



## Investigación original

# Percepción de calidad de vida en pacientes con osteoartritis. Características sociodemográficas y clínicas. Estudio de 5 años



Urbano Solis Cartas<sup>a,b,\*</sup>, Silvia Johana Calvopiña Bejarano<sup>b</sup>,  
José Pedro Martínez Larrarte<sup>c</sup>, Ángel Ramiro Paguay Moreno<sup>b</sup>  
y Guadalupe Isabel Saquipay Duchitanga<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador

<sup>b</sup> Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador

<sup>c</sup> Facultad de Medicina Dr. Miguel Enríquez, Laboratorio central de líquido cefalorraquídeo (LABCEL), Universidad de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 1 de enero de 2018

Aceptado el 25 de mayo de 2018

On-line el 10 de septiembre de 2018

#### Palabras clave:

Calidad de vida

Enfermedades reumáticas

Osteoartritis

Viñetas Coop/Wonca

### R E S U M E N

**Introducción:** La osteoartritis se caracteriza por disminución o pérdida del cartílago articular. Clínicamente presenta dolor, rigidez, deformidad, distintos grados de discapacidad funcional y disminución de la percepción de la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

**Objetivo:** Determinar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis y correlacionarla con la capacidad funcional de los mismos.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo en 2.787 pacientes. Se aplicó cuestionario de láminas Coop/Wonca para determinar percepción de la calidad de vida. El alfa de Cronbach determinó la validez interna y la fiabilidad del cuestionario. Se determinó la correlación de Pearson entre calidad de vida y capacidad funcional. Se describieron las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en la investigación.

**Resultados:** Promedio de edad de 65 años, predominio de edades entre 60 y 69 años y del sexo femenino (65,69%). El grupo articular más afectado fue el de las rodillas (37,82%). El 72,37% de los pacientes presentaron comorbilidad asociada con hipertensión arterial, diabetes y obesidad. La puntuación del cuestionario Coop/Wonca fue de 21,29 con puntuaciones más elevadas en los hombres. Las dimensiones más afectadas fueron el dolor (3,37), la forma física (3,11) y las actividades cotidianas (2,98). Predominó la discapacidad moderada.

**Conclusiones:** La osteoartritis se asocia a un gran número de comorbilidades. Existió correlación entre capacidad funcional y calidad de vida. Las láminas Coop/Wonca constituyen un instrumento de gran utilidad para ser aplicado en la atención primaria de salud.

© 2018 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [umsmwork74@gmail.com](mailto:umsmwork74@gmail.com) (U. Solis Cartas).

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2018.05.002>

0121-8123/© 2018 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Perception of quality of life in patients with osteoarthritis. Sociodemographic and clinical characteristics. A 5 year study

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Quality of life  
Rheumatic diseases  
Osteoarthritis  
Coop/Wonca sheets

*Introduction:* Osteoarthritis is characterised by loss or loss of joint cartilage. It clinically presents with pain, rigidity, deformity, different degrees of functional disability, and a decreased perception in the quality of life of patients that suffer from it.

*Objective:* To determine the perceived quality of life related to health in patients with osteoarthritis, and to correlate it with their functional capacity.

*Materials and methods:* A descriptive study including 2,787 patients. A Coop/Wonca questionnaire was completed to determine perceived quality of life. Cronbach's alpha determined the internal validity and reliability of the questionnaire. Pearson correlation between quality of life and functional capacity was determined. The sociodemographic and clinical characteristics of the patients included in the study were recorded.

*Results:* The mean age was 65 years, with the majority being between 60 and 69 years, and included 65.69% females. The knees were the most affected joint group (37.82%), with 72.37% of the patients having associated comorbidity, including arterial hypertension, diabetes, and obesity. The score of the Coop/Wonca questionnaire was 21.29, with higher scores in men. The most affected dimensions were pain (3.37), physical form (3.11), and daily activities (2.98). Moderate disability predominated.

*Conclusions:* Osteoarthritis is associated with a large number of comorbidities. There was a correlation between functional capacity and quality of life. The Coop/Wonca chart is a very useful tool in primary health care.

© 2018 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Las enfermedades reumáticas son consideradas como un grupo de alrededor de 250 dolencias que afectan fundamentalmente el sistema osteo músculo articular. Dada la afectación de otros órganos y sistemas son consideradas como enfermedades sistémicas. Clínicamente se caracterizan por la presencia de dolor, inflamación, rigidez, deformidad y distintos grados de discapacidad que provocan disminución de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)<sup>1-5</sup>.

