



**RIDUNAJ**  
Repositorio Institucional  
Digital UNAJ



Universidad Nacional  
**ARTURO JAURETCHE**

Tesis de Grado

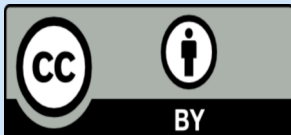
Jesica Soledad Alvarez

# Osteoartritis y calidad de vida en adultos mayores

2021

*Instituto de Ciencias de la Salud*

*Carrera: Licenciatura en Kinesiología y  
Fisiatría*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.  
Atribución 4.0  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Alvarez J. S. (2021). *Osteoartritis y calidad de vida en adultos mayores* [Tesis de Grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/2932>



Informe de Investigación  
Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

Título: “ Osteoartritis y calidad de vida en adultos mayores”

Autora: Alvarez Jesica Soledad

Legajo: 5432

Directores: Otero Karina

Riveiro Manuel

Fecha de entrega:

Firma

**Agradecimientos**

Este trabajo está dedicado a mi familia que me acompañó en este largo camino de aprendizaje. A ellos, que nunca perdieron la fe en que iba a llegar a la meta. Especialmente a mi madre, y a mi hijo que llegó a mitad de la carrera.

A mis compañeros, amigos que me dejó mi amada UNAJ. A los profesores, que fueron vital para este proceso de formación.

A mis tutores, Karina y Manuel, que me brindaron su ayuda desde el primer momento, guiándome y poniéndose a mi disposición, siempre con unas palabras de aliento, y transmitiéndome sus conocimientos.

Al centro de “Salud Bernal”, que sin conocerme me abrieron las puertas y me trataron con mucho afecto.

## **Abreviaturas**

OA= Osteoartritis

OMS= Organización Mundial de la Salud

SAR= Sociedad Argentina de Reumatología

AVD= Actividades de la vida diaria

WOMAC= Western Ontario and McMaster Universities

COOP WONCA= Organization Mundial de Medicos de Familia; World Organization of National Colleges; Academies and Academic Associations of General Practitioners.

CV= Calidad de vida

EVA= Escala Visual Análoga

I.	Introducción .....	6
II.	Formulación del problema de investigación a abordar y objetivos a llevar a cabo.....	9
III.	Justificación.....	10
IV.	Marco conceptual y Antecedentes.....	11
	IV.A. Osteoartritis.....	11
	IV.A.1. Definición .....	11
	IV.A.2. Clasificación.....	11
	IV.A.3. Epidemiología .....	12
	IV.A.4. Fisiopatología .....	13
	IV.A.5. Etiología y Factores de riesgo .....	15
	IV.A.6. Manifestaciones clínicas .....	17
	IV.A.7. Diagnostico .....	18
	IV.A.8. Tratamiento .....	18
	IV.B. Calidad de vida .....	21
	IV.B.1. Definición y concepto de calidad de vida.....	21
	IV.B.2. Calidad de vida relacionada a la salud .....	21
	IV.B.3. Calidad de vida en adultos mayores con Osteoartritis.....	22
	IV.B.4. Envejecimiento, Capacidad funcional y Discapacidad .....	23
	IV.C.1. Rol del kinesiólogo/a en Osteoartritis.....	24
	IV.C.2. Intervención kinésica en pacientes con Osteoartritis .....	24
	IV.D.1. Antecedentes de la investigación .....	26
V.	Estrategia metodológica .....	29
	V.A. Diseño de la investigación .....	29
	V.B. Fuentes de datos .....	29
	V.C. Técnica de instrumento de registro .....	29
	V.D. Contexto de análisis .....	30
	V.E. Observación personal del trabajo de campo en el contexto de la pandemia por Covid-19 .....	31
VI.	Resultados .....	33
	VI.A. Caracterización sociodemográfica.....	33
	VI.B. Caracterización del estado de salud .....	34
	VI.C. Estado de salud, según género, edad y localización de la lesión .....	41
	VI.D. Estado de salud según género y edad .....	47
VII.	Conclusiones .....	50
VIII.	Bibliografía .....	53
IX.	Anexos .....	56
	IX.A. Consentimiento informado .....	56

IX.B. Cuestionario .....	57
IX.C. Cuestionario WOMAC .....	58
IX.D. cuestionario COOP WONCA.....	60

## I. Introducción

La osteoartritis (OA), también denominada osteoartrosis o artrosis, es una enfermedad articular que causa dolor y discapacidad física entre las enfermedades crónicas. Se relaciona fuertemente con la edad, afectando casi todos los tejidos de las diartrosis (articulaciones con movimientos libres y cavidad articular), especialmente al cartílago hialino pero el hueso subcondral y la membrana sinovial no permanecen inertes a los cambios y al deterioro articular (Rillo, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la OA afecta al 80 % a la población mayor de 65 años en los países industrializados y constituye la causa más importante de discapacidad funcional del aparato locomotor afectando al 9,6 % a los hombres y el 18 % a las mujeres mayores de 60 años. Se prevé que la OA será la cuarta causa de discapacidad en el año 2020 (Solís Cartas, Hernández Cuéllar, Prada Hernández, & de Armas Hernandez, 2014).

Esta patología constituye una de las principales causas de dolor articular, limitación física y reducción de la calidad de vida en adultos mayores (Dorta & Dorta, 2016).

Su presentación es variable, pero los sitios más afectados son las rodillas, las caderas, manos y columna, que son estructuras involucradas en funciones básicas del ser humano, como la marcha y el autocuidado. La OA de rodilla y cadera ocasiona una alteración en la estructura corporal, generando una alteración en la marcha o en el traslado, por ende, les restringe a los individuos la participación en actividades sociales, laborales o familiares, como reuniones o paseos, decimos que los sujetos tienen una discapacidad asociada a la OA.

Las discapacidades asociadas a la OA se dan casi exclusivamente en adultos mayores, colocándolos en un estado de vulnerabilidad, ya que poco a poco pierden la autonomía en actividades de la vida diaria (AVD) como pueden ser el autocuidado, baño, vestido, traslados, afectando la calidad de vida (Macías-Hernández, 2014).

Actualmente no existe una sola definición clara sobre el concepto de calidad de vida. Sin embargo, lo que sí está claro es que la calidad de vida se considera como una combinación de elementos objetivos y subjetivos, en donde la evaluación individual juega un papel muy importante. Debido a las diferencias culturales, es preciso entender

que la definición de calidad de vida variara en función del contexto, la época y el grupo social al que nos estemos refiriendo (Mayo Clinic, 2019).

El estado funcional y la capacidad funcional tienen relación con la calidad de vida en la vejez. La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca (combinación de todas las capacidades físicas y mentales) de la persona, las características del entorno (comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida) que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La WONCA define al estado funcional como la capacidad para desarrollar una determinada tarea o rol en un momento dado o durante un periodo determinado (Aparicio García-Molina, V.A.; Carbonell Baeza, A. y Delgado Fernández, 2010).

El envejecimiento activo puede llevar a la persona a incrementar la calidad de vida y a disminuir índices de morbilidad a lo largo de los años. Este fenómeno se debe a los beneficios que tiene la práctica del ejercicio físico.

El ejercicio físico incide positivamente sobre la mayor parte de funciones físicas y psico-sociales de la persona mayor. De hecho, actualmente el ejercicio físico adaptado para la población mayor es la mejor terapia no farmacológica contra las principales enfermedades asociadas con el envejecimiento (Aparicio García-Molina, V.A.; Carbonell Baeza, A. y Delgado Fernández, 2010).

Si bien, hasta el momento no hay un tratamiento adecuado para curar la OA, este debe estar enfocado en aliviar los síntomas, retardar su evolución y mantener una movilidad articular activa, para optimizar la calidad de vida de aquellas personas que la padecen. Para lograrlo debemos realizar una serie de medidas, tales como: la prevención de la enfermedad, informar y concientizar a la comunidad sobre la OA; promoción de la salud, promover hábitos y estilo de vida saludables, incentivar a la población mayor a mantener una vejez activa; educar al paciente sobre los factores de riesgo modificables; tratamiento no farmacológico, que incluye lo mencionado anteriormente, y la utilización de agentes físicos y tratamiento farmacológico (Mendoza-Castaño, Sarahí; Noa-Puig, Miriam; Más-Ferreriro, Rosa; Valle-Clara, 2011).

El presente trabajo tiene como objetivo describir el impacto de la OA en la calidad de vida en adultos mayores que concurren a un centro de rehabilitación, “Centro de Salud Bernal”, durante el periodo de marzo a junio del año 2021. Para ello, se llevará a cabo una recolección de datos mediante dos instrumentos probados en estudios previos

COOP WONCA y WOMAC. El Western Ontario And McMaster Universities (WOMAC) es un instrumento utilizado para la evaluación de la capacidad funcional de cadera y rodilla, consta de diferentes versiones, evaluando las dimensiones de dolor, rigidez y funcionalidad (Waimann, 2017). El cuestionario de láminas COOP WONCA es un instrumento genérico utilizado para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud (Solis Cartas, Hernández Cuéllar, de Armas Hernandez, & Ulloa Alfonso, 2014).

