfnavarra.es/salud/anales/testos/vol22/suple1/pdf/

33. Morales JJ. Evaluación Geriátrica. En: Rodríguez R, Morales JJ, Encinas JE y col. editores. Geriátrica. 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000;pp:59-63.
34. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Guía Clínica para Atención Primaria a las personas Adultas Mayores.. 2ª ed. Washington: OPS- OMS, 2002.
35. Larrion J. Luis, Valoración de la Capacidad Funcional de Paciente Anciano. Navarra. Pamplona. 2000, (en línea), accesado (12 de enero 2013).
Disponible en:
- <http://www.elgotero.com/Archivos%20zip/Valoraci%C3%B3n%20de%20la%20Capacidad%20Funcional%20del%20Paciente%20Anciano.pdf>
36. Kajang Cheung, Oemar Mandy, Oppe Mark, Rabin Rosalin. EuroQol 5D User Guide, Basic information in how to use EQ 5D. Año 2009 on – line . (Consultado 18 de Enero 2013). p 1 - 14. Disponible en: http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/User_Guide_v2_March_2009.pdf
37. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Tratamiento Médico en personas de 55 años y mas con Artrosis de Cadera y/o rodilla, Leve o Moderada Santiago: Minsal, 2007 .
38. Álvarez López, Casanova Marote, García Lorenzo. Fisiopatología Clasificación y diagnostica de la osteoartritis de rodilla.ref.cubana.ortop y traumatología, 2004;18

39. Datos de Banco Mundial, Esperanza de vida en Ecuador (en línea), accesado 27 de marzo de 2013, Última actualización: 17 de ene de 2013

Disponible en:

http://www.google.com.ec/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&met_y=s_p_dyn_le00_in&idim=country:ECU&dl=es&hl=es&q=esperanza%20de%20vida%20en%20ecuador