La osteoartritis (OA) es reportada como la afección articular más frecuentemente observada en la población adulta de cualquier región del mundo. Según el *American College of Rheumatology* esta enfermedad es conceptualizada como un grupo heterogéneo de condiciones que acarrear una gran variedad de síntomas y signos articulares, los cuales asociados a los defectos de integridad del cartilago articular y los cambios estructurales en el hueso subcondral y en los márgenes articulares, constituyen sus principales características anatomoclinicopatológicas<sup>1,2,6</sup>.

Se describe que la OA afecta alrededor del 30% de la población mayor de 60 años. Alrededor del 40% de pacientes mayores de 50 años presentan signos imagenológicos incipientes que pueden ser relacionados con la enfermedad. Es una afección que se asocia innegablemente al envejecimiento, acrecentando la discapacidad funcional de los adultos mayores. Es considerada la cuarta causa de discapacidad a nivel general<sup>7,8</sup>.

La morbilidad por enfermedades reumáticas en Cuba es considerada elevada. La OA se ubica dentro de las primeras 10 causas de atención hospitalaria. Si a este dato sumamos que la incidencia y prevalencia de OA aumenta en pacientes mayores de 50 años, y analizamos la creciente tendencia al envejecimiento de la población cubana, concluimos que estamos ante la presencia de un importante problema de salud pública<sup>4,5,8-11</sup>.

Son descritas como las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad la presencia de dolor mecánico que se asocia con rigidez. El patrón de afección articular tiene cierta relación con el sexo; se reporta un predominio de afectación de las manos en mujeres, mientras que la articulación coxofemoral se afecta con mayor frecuencia en hombres. La afectación de la columna vertebral y las rodillas es descrita por igual en ambos sexos<sup>4,6,11-13</sup>.

La disminución progresiva de la función articular y el dolor articular son los principales motivos de asistencia a la consulta médica de los pacientes con OA. Múltiples son los elementos de la enfermedad que influyen negativamente en la percepción de CVRS de estos pacientes; se destacan la presencia del dolor, la rigidez, las deformidades resultantes y los altos costes por concepto de atención y tratamiento<sup>11,14</sup>.

La CVRS es definida por la Organización Mundial de la Salud como la percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida. Este concepto incluye tanto el contexto cultural y de valores en que vive y la relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Este concepto global es uno de los elementos actuales que se siguen para medir efectividad del tratamiento y la evolución de la enfermedad<sup>8,11</sup>.

Llama la atención que siendo la OA una enfermedad tan frecuente sean tan escasos los reportes de investigaciones que se basan en este tema. En Cuba existen algunos trabajos como los publicados por Góngora et al., Prada et al. y Solís et al. que abordan la CVRS en pacientes con OA. Sin embargo, estos estudios son muestras menores, lo cual puede aportar una perspectiva errónea de la percepción real de los pacientes con OA<sup>2,4,5,11,13,15</sup>.

Es por esto que teniendo en cuenta la creciente tendencia al envejecimiento de la población cubana, la alta prevalencia de la OA en pacientes mayores de 50 años, la poca información disponible sobre el tema y la afectación que produce esta enfermedad en la CVRS, se decidió realizar este trabajo con el objetivo de determinar la percepción de CVRS de los pacientes con OA atendidos en el Centro Nacional de Reumatología entre enero de 2012 y mayo de 2017 y su relación con la capacidad funcional.

## Materiales y métodos

Estudio descriptivo, observacional y transversal, en 2.787 pacientes con diagnóstico de OA que acudieron al servicio de consulta externa del Centro Nacional de Reumatología entre enero de 2012 y mayo de 2017. Para la inclusión de los pacientes en el estudio se tuvo en cuenta el diagnóstico de OA según los criterios del *American College of Rheumatology*<sup>11,13</sup>. Esta investigación es el resultado de un estudio de 5 años que contó con otros reportes parciales realizados con anterioridad.

Se confeccionó una encuesta para la investigación, la cual fue valorada por expertos del Centro Nacional de Reumatología y por reumatólogos pertenecientes a otros centros hospitalarios del país. Para la aprobación del cuestionario se tuvieron en cuenta aspectos clínicos y metodológicos, realizándose una prueba cruzada de identificación, interpretación y aplicación; además, se realizó prueba de correlación, la cual resultó positiva. Una vez que fue aprobado el cuestionario se aplicó a cada paciente y el mismo facilitó la recogida de las variables incluidas en el estudio.