## **II. Formulación del problema de investigación a abordar y objetivos a llevar a cabo**

La OA es una patología degenerativa y crónica, que afecta en su mayoría a los adultos mayores, ocasionando una discapacidad para realizar las AVD, y a su vez restringiéndolos en actividades sociales, laborales y familiares, reducción la calidad de vida de los mismos.

Por tal motivo, esta investigación plantea el siguiente interrogante: ¿Cuál es el impacto de la OA en la calidad de vida en adultos mayores que concurren al “centro de salud Bernal” en el año 2021?

El propósito de esta investigación es contribuir al conocimiento actual sobre esta enfermedad degenerativa, en dos sentidos. Por un lado, producir información de relevancia para el equipo de salud del centro Salud Bernal, en el cual se realizó el trabajo de campo, contribuyendo a su práctica terapéutica. Por otro lado, buscar contribuir para ampliar medidas de políticas públicas sobre esta problemática, al dar cuenta del impacto en la calidad de vida de los adultos mayores, con OA de rodilla y cadera.

El objetivo general de esta investigación es describir el impacto de OA de rodilla y cadera en la calidad de vida de los adultos mayores del centro de Salud Bernal, en el año 2021. En cuanto a los objetivos específicos, se postulan dos:

- Caracterizar la calidad de vida en adultos mayores, especialmente su estado funcional.
- Describir la vinculación entre calidad de vida y osteoartritis para estos adultos mayores.

### **III. Justificación**

La osteoartritis representa la patología más prevalente y la mayor causa de dolor musculoesquelético, provocando discapacidad en la tercera edad. Con respecto al alcance de esta enfermedad la Sociedad Argentina de Reumatología estima que en todo el país entre el 80-90 % de los habitantes la padecen, afectando más a mujeres que a hombres después de los 60 años de edad. Por tal motivo es importante generar información que permita diagnosticar la situación y generar insumos para pensar campañas de información y concientización, tanto a los adultos mayores como en sus organizaciones comunitarias. Este trabajo pretende constituir un punto de partida para generar herramientas y elaborar acciones para la promoción de la salud, fomentar estilos de vida saludable, incentivar a la población de adultos mayores a mantener una vejez activa para mejorar su calidad de vida.

## **IV. MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES**

### **IV.A. Osteoartritis**

#### **IV.A.1. Definiciones**

Para la Asociación Argentina de Reumatología (SAR,2010) la OA es una enfermedad de origen fundamentalmente degenerativo, con grados variables de inflamación que ha sido definida como “un grupo heterogéneo de condiciones que conducen a síntomas y a signos articulares que están asociados a defectos de la integridad del cartílago, además de los cambios correspondientes al hueso subyacente”. Nuevas definiciones mencionan que “compromete cualquiera de los tejidos articulares; el cartílago se degenera y demuestra lesiones de fibrilación, con fisuras y ulceraciones que van determinando la pérdida total del espesor de la superficie articular” (Sociedad Argentina De Reumatología, 2010).

La OMS considera a la OA como “la enfermedad resultante de los fenómenos mecánicos y biológicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la degradación del cartílago y el hueso subcondral. Cuando se hace sintomática la artrosis comporta dolor y rigidez articular y un eventual derrame articular con grados variables de inflamación local” (Javier et al., 2014).

La Sociedad Española de Reumatología define a la OA 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” (Limonar., Cuenca., & Toledo, 2008).

#### **IV.A.2 Clasificación**

Hay diferentes formas de caracterizar a la OA. Aunque ninguna de ellas tiene una especial relevancia para el manejo del paciente, quizás la más utilizada, por su claridad conceptual, es la etiológica. Además, se puede clasificar en topográfica y la de Kellgren-Lawrence. (Garriga, 2014). (Durán C & Crispin N, 2018)

- Clasificación etiológica

Clasifica la OA en función de su causa en forma primaria o idiopática y secundarias.

Se considera OA primaria cuando ocurre en ausencia de cualquier factor predisponente conocido.

La OA secundaria es cuando existe un factor conocido y predisponente a su desarrollo.(Durán C & Crispin N, 2018)

□ Clasificación topográfica

Según la topografía o localización de las articulaciones afectadas, la artrosis puede clasificarse en formas típicas, que habitualmente corresponde a formas primarias y formas atípicas, que habitualmente corresponde a formas secundarias (Garriga, 2014).

□ Clasificación de Kellgren y Lawrence

Según su repercusión radiológica, OA puede clasificarse en 5 grados en la escala de Kellgren y Lawrence. Los mismos son: **normal**, **dudoso** (estrechamiento ambiguo del espacio articular), **leve** (posible disminución del espacio articular, osteofitos), **moderado** (estrechamiento del espacio articular, osteofitos), **grave** (deformidad de los extremos de los huesos). (Garriga, 2014) (Durán C & Crispin N, 2018)

### IV.A.3 Epidemiología

El alcance de OA según la Sociedad Argentina de Reumatología estima que en todo el país entre el 80-90% de los habitantes la padecen, afecta a ambos sexos por igual, pero en las mujeres los síntomas aparecen a más temprana edad y son más severos.

Si bien no cuentan con datos oficiales, en nuestro país habría 2 millones de pacientes con OA de la mano, 800 mil con OA de cadera y 1,2 millones con OA de rodillas.

Su prevalencia en Latinoamérica va del 2.3% al 20.4%, posiblemente por la marcada heterogeneidad geográfica, poblacional, étnica y cultural de los países evaluados. En la mayoría de estos trabajos se utilizó el Community Oriented Program for the Control of Rheumatic Diseases (COPCORD), cuestionario diseñado para la prevención y control de enfermedades reumatológicas que resulta ser muy adecuado para determinar el perfil epidemiológico global en estas regiones (Rillo, 2018).

#### **IV.A.4 Fisiopatología**

El cartílago articular esta por zonas, zona profunda, la media y superficial. La densidad celular disminuye desde la zona superficial a la profunda. En esta última, representa la mitad o un tercio de las células de la capa superficial. Adyacente a la zona profunda se encuentra la zona calcificada, formada como resultado de la osificación endocondral. La zona superficial del cartílago es la más expuesta a las fuerzas de tensión, compresión y cizallamiento. Está formada por células aplanadas y finas fibras de colágeno ubicadas paralelamente entre sí y en relación con la superficie articular. La presencia de estas fibras proporciona una zona superficial mayor fortaleza para resistir la tensión que las otras capas del cartílago. El hecho de que el cartílago articular este aislado de las células medulares la zona calcificada, lo convierte en un tejido muy poco irrigado y, por tanto, con pocas posibilidades propias de reparación. La OA se desarrolla en dos condiciones: cuando las propiedades bioestructurales del cartílago y del hueso subcondral son normales, pero las cargas articulares son excesivas inducen los cambios tisulares; o cuando la carga es razonable, pero la estructura cartilaginosa ósea es deficiente. (Mendoza-Castaño, Sarahí; Noa-Puig, Miriam; Más-Ferreriro, Rosa; Valle-Clara, 2011) Clásicamente la OA no ha sido considerada una artropatía inflamatoria por la escasez de neutrófilos en el líquido sinovial y las manifestaciones sistémicas de inflamación. Además, las características del cartílago articular (avascular, alinfático y aneural) impiden cumplir los signos clásicos de inflamación (enrojecimiento, hinchazón, color y dolor). Sin embargo, gracias a los avances en biología molecular y celular, son múltiples los estudios que demuestran que diversos mediadores proinflamatorios, como las citocinas (interleucina-IL-1 $\beta$  y 6) y factor de necrosis tumoral (FNT $\alpha$ ), pueden ser importantes en el desarrollo de esta enfermedad (Rillo, 2018).

Los proteoglicanos, componentes mayoritarios de la matriz extracelular, son probablemente los primeros componentes que se afectan en la OA, de modo que su concentración disminuye en la medida que avanza la enfermedad. Los condrocitos no son capaces de compensar esta pérdida, la que resulta en una reducción neta de la matriz. En etapas temprana al ruptura de la capa superficial propicia la liberación de fragmentos de proteoglicanos, provenientes de la degradación de la matriz, al líquido sinovial con lo cual se estimula la síntesis de IL-1 $\beta$  - 6 y FNT $\alpha$  entre otros mediadores

que actúan sobre el cartílago inhibiendo la síntesis de proteoglicanos y estimulando su degradación, originando un círculo de retroalimentación que perpetua la inflamación de la membrana y provoca una fibrilación irreversible del cartílago en la articulación.