Para determinar la percepción de CVRS se escogió el cuestionario de láminas Coop/Wonca. Este cuestionario se encuentra validado en español y se caracteriza por su fácil aplicación e interpretación; es un instrumento genérico en el que se logra una perfecta integración de los elementos clínicos con elementos visuales, lo que facilita la interpretación por parte del paciente, permitiendo una rápida y adecuada respuesta. En sus inicios constaba de 9 láminas, pero posteriormente se reajustó a 7. Puede ser utilizado en una versión corta donde se muestran solamente 5 láminas. En esta investigación se utilizó la versión completa de 7 láminas que abarca las dimensiones de forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, estado de salud, cambios en el estado de salud y dolor. Una vez mostradas las imágenes el paciente señala aquella que más se aproxima a su estado de salud en las últimas 2 semanas<sup>11,14,16</sup>.

La escala de este cuestionario permite alcanzar puntuaciones entre 7 y 35 puntos. Mientras mayor sea la puntuación, peor es la percepción de CVRS de los pacientes. Es un cuestionario que, por su sencillez y fácil interpretación solo requiere 5 minutos para su aplicación. Se calculó el valor del coeficiente

del alfa de Cronbach para determinar la validez interna y fiabilidad del cuestionario de láminas Coop/Wonca<sup>11,14</sup>.

Para determinar la capacidad funcional de los pacientes se utilizó la versión cubana del *Health Assessment Questionnaire* (HAQ-CU). Este cuestionario específico también se encuentra validado en español e investiga sobre la capacidad de los pacientes para realizar las actividades de la vida diaria. Dependiendo del grado de discapacidad se otorgan puntuaciones que van desde 0 puntos (realizar la actividad sin limitación) hasta 3 puntos (totalmente dependiente para su realización). Las puntuaciones de cada actividad se suman y se halla el promedio de las mismas, estableciéndose los siguientes rangos de resultado final: sin discapacidad (menos de 0,5 puntos), discapacidad ligera (entre 0,5 y 1 punto), discapacidad moderada (mayor de 1 punto y menor de 2 puntos) y discapacidad severa para los pacientes con puntuaciones mayores de 2 puntos<sup>11,13,14</sup>.

Se describieron las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en la investigación, haciéndose comparaciones de los resultados obtenidos con otros trabajos nacionales e internacionales. Se determinó el valor del coeficiente de correlación de Pearson para determinar la asociación entre CVRS y capacidad funcional de los pacientes con OA estudiados.

Para el análisis e interpretación de la información se confeccionó una base de datos en el programa Excel 2016 del sistema operativo Windows. El procesamiento de los datos se realizó de forma automatizada utilizando el paquete estadístico SPSS-PC en su versión 24,5 para Windows. La información fue resumida mediante frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas y se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Se estimaron los intervalos de confianza al 95% para completar la estimación puntual de las medidas mencionadas. El cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach determinó la validez interna y fiabilidad del cuestionario de CVRS. Los resultados fueron expresados en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

## Resultados

Después de analizar los datos conseguidos se obtuvo:

Al analizar las variables sociodemográficas (tabla 1) se obtuvo un promedio de edad de 65,7 años; el grupo de edades más representado fue el comprendido entre los 60 y los 69 años, con un 31,68% del total de la muestra, seguido del grupo entre 70 y 79 años con un 26,30% y las personas entre 50 y 59 años con un 17,40%. En relación con el sexo predominó el femenino, con 1.831 pacientes (65,69%).

El 72,37% de los pacientes respondió afirmativamente al ser interrogado sobre la presencia de comorbilidades o hábitos nocivos. Las comorbilidades que más frecuentemente se presentaron fueron la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM) y la obesidad, con un 24,44%, 17,90% y 14,92%, respectivamente. El 12,35% de los pacientes refirió fumar; el resto de las comorbilidades incluidas en la investigación se comportó por debajo del 10% del total de pacientes.