Otros factores proinflamatorios como el óxido nítrico y algunos eicosanoidea están involucrados en el daño articular. Específicamente, la prostaglandina E2 (PGE-2), afecta el remodelado y, además de tener acción inflamatoria directa, puede potenciar el efecto de otros mediadores de la inflamación y la producción de metaloproteasas. Por otro lado, el leucotrieno B4(LT-B4) estimula la liberación de citocinas como IL-1 $\beta$  - 6 y FNT $\alpha$ . (Sánchez Naranjo & López Zapata, 2011)

La resorción del hueso subcondral parece ser clave en el remodelado y progresión de la OA. Algunos estudios en pacientes con OA sugieren que hay un aumento de la resorción al inicio de la enfermedad que contribuye a la pérdida del hueso subcondral y estimula la producción de proteasas involucradas en la actividad resortiva, como la catepsina K y la metaloproteasa de la matriz. El hueso subcondral responde al aumento de la resorción dando lugar a la producción de “hueso nuevo” y los osteofitos marginales resultantes se evidencian al exterior como nódulos que posteriormente pueden inflamarse o bien como crecimientos óseos capaces de irritar estructuras vecinas.

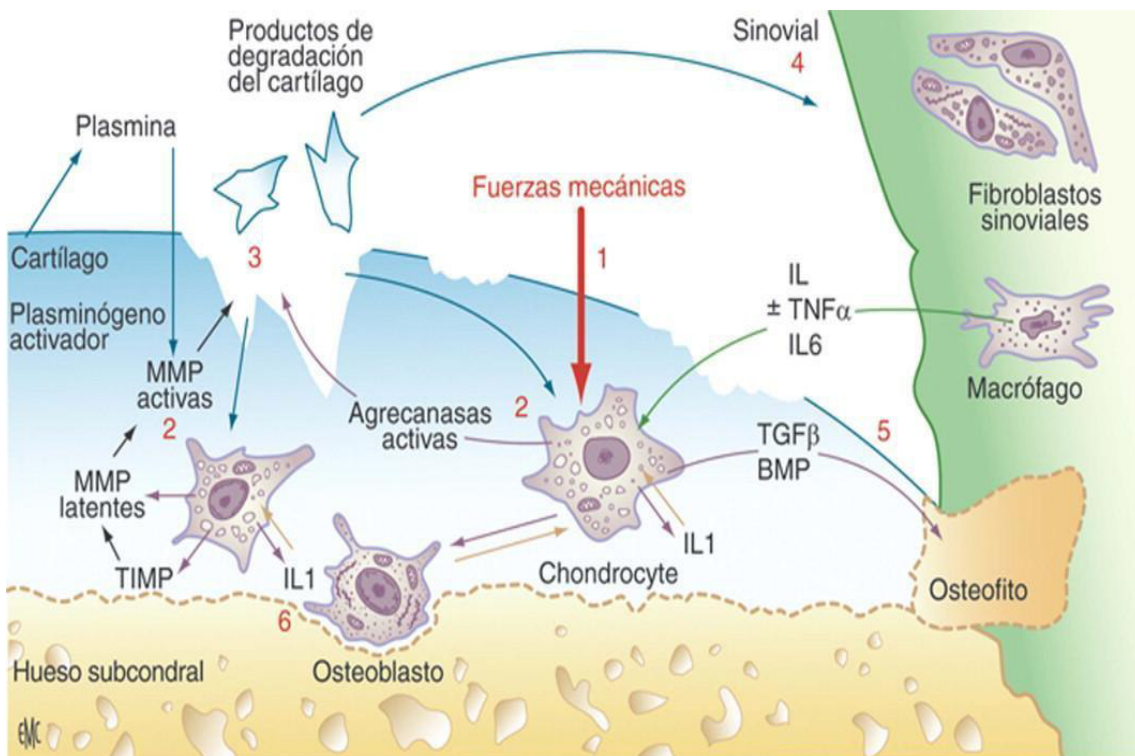


Imagen de la fisiopatología de la artrosis

#### **IV.A.5 Etiología y Factores de riesgo**

La osteoartritis es multifactorial y entre sus diversas causas influyentes podemos nombrar alteraciones genéticas (por ejemplo, mutaciones en los genes de colágeno particularmente COL2A1), factores sistémicos (mayor edad, sexo femenino), metabólicos (hemocromatosis, ocronosis, artropatía por presencia de cristales de pirofosfato cálcico dihidratado o de hidroxiapatita), biomecánicos (sobrepeso u obesidad, traumatismos, desalineación, displasias, patología meniscal). (Rillo, 2018) (Sociedad Argentina De Reumatología, 2010)

Rillo 2018) y Garriga (2014) han descripto diferentes factores de riesgo que pueden estar implicados en la aparición y progresión de la OA, que se dividen en generales, modificables o no, y locales.

Factores de riesgo generales no modificables

- Edad: es el factor de riesgo que más se relaciona con la OA, especialmente en el sexo femenino. Mientras que es infrecuente en personas menores de 35 años, más del 70% de los mayores de 50 años, tiene signos radiológicos de OA en alguna localización, y prácticamente el 100% a partir de los 75 años.
- Sexo: la OA es más prevalente en los varones por debajo de los 45 años y en las mujeres a partir de los 55 años, atribuyéndose esta causa a factores genéticos y especialmente hormonales.
- Genética: la contribución genética en la fisiopatología de la OA se estima que puede llegar al 50-65% y cada vez se le atribuye mayor importancia. Sin embargo, hay que tener en cuenta que hay grandes diferencias entre los resultados de diferentes estudios, hecho que dificulta hacer predicciones precisas sobre la importancia de este componente, que difiere en función de la localización de la OA y el sexo del paciente.
- Raza: la OA, es más frecuente en la raza blanca, pero las diferencias son pocas relevantes. Por otra parte, se han descripto algunas diferencias en la distribución de diferentes formas de OA según la raza. Así, las mujeres afroamericanas y las chinas presentan mayor frecuencia de OA de rodilla, diferencias que podrían ser atribuidas a un

componente genético, pero también ambiental, relacionado con la sobrecarga articular asociada a la actividad laboral más habitual en estos grupos.

#### Factores de riesgo generales modificables

- **Obesidad:** numerosos estudios correlacionan desde hace tiempo el sobrepeso y la obesidad con la OA radiológica y sintomática de rodilla, mientras que la pérdida de peso la previene. El 61% de las mujeres obesas tiene OA de rodillas, frente al 26% de las no obesas. Además, la obesidad contribuye al deterioro de la calidad de vida y discapacidad de las personas que la padecen.
- **Factores hormonales:** el déficit estrogénico en la mujer está relacionado con el desarrollo de la OA, hecho que explicaría su incidencia y prevalencia a partir de la menopausia. Sin embargo, la evidencia de que los estrógenos sean protectores frente a la progresión de la OA no es concluyente.
- **Debilidad muscular:** algunos autores sugieren que la debilidad muscular es previa a la OA y no una manifestación de esta, y que puede considerarse como un indicador de riesgo para desarrollar OA de rodilla. Sin embargo, aunque se recomienda potenciar la fuerza muscular del cuádriceps para un mejor control de los síntomas, no hay evidencia que se correlacione con la progresión de OA excepto quizás para el compartimiento lateral de la articulación femeropatelar.
- **Factores nutricionales:** algunos estudios epidemiológicos, como el de Framingham, atribuyen un papel protector a las vitaminas C y D frente a la OA y su progresión, sin embargo, los resultados no son concluyentes.
- **Densidad mineral ósea:** algunos estudios epidemiológicos lo han notificado, no está claro que exista una relación inversa entre la aparición y el desarrollo de OA y la densidad mineral ósea.

**Factores de riesgo locales:** se trata de eventualidades que alteran la congruencia geométrica de las estructuras articulares o la integridad de las demás estructuras que participan en su función.

- Anomalías articulares previas: incluyen anomalías congénitas, displasias, defectos de alineación, traumatismo, laxitud articular, etc. La luxación de cadera o la displasia acetabular puede favorecer la aparición de OA de cadera, mientras que lesiones meniscales y de los ligamentos, la meniscectomía y los defectos de alineación (genu varo o valgo) pueden favorecer la OA de rodilla, y estos últimos también su progresión. Los traumatismo y fracturas son causa de aparición de OA secundaria en localizaciones atípicas.
  
- Sobrecarga articular (laboral o actividad física): el ejercicio físico de alta intensidad y el deporte de alta competencia pueden desarrollar el desarrollo de la OA a causa del sobreuso y los traumatismos de repetición sobre la articulación, pero no se ha encontrado relación entre la OA y el ejercicio físico de baja o de moderada intensidad, como caminar o correr, siempre y cuando este no esté asociado a impactos de alta intensidad. Por otra parte, diversas actividades laborales con OA de diferente localización, por uso inadecuado repetido, especialmente en manos, rodilla y cadera o en localizaciones atípicas (codo y muñecas en manipuladores de martillos neumáticos) (Rillo, 2018 ; Garriga, 2014).

#### **IV.A.6 Manifestaciones clínicas**

Los síntomas y signos articulares de la OA son dolor, rigidez (le cuesta empezar a mover la articulación) derrame articular y limitación de la movilidad, son progresivos y de evolución crónica. En el primer estadio de la enfermedad, el dolor está asociado al movimiento y al esfuerzo al que se someten las articulaciones. No obstante, la dolencia cesa mientras se está en reposo. Luego, cuando se agrava, el malestar puede aparecer durante la noche y afectar el descanso nocturno, pudiendo llegar a sentirse en forma constante y comprometer en gran medida las AVD. El dolor, los crujidos de las articulaciones, el derrame y las deformidades articulares producen contracturas y luego atrofia muscular, que contribuyen a la inestabilidad e incongruencia articular, que terminan dañando aún más al cartílago, al hueso y conducen a cuadros clínicos severos, con mayor dolor y restricción del movimiento.