El grupo articular más afectado fue la articulación de la rodilla, con un 37,82%, seguido de las manos, las caderas y

**Tabla 1 – Distribución de pacientes según variables sociodemográficas**

Características	Muestra total 2.787 pacientes
Edad media (años)	65 años
<b>Grupos de edad (años)</b>	
Menor de 30 años	114 (4,09%)
30-39	189 (6,79%)
40-49	252 (9,04%)
50-59	485 (17,40%)
60-69	883 (31,68%)
70-79	733 (26,30%)
80 años y más	131 (4,70%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	956 (34,31)
Femenino	1.831 (65,69)
<b>Presencia de comorbilidades</b>	
Sí	2.017 (72,37%)
No	770 (27,63%)
<b>Tipo de comorbilidad</b>	
Hipertensión arterial	493 (24,44%)
Obesidad	301 (14,92%)
Diabetes mellitus	361 (17,90%)
Tabaquismo	249 (12,35%)
Artritis reumatoide	197 (9,77%)
Espondiloartropatías	121 (5,99%)
Síndrome metabólico	146 (7,24%)
Hipotiroidismo	82 (4,07%)
Artropatías depósito de cristales	67 (3,32%)
<b>Grupo articular afectado</b>	
Rodillas	1.054 (37,82%)
Manos	737 (26,44%)
Caderas	608 (21,82%)
Columna vertebral	388 (13,92%)
<b>Tiempo de evolución</b>	
Menor de 1 año	492 (17,56%)
De 1 a 5 años	991 (35,56%)
Mayor de 5 años	1.304 (46,78%)

Fuente: Cuestionario creado para la investigación.

la columna vertebral, con 26,44%, 21,82% y 13,92%, respectivamente. El tiempo de evolución mayor de 5 años fue el más representado, con un 46,78% del total de pacientes con OA;

le siguió el de 1 a 5 años con 991 pacientes y 492 personas tenían diagnóstico de OA de menos de un año de evolución.

Al analizar la CVRS según las dimensiones específicas y la sumatoria global (tabla 2) se destaca que la puntuación global del estudio estuvo en 21,29 puntos. Las dimensiones más afectadas fueron el dolor, la forma física y las actividades cotidianas, con puntuaciones de 3,37, 3,11 y 2,98, respectivamente. En el sexo masculino la puntuación obtenida de forma global y en las dimensiones de forma física, actividades cotidianas y actividades sociales, estuvieron por encima de la media del estudio, lo que demuestra una peor percepción de CVRS en los pacientes del sexo masculino. En el sexo femenino llama la atención las cifras elevadas alcanzadas en las dimensiones dolor, cambios en el estado de salud y estado de salud, que se comportaron por encima de la media de la investigación.

La consistencia interna y la fiabilidad de aplicación de las láminas Coop/Wonca fue evaluada mediante el alfa de Cronbach (tabla 3), mostrando este coeficiente un valor de 0,872.

En relación con la capacidad funcional (tabla 4) se destaca que solo el 9,22% de los pacientes se encontraba, en

**Tabla 3 – Valor del coeficiente alfa de Cronbach para evaluar consistencia interna y fiabilidad de las láminas Coop/Wonca**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N.º de ítems
0,940	0,872	7

**Tabla 4 – Comportamiento de pacientes según capacidad funcional mediante cuestionario HAQ-CU**

Presencia y tipo de discapacidad	N.º	%
Discapacidad ligera	833	29,89
Discapacidad moderada	1.558	55,90
Discapacidad severa	139	4,99
Sin discapacidad	257	9,22
Total	2.787	100

Fuente: Cuestionario HAQ-CU.

**Tabla 2 – Distribución de pacientes según percepción de CVRS y sexo mediante láminas Coop/Wonca**

Dimensiones	Total		Hombres		Mujeres	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Forma física	3,11 (1-4)	0,89	3,39 (1-4)	0,61	3,07 (1-4)	0,93
Sentimientos	2,53 (1-3)	0,47	2,52 (1-3)	0,48	2,53 (1-3)	0,47
Actividades cotidianas	2,98 (1-4)	1,02	3,03 (1-4)	0,97	2,96 (1-4)	1,04
Actividades sociales	2,67 (1-4)	1,33	2,81 (1-4)	1,19	2,63 (1-3)	0,37
Cambios en el estado de salud	2,49 (1-4)	1,51	2,46 (1-3)	0,54	2,51 (1-4)	1,49
Estado de salud	2,61 (1-4)	1,39	2,37 (1-3)	0,63	2,88 (1-4)	1,12
Dolor	3,37 (1-5)	1,63	3,17 (1-4)	0,83	3,76 (1-5)	1,24
Global	21,29 (10-34)	7,32	22,38 (10-32)	6,23	20,57 (11-34)	5,48

DE: desviación estándar.

Fuente: Cuestionario de láminas Coop/Wonca.