Tanto el dolor como la rigidez pueden ocasionar un grado de discapacidad funcional que dificulta realizar ciertos movimientos con la articulación afectada (Dalglish et al., 2007; Javier et al., 2014).

#### **IV.A.7 Diagnostico**

El diagnóstico de la OA se realiza teniendo en cuenta los síntomas que relata el paciente (dolor, rigidez, deformidad y pérdida de funcionalidad), y las alteraciones que observa el profesional al explorar las articulaciones comprometidas, el mismo es esencialmente clínico. Los hallazgos radiológicos pueden ser útiles para evaluar los cambios anatómicos, posibles complicaciones y el grado de avance de la enfermedad, pero no siempre se correlaciona con el grado de sintomatología ni de disfunción articular. De forma general los signos radiológicos en OA son: estrechamiento del espacio articular, presencia de esclerosis subcondral, subluxación, quistes y osteofitos.

La gammagrafía ósea (Resonancia Magnética Nuclear) está recomendada cuando se plantea realizar una osteotomía y se requiere conocer la situación real del comportamiento externo de la articulación.

La artroscopia es una técnica que permite una descripción más detallada de la profundidad y extensión de la lesión, así como la detección precoz de reblandecimiento y fibrilación.

Es muy probable que la OA tenga un largo periodo asintomático y, por lo tanto, es difícil detectarla en estadios tempranos (Mendoza-Castaño, Sarahí; Noa-Puig, Miriam; Más-Ferreriro, Rosa; Valle-Clara, 2011; Reumatología., 2017).

#### **IV.A.8 Tratamiento**

Hasta la fecha, no hay un tratamiento que cure a la OA, se dispone tratamientos sintomáticos con el objetivo terapéutico de controlar el dolor, preservar la funcionalidad de la articulación y retrasar la progresión de la enfermedad (Mendoza-Castaño, Sarahí; Noa-Puig, Miriam; Más-Ferreriro, Rosa; Valle-Clara, 2011).

Los pacientes con OA requieren una evaluación multidisciplinaria que nos informe sobre la gravedad, el impacto funcional y la percepción personal sobre su salud. Para ello, la SAR implemento una guía terapéutica individualizada que se adapte a sus

necesidades, incluye un tratamiento no farmacológico y farmacológico de la OA de cadera y rodilla (Rillo, 2018).

#### ❖ Tratamiento no farmacológico

Debe comenzar por la educación del paciente y su familia, dado que la educación constituye uno de los pilares del tratamiento, favoreciendo el proceso recuperatorio.

Los pacientes deben ser alentados a realizar actividad física y deben ser informados de los beneficios de la misma, independientemente del estado funcional y la gravedad estructural o el dolor que sufran (Rillo, 2018). Al inicio los ejercicios deben ser de bajo impacto (como caminar en una piscina, bicicleta fija o paseos) con la intención de fortalecer los músculos. Los ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular conducen a una moderada disminución del dolor. Según la capacidad individual se podrá ir adecuando ejercicios de coordinación, reeducación postural y propioceptivos. Los ejercicios terapéuticos previenen o corrigen contracturas, mantienen y/o aumentan un rango articular (ejercicios pasivos, activos asistidos, activos y contra resistencia) y permiten mejorar el fortalecimiento muscular. Se aconseja comenzar con ejercicios isométricos (son más suaves) y luego pasar a los isotónicos que hacen trabajar más a la articulación. De hecho, la debilidad muscular (sarcopenia) desempeña un papel importante en el desarrollo de la discapacidad y el fortalecimiento muscular es eficaz para prevenirla y reducir el dolor.

Otra variable como tratamiento no farmacológico es la reducción de la sobrecarga articular utilizando dispositivos de apoyo, como bastones, calzado con suela de goma y tacón de 2 a 3 cm de altura u otros dispositivos externos, denominados ortesis, aplicados al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema musculoesquelético (plantillas, cuñas externas, rodilleras, etc.) (Rillo, 2018; Sociedad Argentina De Reumatología, 2010 ; Mendoza-Castaño, Sarahí; Noa-Puig, Miriam; Más-Ferreriro, Rosa; Valle-Clara, 2011).

Las personas con sobrepeso u obesidad, deben recibir asesoramiento dietético, ya que, por ejemplo, la OA de rodilla, una pérdida de peso corporal del 10% puede asociarse a una mejoría sintomática y funcional (Rillo, 2018).

La termoterapia y la aplicación de calor relaja la musculatura, disminuye la sensación de dolor y mejora la rigidez matutina. El uso de la estimulación eléctrica transcutánea puede controlar el dolor en pacientes de OA de cadera y rodilla que no sean candidatos

al tratamiento farmacológico (Mendoza-Castaño, Sarahí; Noa-Puig, Miriam; Más-Ferreriro, Rosa; Valle-Clara, 2011).

La acupuntura, estimulación eléctrica muscular, ultrasonido, onda corta, laser y magnetoterapia no disponen de evidencia sobre su eficacia como tratamiento (Rillo, 2018 ; Mendoza-Castaño, Sarahí; Noa-Puig, Miriam; Más-Ferreriro, Rosa; Valle-Clara, 2011; Sociedad Argentina De Reumatología, 2010).

#### ❖ Tratamiento farmacológico

Los medicamentos antiinflamatorios no esteroidales (AINEs), medicamentos inhibidores de la enzima ciclo-oxigenasa (COX), son los más utilizados para aliviar el dolor y la inflamación, si bien, no evitan el daño al cartílago. El mecanismo de los AINEs se divide de acuerdo a sus selectividades en la inhibición de los COX (COX-1,2 y 3). Los AINEs inespecíficos (aspirina, ibuprofeno, diclofenaco, piroxicam, entre otros), inhiben de modo inespecífico los Cox-1 y 2, pero produce efectos adversos, como los gastrointestinales.

La prescripción de AINEs debe indicarse de manera individualizado teniendo en cuenta los factores de riesgo, cardiovasculares y gastrointestinales de cada paciente, así como los perfiles de seguridad de cada medicamento.

La introducción de los inhibidores de COX-2 pretende producir efectos similares con reducción de los efectos adversos, pero estos agentes aumentan el riesgo cardiovascular. Por otro lado, los inhibidores de COX-3, como el paracetamol, no presentan estos riesgos, lo que lo convierte en el analgésico oral de primera elección, pero su efecto antiinflamatorio es marginal.

El uso tópico de AINEs reduce los efectos adversos y minimiza la toxicidad sistémica, pero no resulta efectivo en un tratamiento a largo plazo.

El tratamiento con opioides se recomienda en pacientes no candidatos a cirugía, como alternativa a AINEs cuando estos no sean capaces de controlar el dolor, cuando presenten contraindicaciones o intolerancia. Entre ellos, se encuentran codeína, dihidrocodeína y tramadol, en estos casos es necesario evaluar riesgo- beneficio.

El fentanilo y la buprenorfina transdérmico tienen un buen perfil de seguridad y eficacia si se lleva a cabo una correcta prescripción para el tratamiento de dolor crónico.

Los corticoesteroides son eficaces en el tratamiento de la crisis aguda de la OA de rodilla, que no mejora con AINEs, aunque pueden producirse eventos adversos locales.

## **IV.B Calidad de vida**

### **IV.B.1 Definiciones y concepto de calidad de vida**

La calidad de vida (CV) es la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de una persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno (Guerrero Ceh, Can Valle, & Sarabia Alcocer, 2017).

La OMS (2005) define a la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” (citado Robles A, Rubio B, De la Rosa E, & Nava A, 2016).

En la actualidad, la CV se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la CV “Estado de bienestar” (Tuesca Molina, 2012).

El concepto de CV tiene diversas significaciones de mayor a menor amplitud, según sea el espectro de áreas de la vida de una persona que se incluyan en su valoración. En su sentido más amplio y filosófico la CV es “lo que hace que una vida sea mejor”, mientras que en otras perspectivas es el bienestar mental y físico, o la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales, o el funcionamiento e integridad del cuerpo. En el sentido más restrictivo, la CV significa la posesión de cosas materiales (Salas & Garzón Duque, 2010).

### **IV.B.2 Calidad de vida relacionada a la salud**

La CV relacionada a la salud, también denominada estado de salud o estado funcional, se ha definido como el componente de CV que es debido a las condiciones de salud de

las personas y que está referida a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global (Salas & Garzón Duque, 2010).

En los adultos mayores, la CV relacionada a la salud incluye cambios biológicas, psicológicas y sociales propias de esta etapa.

Los cambios biológicos provocan un descenso de sus reservas funcionales y de su capacidad de adaptación. Las modificaciones que se producen en los órganos dependen del proceso de envejecimiento y de las diversas situaciones de desuso, que se asocian con frecuencia en la vejez.(Álvarez et al., 2015)

Cambios psicológicos, se refiere a los criterios comportamentales, cognitivos y afectivos que están presentes en la CV de las personas y que se representan en el estado y prácticas de salud.(Núñez Rojas et al., 2010)

Cambios sociales están vinculados con cambios en la estructura social y el cuadro de salud de la población, los recursos laborales, y especialmente la capacidad funcional, la dificultad para cuidar de sí mismos y las situaciones de dependencia que les impide disfrutar completamente de la vida social y la dinámica familiar (Salas & Garzón Duque, 2010; Núñez Rojas et al., 2010) (Reinante et al., 2017)

### **IV.B.3 Calidad de vida en adultos mayores con osteoartritis**

Las personas de la tercera edad, temen perder su buen funcionamiento mental y físico, ya que los mismos generan la pérdida de la autonomía. A medida que las personas envejecen, la posibilidad de que se produzcan pérdidas funcionales es cada vez más grandes. El deterioro que se presenta tanto físico como mental, hace que la persona reduzca sus actividades sociales y emocionales, posibilitando que las enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para la persona (Salas & Garzón Duque, 2010).

Teniendo en cuenta que la OA cursa con dolor y limitación funcional progresiva, síntomas difícilmente soportados por los sujetos de modo pasivo, esta patología causa un deterioro en la CV, ya que hasta un 50% de casos de OA sintomática sufre algún grado de discapacidad (Fernández-travieso, 2015). Las articulaciones que soportan peso, como las caderas y rodillas son las más afectadas y por ende son las que más restringen la CV en adultos mayores con OA (Macías-Hernández, 2014; Fernández-travieso, 2015)

#### **IV.B.4 Envejecimiento, capacidad funcional y discapacidad.**

En la actualidad se está acrecentando el número de personas mayores, es decir, se está produciendo un envejecimiento de la población, este hecho hace que la preocupación por este sector sea cada vez más importante (Segura, Aguilar, & Lorenzo, 2011).

El envejecimiento en su expresión individual se ha definido como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales, y bioquímicas, que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. Se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de reserva del organismo ante los cambios. Es un proceso dinámico que se inicia en el nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida (Reinante et al., 2017).

El concepto de funcional hace referencia a la capacidad que poseen los seres humanos para llevar a cabo de manera autónoma, AVD de un mayor o menor nivel de complejidad y la habilidad para relacionarse y adaptarse a los elementos del entorno (Álvarez et al., 2015 ; Poblete Valderrama, Flores Rivera, & Díaz Sandoval, 2015)

La pérdida de la autonomía e independencia suelen modificar la calidad de vida de las personas de una manera progresiva y esta modificación se hace más notoria cuando se pierde en edades avanzadas. Al llegar a los 65 años se va afectando la capacidad funcional y se originan limitaciones funcionales que pueden ser atribuibles propio de la edad y que probablemente se podrían agudizar en enfermedades crónicas degenerativas (Cortés-Muñoz, Cardona-Arango, Segura-Cardona, & Garzón-Duque, 2016).

La discapacidad es un concepto general que incluye las deficiencias (que son alteraciones de las estructuras corporales), las limitaciones de las actividades (por los cambios en la función) y las restricciones en la participación (por la incapacidad para realizar actividades sociales de cualquier índole). Generalmente las deficiencias llevan limitaciones en la función y estas a su vez a la participación, por lo que la discapacidad resulta de la interacción de esas limitaciones y da una desventaja social a los individuos (Macías-Hernández, 2014).

La discapacidad asociada a OA se dan casi exclusivamente en los adultos mayores, afectando su calidad de vida y limitando sus AVD (Macías-Hernández, 2014).

### **IV.C.1. Rol del kinesiólogo/a en Osteoartritis**

Las enfermedades reumáticas, como es el caso de OA, cursan clínicamente con periodos de exacerbación y remisiones, conducen a un compromiso importante de las actividades de la vida diaria. El déficit en el recorrido funcional articular, las deformidades o las contracturas poco reductibles o progresivas y el dolor articular, constituyen elementos que van a generar algún grado de discapacidad en la persona, lo cual hace necesario la implementación de un tratamiento rehabilitador (Mendoza-Castaño, Sarahí; Noa-Puig, Miriam; Más-Ferreriro, Rosa; Valle-Clara, 2011; Rodríguez, Annia Daisy Hernández Martín, Ibars Puerto Noda, Omar Morejón Barroso, 2017).

En el campo de la fisioterapia, el tratamiento que se brinda es limitado por el componente autoinmune, inflamatorio y degenerativo de las afecciones. El fisioterapeuta se debe enfocar en la reducción del dolor, la prevención de la limitación articular y de la atrofia muscular, así como la rehabilitación de la función. A pesar de la intervención fisioterapéutica, con frecuencia no se logra una completa disminución de los signos y síntomas, incluso con el manejo farmacológica (Rodríguez, Annia Daisy Hernández Martín, Ibars Puerto Noda, Omar Morejón Barroso, 2017). (Martín, Daisy, Noda, Hernández, & Andreu, 2014) (Prada Hernández et al., 2011)

Las personas con OA requieren una evaluación multidisciplinaria que nos informe sobre la gravedad, el impacto funcional y la percepción personal de su estado de salud. Las estrategias terapéuticas se deben adaptar a sus necesidades (Rillo, 2018).

### **IV.C.2 Intervención kinésica en pacientes con Osteoartritis**

Para llevar a cabo el tratamiento rehabilitador, debe estar enfocado en la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, educación del paciente, terapias no farmacológicas y terapias farmacológicas. (Prada Hernández et al., 2011)

La prevención primaria basa su acción en el conocimiento y posible modificación de los factores de riesgo que predisponen a la enfermedad.(Prada Hernández et al., 2011) En cuanto, a la promoción de la salud, debemos concientizar e informar a las personas sobre dicha enfermedad, sobre la evolución de la misma y de los cuidados que deben tener, fomentar estilos de vida saludable y un envejecimiento activo para mejorar la calidad de vida de aquellas personas que padecen OA.(Varela Pinedo, 2016)

La educación preventiva debe estar dirigida al control de los factores de riesgo modificables: control de peso corporal, higiene postural en las AVD, uso de zapatos cómodos. La utilización de dispositivos de uso externo como, por ejemplo: ortesis, bastones y plantillas (si fuera necesario) (Rillo, 2018 ;Mendoza-Castaño, Sarahí; Noa-Puig, Miriam; Más-Ferreriro, Rosa; Valle-Clara, 2011; Reumatología., 2017).(Prada Hernández et al., 2011)

Dentro del tratamiento rehabilitador, el kinesiólogo/a debe enfocarse en recuperar y mantener el tono, movilidad y trefismo. La aplicación de agentes físicos, dependiendo de la fase en que se encuentre el paciente. (Prada Hernández et al., 2011) Planificar y llevar a cabo una rutina de ejercicios aeróbicos, recomendaciones para el ejercicio de recorrido articular y flexibilidad (Rodríguez, Annia Daisy Hernández Martín, Ibars Puerto Noda, Omar Morejón Barroso, 2017). Los programas de ejercicios deben ser personalizados, deben introducirse de manera gradual según el paciente puede tolerarlo, con una frecuencia de 2 o 3 veces por semana y durante 20 o 30 minutos (Mendoza-Castaño, Sarahí; Noa-Puig, Miriam; Más-Ferreriro, Rosa; Valle-Clara, 2011).

El kinesiólogo/a debe valorar el estado funcional del paciente, y potenciar dicha capacidad para prevenir el deterioro funcional. Debe promover la práctica de ejercicio físico de forma regular (mientras sea posible) ya que ayuda a mejorar el equilibrio, fuerza, flexibilidad y movilidad.(Carmen et al., 2012) (Álvarez et al., 2015).

#### **IV.D.1 Antecedentes de la investigación**

En la mayoría de los países de América latina y en países del exterior, como es el caso de Cuba y España los trabajos de investigación sobre la calidad de vida y la capacidad funcional en adultos mayores con Osteoartritis es bastante amplia, a excepción de Argentina que la información sobre el tema es escasa.