**Tabla 5 – Valores del coeficiente correlación de Pearson entre el cuestionario de CVRS y de capacidad funcional HAQ-CU**

Cuestionarios	CVRS	HAQ-CU
CVRS	1,00	
HAQ-CU	0,79	1.00
p < 0,05		

el momento del estudio, sin discapacidad. El 55,90% de los encuestados presentó discapacidad moderada.

Por último, se analizó el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 5), donde se muestra una correlación directa entre percepción de CVRS y discapacidad funcional.

## Discusión

La OA es la afección reumática más antigua que se conoce. Se reporta que llega a afectar al 10% de los adultos mayores de 60 años. Afecta cualquier articulación, pero las comúnmente dañadas son las rodillas y las caderas<sup>8</sup>.

Se describe una asociación entre la OA y el envejecimiento. Sin duda alguna la incidencia de la OA se incrementa a medida que aumenta la edad; una posible hipótesis que explica esta situación se basa en el efecto acumulativo de los cambios articulares que ocurren durante el envejecimiento, como es el caso de traumatismos y microtraumatismos, disminución de la fuerza articular, adelgazamiento del cartílago, alteraciones de la propiocepción y el estrés oxidativo<sup>17</sup>.

Varios trabajos reportan un predominio de pacientes mayores de 60 años con OA; en esta investigación el promedio de edad se comportó por encima de los 60 años, con mayor incidencia de aparición en el grupo de pacientes comprendido entre 60 y 69 años, lo que evidencia que sin duda la OA alcanza un pico de incidencia en los adultos mayores<sup>4-6,11,15,18</sup>.

En relación con el sexo existió un predominio del sexo femenino de forma general. Se reporta que es 5 veces más prevalente en mujeres, y son diversos los factores que tratan de explicar esta situación. Se describe que algunas situaciones predominantes en el sexo femenino, como son la mayor frecuencia de obesidad, el menor tono muscular y la mayor presencia de laxitud articular condicionan distintos grados de inestabilidad articular, favoreciendo la aparición de microtraumatismos repetitivos que conducen a daño articular irreversible<sup>19</sup>.

Otro elemento a tener en cuenta en la etiopatogenia de la enfermedad, y que se presenta con mayor incidencia en el sexo femenino, es la presencia de debilidad de los cuádriceps femorales; se conoce la función estabilizadora que tienen estos músculos sobre la articulación de las rodillas; la debilidad muscular ocasiona una disfunción sensorial reflejada por una disminución en la propiocepción, y esto favorece la aparición de traumatismos y microtraumatismos repetitivos a nivel articular que propician la aparición de cambios degenerativos. Tradicionalmente, el fortalecimiento de los cuádriceps ha sido enfatizado como el elemento más importante en los programas de entrenamiento y acondicionamiento designados para proteger la rodilla<sup>19</sup>. Otra hipótesis plantea que los

factores hormonales también desempeñan un papel decisivo en la aparición de la enfermedad; esta afirmación se basa en el aumento de la frecuencia de la OA en la menopausia<sup>17,19,20</sup>. Autores como Cruz et al.<sup>18</sup> también reportan un predominio de pacientes del sexo femenino con OA.

El grupo articular más afectado fue el de las rodillas; otros trabajos como el realizado por Solis et al.<sup>11</sup> también reporta una mayor afectación de esta articulación. Una posible explicación a este fenómeno está dada por la presencia de múltiples deformidades podálicas, las cuales no son tratadas oportunamente durante los primeros años de la vida. Estas deformidades acrecientan el grado de desalineación articular, favoreciendo la aparición de traumatismos y microtraumatismos, con los consiguientes daños al cartílago articular<sup>6</sup>.

Otra hipótesis que trata de explicar esta situación se refiere al sobrepeso como elemento desencadenante del daño articular, al ser las rodillas y las caderas articulaciones donde se soporta el 84% del peso corporal, por lo que estar sometidas a una carga excesiva adicional también provoca microtraumatismos que desencadenan todo el proceso degenerativo articular<sup>6</sup>. La presencia de OA en articulaciones que no soportan peso sugiere que la obesidad puede alterar el metabolismo cartilaginoso y óseo, independientemente del efecto mecánico<sup>13,21</sup>.

En relación con el tiempo de evolución de la enfermedad predominaron los pacientes con tiempo mayor a 5 años. La OA es una enfermedad crónica; este resultado puede estar influenciado por los índices de envejecimiento que caracterizan a la población mundial y cubana, respectivamente. Al ser una enfermedad crónica, y teniendo en cuenta la longevidad de la población, es común encontrar que los pacientes tengan historia de varios años de evolución de este padecimiento; de ahí la importancia de detectar precozmente las limitaciones que la OA pueda producir en la población para evitar considerablemente la afectación de la capacidad funcional de estos pacientes<sup>11</sup>.

La presencia de comorbilidades ha sido reportada por otros autores como un elemento a tener en cuenta tanto en la aparición, como en la evolución y el pronóstico de la enfermedad. Se describe que son múltiples las afecciones que intervienen en los mecanismos etiopatogénicos de la OA. Se describe que los procesos inflamatorios, alteraciones metabólicas y los procesos mecánicos se encuentran dentro de los factores de riesgo generales para la aparición de la enfermedad. La artrosis, a pesar de llevar asociado un importante número de comorbilidades, puede considerarse como una enfermedad benigna. La HTA, la DM, el sobrepeso y la obesidad, y las enfermedades inflamatorias como la AR y las espondiloartropatías son reportadas como las comorbilidades y hábitos nocivos que más frecuentemente se asocian a la OA<sup>18,22</sup>.

Al analizar el indicador global de CVRS se obtuvo una media para el estudio de 21,29. Si se analizan de forma independiente las dimensiones del cuestionario se destacan las dimensiones dolor y forma física como las más afectadas al obtener puntuaciones por encima de los 3 puntos; estos resultados demuestran que la OA repercute negativamente sobre la percepción de CVRS de los pacientes, y que sin duda alguna el dolor y la limitación de la forma física son las principales dianas de la enfermedad. A pesar de no tener un punto de corte, se describe que mientras mayor sean las puntuaciones obtenidas

mayor es la afectación de la percepción de CVRS, se reporta que puntuaciones mayores a 18 puntos de forma global evidencian deterioro de la CVRS<sup>23</sup>.

Si comparamos este resultado con otros estudios observamos cierta similitud, ya que Solis et al.<sup>11</sup> y Esteban et al.<sup>23</sup> también reportan en sus estudios puntuaciones cercanas o mayores a los 20 puntos, lo que evidencia la afectación a la percepción de CVRS que produce la OA. De forma general el sexo masculino presentó una peor percepción con relación al sexo femenino. Se describe que, aunque existe un predominio del envejecimiento en el sexo femenino, las consecuencias del mismo se hacen más visibles en los hombres. Una posible explicación está dada por la acumulación de traumatismos articulares relacionados con la actividad laboral o deportiva previa<sup>24</sup>. Además, la afectación articular de caderas y rodillas que aparecen predominantemente en hombres, al ser articulaciones de carga, generan mayor imposibilidad de realizar actividades cotidianas, lo que también repercute de manera negativa en la percepción de los mismos de su CVRS<sup>1,6,13</sup>.

La consistencia interna y la fiabilidad de las láminas Coop/Wonca quedó demostrada una vez más, alcanzándose un valor superior al de la versión original (0,82) para 9 ítems<sup>16</sup>. Este valor muestra una fiabilidad elevada y se encuentra entre el rango 0,7 y 0,9; tal y como se recomienda por Nunnally<sup>25</sup>. Estos resultados son similares a los publicados por otros investigadores, que obtuvieron valores de alfa de Cronbach de 0,81 para 7 ítems y 0,75 para 5 ítems<sup>26,27</sup>.

Este resultado también ha sido reportado de igual forma por Solis Cartas et al.<sup>11</sup> y Esteban et al.<sup>23</sup> con resultados por encima de los 0,70, que es el valor que se toma como referencia para validar la consistencia interna y la fiabilidad de cualquier cuestionario de CVRS<sup>11</sup>.

En referencia a la discapacidad funcional resulta importante señalar que en solo el 9,22% de los pacientes no se encontró afectación de la capacidad funcional. Se registró un predominio de discapacidad moderada y estos datos evidencian que sin duda alguna la OA es causa frecuente de discapacidad en los pacientes que la padecen. La discapacidad funcional constituye un elemento primordial en el contexto sintomático de la OA<sup>28</sup>.

El dolor, la rigidez y la presencia de deformidades son reportados como los principales responsables de la limitación de los pacientes para poder realizar sus actividades cotidianas. De este planteamiento se puede deducir que mientras mayor sea la actividad de la enfermedad, mayor será la presencia de estos elementos clínicos y, por ende, mayor el grado de discapacidad de los pacientes<sup>28</sup>.