En nuestro país, la SAR implemento “Las Guías de Práctica Clínica” para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con OA. En la práctica médica se suele utilizar para cuantificar el dolor la Escala Visual Analógica (EVA), y para conocer sobre el estado de salud del paciente con OA se utiliza la escala EVA Global. Para evaluar la calidad de vida de los pacientes con OA se utiliza el cuestionario general: SF36. (Rillo, 2018) (PAMI, 2016)

En la actualidad en Argentina no se han registrados trabajos de investigación sobre la CV en pacientes con OA utilizando los cuestionarios de láminas de COOP WONCA. Un estudio realizado en Colombia (2018) “Percepción de calidad de vida en pacientes con Osteoartritis. Características sociodemográficas y clínicas. Estudio de 5 años” se llevó a cabo con 2787 pacientes diagnosticados con OA que acudieron al servicio de consulta externa del Centro Nacional de Reumatología, entre enero 2012 y mayo 2017, para determinar la percepción de calidad de vida relacionada a la salud se utilizó el cuestionario de láminas COOP WONCA, 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. Como resultado se obtuvo, que las dimensiones más afectadas fueron dolor, la forma física y las actividades cotidianas. En el sexo masculino la puntuación 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 calidad de vida en el sexo masculino. En el sexo femenino predomina el dolor, cambios en el estado de salud y estado de salud.(Solis Cartas, Calvopiña Bejarano, Martínez Larrarte, Paguay Moreno, & Saquipay Duchitanga, 2018)

En Ecuador (2019), un estudio sobre la CV relacionada a la salud en pacientes con OA, se utilizó el cuestionario de láminas COOP WONCA la versión de 7 láminas, en 1157 pacientes con diagnóstico de OA que acudieron al servicio de consulta externa del Hospital Andino de Chimborazo, en el periodo comprendido entre septiembre del 2016

y diciembre 2017. Se obtuvo como resultado, que las dimensiones más afectadas fueron dolor (3,33 puntos), la forma física (23,17 puntos) y las actividades cotidianas (2,89 puntos).(Solis Cartas Urbano, Hernández Cuéllar Isabel María, Prada Hernández Dinorah Marisabel, de Armas Hernandez Arelys, 2013)

En Cuba (2013) se realizó un trabajo de investigación sobre la CV en pacientes con OA, que se llevó a cabo en Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de octubre, con 200 pacientes que acudieron a la consulta externa durante agosto de 2011 a agosto 2012, para valorar la CV se utilizó las láminas de COOP WONCA. El mismo dio como resultado que los pacientes con OA de cadera fueron los de peor percepción global.(Solis Cartas Urbano, Hernández Cuéllar Isabel María, Prada Hernández Dinorah Marisabel, de Armas Hernandez Arelys, 2013)

Según la SAR en Argentina, la OA es una de las patologías más prevalentes, sin embargo, “el uso de autocuestionarios está poco difundido en la práctica diaria”. El instrumento por excelencia para la evaluación de los pacientes es el WOMAC, que consta de diferentes versiones, evaluando las dimensiones de dolor, rigidez y funcionalidad. (Waimann, 2017)

Se realizó un trabajo de investigación sobre diferentes métodos de evaluación de la rigidez luego del reposo en pacientes con OA. El mismo se llevó a cabo con pacientes mayores de 18 años, de ambos géneros, con diagnóstico de OA de rodilla, desde noviembre del 2009 a mayo de 2010, provenientes de distintos centros de Argentina, Uruguay y Ecuador. El trabajo fue aprobado por cada comité de ética local. Los pacientes completaron una escala visual análoga (EVA) del dolor y el cuestionario WOMAC. (Bosch, Rillo, & Papasidero, 2012)

En México (2017) un estudio realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia, con el diagnóstico de OA, durante el periodo de julio 2014 a febrero del 2015, se aplica el cuestionario WOMAC para evaluar los síntomas antes y después del tratamiento, a 110 pacientes, tanto hombres como mujeres. Dicho cuestionario consta de 24 preguntas, dividido en 3 síntomas que valoran dolor las cinco primeras, rigidez las dos siguientes y función física las 17 últimas.(Guzmán, J., & Butze Rangel W., 2017)

Un trabajo de investigación sobre la “medición de calidad de vida en pacientes mexicanos con osteoartritis” en México (2014), el grupo de estudio estuvo conformado por 248 pacientes (124 hombres y 124 mujeres) entre 30 y 78 años, con una medida de

60 años de edad, los cuales acudieron a una institución de salud pública de Mérida, Yucatán y fueron seleccionados mediante una muestra aleatoria simple. Los pacientes fueron incluidos con diagnóstico confirmado de OA en miembros inferiores, quienes manifestaban dolor y rigidez, acompañado de limitación de la función. La escala utilizada fue WOMAC. Como resultado se obtuvo que la mayoría de los pacientes (44,5%), refiere tener poco dolor sobre terreno llano, 30.6% siente bastante dolor al subir escaleras y el 37.1% siente poco dolor durante la noche. En cuanto a la rigidez, en su mayoría los pacientes tienen esa sensación al despertarse (29%) y pocas ocasiones durante el resto del día (45.2%). Por otra parte, se puede decir que al menos la mitad de los pacientes tienen manifestaciones de rigidez después del despertar. Con respecto a la capacidad funcional, se obtuvo que existe poca diferencia entre los pacientes que consideran de poca dificultad bajar escaleras (29.8%), en tanto el 29% considera bastante dificultad. (Guzmán et al., 2017)

En un trabajo de investigación realizado en Bolivia (2018), se estudiaron a 144 pacientes de ambos sexos con diagnóstico de gonartrosis primaria o secundaria, internados en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Obrero N°1, durante el periodo del 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre del 2015. La valoración funcional se calificó mediante el cuestionario WOMAC, de los cuales el resultado en general fue bueno. (Durán C & Crispin N, 2018)

En Cuba (2020) se realizó un trabajo de investigación para validar la escala WOMAC para la evaluación de pacientes con gonartrosis primaria. Se llevó a cabo en el Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, durante el periodo de septiembre 2018 hasta enero 2019. La escala WOMAC es el cuestionario más utilizado para la valoración de los resultados en la extremidad inferior, es una de la más usada a nivel internacional, sin embargo, no ha sido validada en Cuba. (Tania, Puerto, & López, 2020)

En España (2015) se llevó a cabo un trabajo de investigación sobre “ausencia de influencia de los niveles de ansiedad o depresión en la calidad de vida, tras intervención de prótesis de cadera o rodilla”. Se realizó en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, hospital de tercer nivel, y en el Hospital General Básico de Motril, donde se reclutaron, entre febrero y junio del 2006, los casos que habían ingresado seis meses antes para cirugía programada de prótesis total de cadera y rodilla con diagnóstico de OA primaria. Antes de la intervención quirúrgica, a los pacientes se le administró los cuestionarios de CV general SF-12 y EQ-5D y el cuestionario específico para OA de rodilla WOMAC. (Herrera-Espiñeira et al., 2016)

## **V. Estrategia Metodológica**

### **V.A. Diseño de la investigación**

Se realizará un trabajo de campo observacional, porque no se prevé ningún tipo de intervención en los casos, de tipo transversal, descriptivo y cuantitativo.

Es transversal, porque se va a realizar una única medición, en donde no se va a considerar el tiempo de los datos encontrados.

Es descriptivo porque no se va a realizar un análisis de las causas de la OA, ni sus efectos, sino se va a caracterizar la calidad de vida en estos casos.

Es cuantitativo porque interesa generar una caracterización general de dicha situación.

### **V.B Fuentes de datos**

En el presente trabajo de investigación, la fuente de datos es primaria, ya que los datos obtenidos van hacer utilizados en el análisis de dicha investigación.

La población de estudio serán adultos mayores entre 60 a 80 años de edad, mujeres y varones, que concurren al “centro de salud Bernal”, durante el periodo de marzo a junio del 2021. El trabajo de campo se realizó mediante una encuesta, que se aplicó a una muestra no probabilística, constituida por cuotas de género (varones/mujeres); tramo etario (60-69/70-80) y localización de la lesión (cadera/rodilla/ambas).

### **V.C. Técnica e instrumento de registro**

El relevamiento de datos se hizo mediante dos instrumentos probados en estudios previos, COOP WONCA y WOMAC (*Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index*). Ambos cuestionarios están presentados en el anexo, junto con el formulario de consentimiento informado

Para valorar la percepción de calidad de vida relacionada a la salud, se utilizó el cuestionario de láminas COOP WONCA en su versión validada en español. El mismo se caracteriza por su fácil aplicación e interpretación.(López Alonso, Navarro Casado, González Rojo, Martínez Sánchez, & Romero Cañadillas, 2009)(Solis & Calvopiña, 2018)

Consta 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. Se le debe mostrar al paciente las imágenes y debe señalar aquella que se aproxima a su estado de salud en las últimas dos semanas.(Solis Cartas et al., 2018)(López Alonso et al., 2009) (Sánchez Naranjo & López Zapata, 2011)

Este cuestionario permite alcanzar una puntuación que va entre 7 y 35 puntos. Mientras mayor sea la puntuación, peor es la percepción de CV relacionada a la salud.(Solis Cartas et al., 2018)(Solis & Calvopiña, 2018)

El cuestionario WOMAC, es utilizado para la valoración de la extremidad inferior, en pacientes diagnósticos con OA. (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, 2010) (López Alonso et al., 2009)

Esta escala consta de 24 ítems que evalúan tres dimensiones: dolor (5 ítems), rigidez (2 ítems) y capacidad funcional (17 ítems). Evalúa cada una de estas dimensiones según una escala de cinco grados de respuesta tipo Likert, que representa distinta intensidad: “ninguno, poco, bastante, mucho y muchísimo”. Cada una de estas respuestas tiene una puntuación que oscila de 0 (ninguna) a 4 (muchísimo). La puntuación de cada una de las dimensiones se valora independientemente sumando los ítems que la componen (Tania et al., 2020) (Solis-Hernández, Rojano-Mejía, & Marmolejo-Mendoza, 2016) (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, 2010)

## **V.D. Contexto de análisis**

El centro de “Salud Bernal” está ubicado en el distrito de Bernal, a pocas cuadras del centro y de la estación de tren, de dicha localidad. Es una entidad privada, que trabaja con la obra social PAMI, o de manera particular, y está considerando la posibilidad de incrementar otras obras sociales o prepagas. La mayoría de los pacientes que concurren al centro lo hacen a través del servicio de traslado de ambulancias que brinda el establecimiento, mientras que otros lo hacen de manera independiente (vehículo propio o los acompaña algún familiar, aquellos que viven cerca vienen caminando o en bicicletas, o utilizan el transporte público).