Por último, el resultado del coeficiente de correlación de Pearson entre cuestionario de láminas Coop/Wonca y la versión cubana del *Health Assessment Questionnaire* arrojó una puntuación elevada. Esta relación se traduce en que mientras mayor es el grado de discapacidad funcional, mayor es la puntuación de percepción de CVRS, significando un deterioro de la calidad de vida de los pacientes. Se puede plantear que es una relación inversa, ya que los valores cualitativos y cuantitativos de ambas variables son inversamente proporcionales.

Este estudio se desarrolló en una institución de atención de pacientes reumáticos, lo que puede constituir un sesgo para la investigación, y es por esto que se sugiere llevar a

cabo estudios similares en la atención primaria de salud, utilizando ambos cuestionarios como elementos base para determinar capacidad funcional y percepción de CVRS.

Como se puede apreciar, la OA es una enfermedad con una alta incidencia y prevalencia, con una gran cantidad de comorbilidades asociadas y que genera altos grados de discapacidad en las personas que la padecen. Conocer sus elementos etiopatogénicos, así como contar con una estrategia de intervención hacia la enfermedad constituyen elementos primordiales para minimizar o retardar las posibles consecuencias que pueda generar sobre el estado de salud de la población.

---

## Conclusiones

La OA afecta fundamentalmente a pacientes mujeres mayores de 60 años de edad, siendo la articulación de la rodilla la más comúnmente afectada. De forma general se reporta un gran número de comorbilidades asociadas. Provoca diversos grados de discapacidad funcional y disminución de la percepción de CVRS, la cual es más evidente en los pacientes del sexo masculino. Existió una fuerte correlación entre HAQ y percepción de CVRS, significando que mientras mayor fue el grado de discapacidad peor fue la percepción de CVRS. El cuestionario de láminas Coop/Wonca resulta ser un instrumento de una inestimable ayuda para determinar la percepción de CVRS en pacientes en la atención primaria de salud.

---

## Conflicto de intereses

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Solis Cartas U, de Armas Hernández A, Bacallao Carbonell A. Osteoartritis. Características sociodemográficas. *Rev Cubana de Reumatol [revista en Internet]*. 2014;16 [consultado 12 Oct 2017] [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/331>
2. Prada Hernández D, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón J, Hernández Cuellar I, Porro Novo J, Cabreja Gilberto L, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y tratamiento rehabilitador. *Rev Cubana de Reumatol [revista en Internet]*. 2013;13 [consultado 23 Nov 2017] [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/32>
3. Solis Cartas U, Martínez Larrarte JP, Prada Hernández DM, Gómez Morejón JA, Valdés González JL, Molinero Rodríguez C. Síndrome de Rhupus. Una superposición infrecuente. *Rev Colomb Reumatol [revista en Internet]*. 2017;24:237-41 [consultado 23 Nov 2017]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121812317300671>
4. Solis Cartas U, Prada Hernández D, Crespo Somoza I, Gómez Morejón J, de Armas Hernández A, García González V, et al. Percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de manos. *Rev Cubana de Reumatol [revista en Internet]*. 2015;17 [consultado 3 Dic 2017] [aprox 7 p.]. Disponible en:

- <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/410>
5. Solís Cartas U, Barbón Pérez O, Martínez Larrarte J. Determinación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de columna vertebral. *Rev Arch Méd Camagüey* [revista en Internet]. 2016;20 [consultado 23 Nov 2017] [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4280>
  6. Solís Cartas U, Prada Hernández D, Molinero Rodríguez C, de Armas Hernández A, García González V, Hernández Yane A. Rasgos demográficos en la osteoartritis de rodilla. *Rev Cubana de Reumatol* [revista en Internet]. 2014;17 [consultado 7 Dic 2017] [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/383>
  7. Peña AH, Fernández-López JC. Prevalencia y factores de riesgo de la osteoartritis. *Reumatol Clin*. 2007;3 Supl 3:S6-12, 11.
  8. Reyes G, Coello AP, Toledano M, Cabreja G, Noda PI. Conducta de enfrentamiento y demanda de ayuda ante las enfermedades reumáticas en la comunidad. *Rev Cubana de Reumatol*. 2005;4:27-35.
  9. García Otero M, Naranjo Ferregut J, García Portela R, Rodríguez Rodríguez J. Discapacidad física en el anciano en un Consejo Popular de Pinar del Río. *Rev Ciencias Médicas* [revista en la Internet]. 2012;16:56-66 [consultado 28 Oct 2017]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000500008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500008&lng=es)
  10. Oficina Nacional Estadística (ONE). El envejecimiento de la población cubana. Cuba y sus territorios. Anuarios Demográficos de Cuba. Edición 2008. p. 1-51.
  11. Solís-Cartas U, Hernández-Cuéllar I, Prada-Hernández D, de-Armas-Hernández A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis. *Rev Cubana de Reumatol* [revista en Internet]. 2013;15 [consultado 5 Dic 2017] [aprox 6 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/280>
  12. De-Armas-Hernández A, Muñoz-Balbín M, Benítes-Falero Y, de-Armas-Hernández Y, Peñate-Delgado R, Solís-Cartas E. Osteoartritis de columna vertebral. Una afección frecuente pero olvidada. *Rev Cubana de Reumatol* [revista en Internet]. 2015;17 [consultado 11 Nov 2017] [aprox 7 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/430>
  13. Solís Cartas U, Torres Carballeira R, Milera Rodríguez J. Impacto de la artroscopía en la percepción de la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis de rodilla. *Rev Cubana Reumatol* [revista en Internet]. 2014;16 [consultado 23 Dic 2017] [aprox 14 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/335>
  14. Solís Cartas U, Hernández Cuéllar I, de Armas Hernández A. Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis. *Rev Cubana Reumatol* [revista en Internet]. 2014;16 [consultado 3 Dic 2017] [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/307>
  15. Góngora YL, Friol JE, Rodríguez EM, González JL, Castellanos M. Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla. *Rev Cubana de Reumatol*. 2006;3:23-42.
  16. Lizan-Tudela L, Reig Ferrer A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*. 1999;24:75-82.
  17. Rannou F, Poiraudou S. Non-pharmacological approaches for the treatment of osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24:93-106.
  18. Cruz García Y, Hernández Cuellar MI, Montero Barceló B. Comportamiento clínico epidemiológico de la osteoartritis en pacientes femeninas. *Rev Cubana de Reumatol* [revista en Internet]. 2014;16 [consultado 23 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/330>
  19. Comas M, Sala M, Román R, Hoffmeister L, Castells X. Variaciones en la estimación de la prevalencia de artrosis de rodilla según los criterios diagnósticos utilizados en los estudios poblacionales. *Gaceta Sanit*. 2010;24:28-32.
  20. Cordero J, Darder A, Santillana J, on behalf of the Group of Studies EXPECT. Association between arthritis, functional disability, and quality of life. *Rev Española Cir Ortopéd Traumatol (English Edition)*. 2012;56:97-204.
  21. González F, Mustafa O, Antezana A. Alteraciones Biomecánicas Articulares en la Obesidad. *Gac Med Bol* [revista en Internet]. 2011;34 [consultado 20 Abr 2016] [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662011000100014&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662011000100014&lng=es&nrm=iso)
  22. Suri P, Morgenroth DC, Hunter DJ. Epidemiology of osteoarthritis and associated comorbidities. *PMR*. 2012;4 5 Suppl:10-9.
  23. Esteban y Peña M, Jiménez R, Gil-de Miguel A, Díaz JM, Villasevil E, Fernández X. Calidad de vida en relación con la salud, medida por las láminas COOP/WONCA en la ciudad de Madrid. *Semergen*. 2010;36:187-95.
  24. Callahan LE, Shreffler J, Siaton BC, Helmick CG, Schoster B, Schwartz TA, et al. Limited educational attainment and radiographic and symptomatic knee osteoarthritis: A cross-sectional analysis using data from the Johnston County (North Carolina) Osteoarthritis Project. *Arthritis Res Ther*. 2010;12:46.
  25. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3.<sup>a</sup> ed. Nueva York: McGraw-Hill; 1994.
  26. López S, Martínez C, Romero A, Ángel M. Validez y fiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimentado vía telefónica en personas con artrosis de cadera y rodilla. *Index Enferm*. 2005;51:24-8.
  27. López S, Navarro F, González J, Martínez C, Romero A. Validez, fiabilidad y convergencia de COOP/WONCA y EUROQoL, administrados telefónicamente, en población con osteoartritis de cadera y rodilla. *Index Enferm*. 2009;18:11-4.
  28. Solís Cartas U, Hernández Cuéllar I, Prada Hernández D, de Armas Hernández A. Evaluación de la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis. *Rev Cubana de Reumatol* [revista en Internet]. 2014;16 [consultado 11 May 2017] [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/299>