Es un centro de rehabilitación, que cuenta con un equipo de trabajo interdisciplinario. El mismo está compuesto por fonoaudióloga, psicóloga, fisiatra, terapia ocupacional y

kinesiólogos. Además, cuenta con servicios de traslado (ambulancias) para aquellas personas que se encuentran con movilidad reducida.

El centro cuenta con gabinetes individuales, para mayor atención y comodidad del paciente, además de un gimnasio adaptado a la tercera edad, ya que, la mayoría de las personas que concurren son adultos mayores.

## **V.E Observación del trabajo de campo en el contexto de la pandemia por COVID-19**

Desde un principio la idea fue planteada para llevarla a cabo en un centro de jubilados y pensionados, ubicado en Florencio Varela. Dicho centro es público, brinda talleres recreativos, actividades adaptados a la tercera edad y realizan festivales para recaudar fondos para el mantenimiento del lugar. El mismo está abierto a la comunidad, pero es más concurrido por adultos mayores, ya que para ellos es un espacio de sociabilización y contención. A diferencia del centro de Bernal que es un centro de rehabilitación, los pacientes van con un diagnóstico médico, y en el centro de jubilados van a compartir un momento entre sus pares y participan de actividades, la mayoría desconoce o esta desinformado sobre la OA, y hubiese sido una manera de poder informar sobre dicha enfermedad, fomentar y promocionar estilos de vida saludable para mantener una vejez activa. Pero debido a la emergencia sanitaria provocada por la actual pandemia, me vi obligada a cambiar de centro, ya que el mismo hasta el momento no está prestando servicios.

Frente a este hecho, y ante la sugerencia de una compañera que se recibió de kinesióloga en la UNAJ me acerque al centro de rehabilitación de “Salud Bernal”, en donde desde un principio me abrieron las puertas y me trataron con mucho respeto y estuvieron encantados con mi proyecto de investigación.

Como experiencia personal fue muy agradable, pude apreciar el trabajo interdisciplinario y el trato hacia los pacientes con mucha dedicación y compromiso. Por parte de los pacientes recibí mucho afecto, e interés por el trabajo de investigación que estaba llevando a cabo.

Si bien, el objetivo era valorar la calidad de vida en pacientes con OA, en la realización del trabajo de campo me encontré con otras situaciones cotidianas que viven a diario los

adultos mayores. Una de ellas es que el 26,15% de los pacientes conviven con poliartrosis y las limitaciones que la misma presenta, como, por ejemplo, aceptan el dolor como parte de sus vidas. Otras de ellas, son las caídas frecuentes que presentan por inestabilidad, alteración en la marcha, y pérdida propioceptiva, ocasionándoles fracturas, golpes, heridas, etcétera.

## VI. Resultados

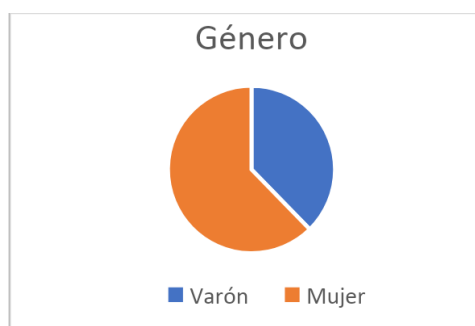
### VI.A Caracterización sociodemográfica

De un total de 130 casos (hombres y mujeres entre 60 a 85 años), el 62,3% son mujeres, y el 37,7% son hombres. La edad más frecuente oscila entre 70-85 años con 51,5%, a diferencia de 60-69 años que es de 48,5%. Dentro de las preguntas generales, el máximo nivel educativo alcanzado tanto en hombres como en mujeres, es primaria completa 33,8%, seguido de primaria incompleta 25,4%. La mayoría cuenta con un bajo nivel educativo, sólo el 24,6% completó el secundario. Este dato puede incidir negativamente, ya que conocemos la importancia que tiene el estudio en las personas, ya que les permite conocer y saber medidas para el autocuidado, los controles sanitarios, entre otras cosas. Con respecto al ámbito socio ambiental el 45,4% conviven con su cónyuge y 44,6% con sus hijos/as y nietos. La mayoría vive con sus seres queridos y se sienten acompañados por ellos. El poder compartir el día a día con sus familias los favorece a nivel emocional y los estimula para mantenerse activos, y los ayuda en sus prácticas de cuidado en salud. Un 23,8% vive solo/a.

Cuadro 1: distribución de género.

Género	Casos	%
Varón	49	37,7
Mujer	81	62,3
Total	130	100

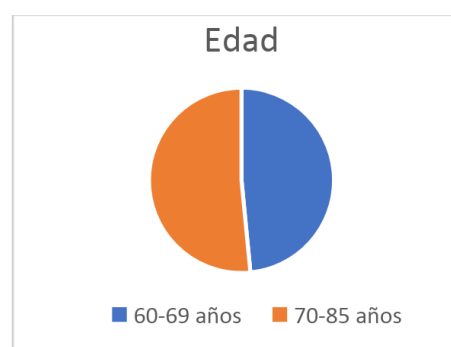
Fuente: elaboración propia.



Cuadro 2. Distribución de edad.

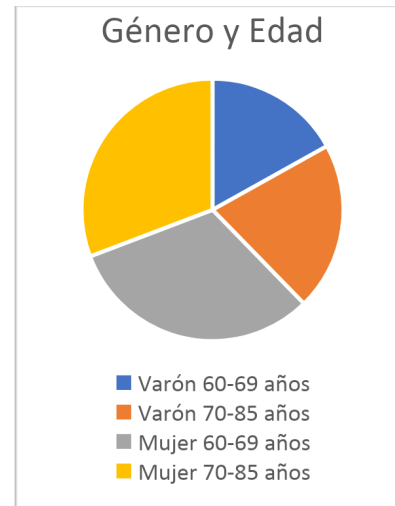
Fuente: elaboración propia.

Edad	Casos	%
60-69 años	63	48,46
70-85 años	67	51,53
Total	130	100
<b>Género y Edad</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>



Varón 60-69 años	22	16,92
Varón 70-85 años	27	20,76
Mujer 60-69 años	41	31,53
Mujer 70-85 años	40	30,76
Total	130	100

Cuadro 3. Distribución combinada de género y edad.



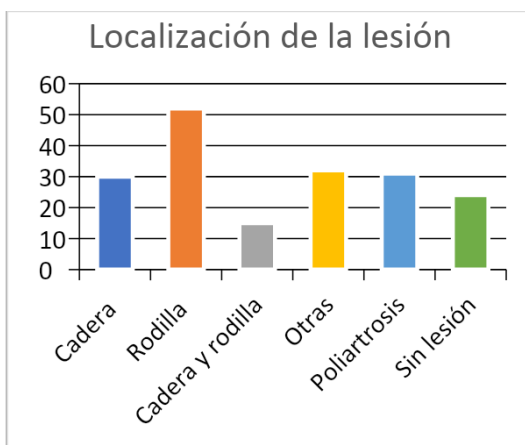
Fuente: elaboración propia.

## VI.B Caracterización del estado de salud

Dentro de la localización de la lesión, la articulación de miembro inferior más afectada es la rodilla con un 40 %, mientras que en cadera es 23,1%. Tienen ambas articulaciones (rodilla y cadera) afectadas el 11,5%. En otras articulaciones es de 24,6%. Un 23,8% presentan poliartrosis (artrosis de más de cuatro articulaciones). No presentación lesión un 18,5%.

Cuadro 4. Distribución de localización de la lesión.

Localización	Casos	%
Cadera	30	23,1
Rodilla	52	40,0
Cadera y rodilla	15	11,5
Otras	32	24,6
Poliartrosis	31	23,8
Sin lesión	24	18,5



Fuente: elaboración propia. Nota: ni los casos

suman 130, ni los porcentajes 100% dado que se trata de una pregunta con respuesta múltiple.

En cuanto al diagnóstico médico por el cual concurren al centro se obtuvo que el 43,8% de los adultos mayores van por OA, siendo las articulaciones de carga (rodilla y cadera) las más afectadas y también presentan un porcentaje alto de poliartrrosis. Frente a este hecho nos hace pensar, suponer si reciben un tratamiento preventivo para evitar la progresión de la enfermedad, un tratamiento educativo para concientizar sobre la misma, para evitar y/o minimizar los daños que provoca a nivel articular y muscular.

El 24,6% de los adultos mayores van por caídas, fracturas, lesión de tejidos blandos, etc. El 20% van por discopatías (cervicalgia, lumbalgia, hernia discal, etc.). El 5,4% van por lesión neurológica (ACV, Parkinson, etc.), y el 6,2% van por otro diagnóstico.

En cuanto a la percepción del estado de salud, según la pregunta 9, el 51,5% considera que su estado de salud es bueno, mientras que el 33,8% considera que su estado de salud es regular. Comparando con la pregunta 39, de ¿cómo consideran su estado de salud en las últimas dos semanas?, el 50% considera que sigue siendo bueno, mientras un 40% considera que es regular, se puede apreciar un leve aumento en este último frente al 33,8%. En este sentido el cuestionario no aparece haber afectado la autopercepción de forma sensible.

Cuadro 5. Autopercepción del estado de salud (preguntas 9 y 39).

	Preg. 9	Preg. 39
Excelente	3,8	0,0
Muy bueno	3,8	5,4
Bueno	51,5	50,0

Regular	33,8	40,0
Malo	6,9	4,6
Total	100,0%	100,0

Fuente: elaboración propia.

En el análisis del cuestionario WOMAC, en la dimensión de dolor, el 12,3% siente muchísimo dolor al subir y bajar escaleras, el 21,5% siente bastante dolor al andar por un terreno llano, el 35,4% siente poco dolor al estar sentado o tumbado y el 40,0% no sienten nada de dolor por las noches en la cama.

Cuadro 6. Nivel de dolor (%).

	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
Al andar por un terreno llano	23,8	28,5	21,5	17,7	8,5
Al subir y bajar escaleras	30,8	24,6	20,0	12,3	12,3
Por la noche en la cama	40,0	24,6	17,7	12,3	5,4
Al estar sentado o tumbado	42,3	35,4	13,8	6,2	2,1
Al estar de pie	31,5	30,8	20,8	11,5	5,4

Fuente: elaboración propia. Nota: los porcentajes suman 100% en las filas.

Con respecto a la rigidez, el 58,5% no siente rigidez durante el resto del día después de estar sentado, acostados o en descanso, mientras que el 42,3% no siente rigidez después de despertarse por la mañana. Es decir, que el 57,7% siente poca o más rigidez después de despertarse y el 41,5% lo hace luego de estar sentado, tumbado o descansado.

Cuadro 7. Nivel de rigidez (%).

	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
Después de despertarse por la mañana	42,3	26,9	18,5	10,8	1,5
Durante el resto del día después de estar sentado, tumbado o descansado	58,5	24,6	10,0	5,4	1,5

Fuente: elaboración propia. Nota: los porcentajes suman 100% en las filas.

En cuanto a la dificultad que presentan frente a las actividades de la vida diaria, la mayor dificultad está a la hora de realizar actividades domésticas pesadas, tales como mantener una buena higiene del hogar, trasladar objetos pesados, servicio de mantenimiento y/o arreglos dentro del mismo. Otra dificultad con las que se enfrentan es a la hora de entrar y salir del coche o vehículo, que es de suma importancia para poder trasladarse al médico, de paseo, etc. También presentan muchísima dificultad cuando deben agacharse para agarrar algo del piso.

Presentan bastante dificultad o más a la hora de levantarse después de estar sentados por un corto o largo tiempo, para poder incorporarse necesitan agarrarse de algún objeto o elemento de sostén. También presentan bastante dificultad para permanecer de pie y subir escaleras. No presentan dificultad para realizar tareas domésticas ligeras tales como aquellas actividades que estén al alcance de ellos. No presentan dificultad a la hora de quitarse las medias o calzado, la mayoría reconoce que utilizan calzados sin cordones, para que se les haga más sencillo. A la hora de higienizarse de manera independiente (bañarse) no presentan dificultad, ya que la mayoría adaptaron el baño, y no cuentan con bañera para entrar y salir de ella.

Cuadro 8. Grado de dificultad.

	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
Bajar las escaleras	31,9	16,2	13,8	11,4	3,6
Subir las escaleras	20,4	22,2	15,0	12,0	7,2
Levantarse después de estar sentado	33,1	29,2	17,7	14,6	5,4
Estar de pie	36,2	34,6	17,7	6,92	4,62
Agacharse para coger algo	34,6	33,1	13,1	13,85	5,38
Andar por un terreno llano	36,1	33,1	13,8	13,1	3,9
Entrar y salir de un coche	35,4	32,3	14,6	10,0	7,7
Ir de compras* <sup>1</sup>	36,4	23,8	4,2	7,7	0,7
Ponerse las medias o los calcetines	45,4	26,1	10,8	11,5	6,2
Levantarse de la cama	40,0	32,3	13,9	10,8	3,1
Quitarse las medias o los calcetines	49,2	27,7	10,0	8,5	4,6

Estar tumbado en la cama	39,2	36,9	11,5	9,2	3,1
Entrar y salir de la ducha/bañera	47,1	27,7	10,9	8,4	5,9
Estar sentado	58,5	27,7	6,2	4,6	3,1
Sentarse y levantarse del retrete	36,9	33,1	12,3	12,3	5,4
Hacer tareas domésticas pesadas	12,6	37,8	15,8	22,0	11,8
Hacer tareas domésticas ligeras	56,9	24,6	10,8	4,6	3,1

Fuente: elaboración propia. Nota: los porcentajes suman 100% en las filas. \*1 El 20% declaró no salir de compras, se excluyeron estos casos a la hora de calcular los porcentajes presentados.

En el análisis del cuestionario COOP WONCA, en relación al nivel de actividad física que pudieron realizar durante al menos dos minutos, el 47,7% mantiene un nivel de actividad física moderada (caminar a paso rápido), mientras que el 41,5% mantiene un nivel de actividad física ligera (caminar despacio). Es mínima la diferencia entre cada una de ellas y entre ambas suman casi el 90% del nivel de actividad.

Cuadro 9. Nivel de actividad física.

	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Muy intensa	2	1,5
Intensa	2	1,5
Moderada	62	47,7
Ligera	54	41,5
Muy ligera	10	7,7
Total	130	100,0

Fuente: elaboración propia.

En relación a los problemas emocionales, se puede apreciar que los afecta moderadamente a bastante (sumada ambas el 56,2%) los sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad y tristeza influye en el estado de ánimo de los adultos mayores, influyendo en sus AVD.

Cuadro 10. Grado de molestia de problemas emocionales.

	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Nada en absoluto	21	16,1
Un poco	26	20,0
Moderadamente	37	28,5
Bastante	36	27,7
Intensamente	10	7,7
Total	130	100,0

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al grado de dificultad a la hora de realizar actividades o tareas habituales dentro y fuera de la casa, oscila entre una dificultad moderada a poca dificultad (59,2%).

Cuadro 11. Grado de dificultad en tareas habituales.

	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Ninguna en absoluto	19	14,6
Un poco de dificultad	38	29,2
Dificultad moderada	39	30,0
Mucha dificultad	30	23,1
Todo, no he podido hacer nada	4	3,1
Total	130	100,0

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la limitación o restricción de la participación de actividades sociales, familiares, amigos y grupos, al 30,8% los afecta moderadamente, mientras que a un 27,7% los afecta bastante. El no poder compartir con sus seres queridos ya sea por su estado de salud, o por su salud física, particularmente el año pasado y lo que va de este año por la pandemia de COVID-19, influye de manera negativa en los adultos mayores, ya que mantener una vida social para ellos es esencial para su calidad de vida y salud.

Cuadro 12. Grado de limitación de actividades sociales.

	<b>Casos</b>	<b>%</b>
No, nada en absoluto	20	15,4
Ligeramente	40	30,8

Moderadamente	28	21,5
Bastante	36	27,7
Muchísimo	6	4,6
Total	130	100,0

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al estado de salud en las dos últimas semanas, el 53,8% considera que su estado de salud se mantiene igual, sin cambios notorios. A diferencia del 24,6% que considera que su estado de salud está un poco mejor que al principio.

Cuadro 13. Comparación del estado actual de salud con el de hace dos semanas.

	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Mucho mejor	5	3,8
Un poco mejor	32	24,6
Igual, por el estilo	70	53,8
Un poco peor	21	16,2
Mucho peor	2	1,5
Total	130	100,0

Fuente: elaboración propia.

En relación a la apreciación del dolor en las últimas dos semanas, el 32,3% siente un dolor moderado, mientras que el 7,7% no siente nada de dolor. Se trata de una distribución desigual, donde un 30,8% no siente dolor leve o ninguno, y un 44,6% un dolor moderado o intenso.

Cuadro 14. Apreciación general del dolor.

	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Nada de dolor	10	7,7
Dolor muy leve	30	23,1
Dolor ligero	32	24,6
Dolor moderado	42	32,3

Dolor intenso	16	12,3
Total	130	100,0

Fuente: elaboración propia.

## VI.C Estado de salud y localización de la lesión según género y edad

Se utilizaron como variables: edad y género, edad y localización de la lesión, y género y localización de la lesión.

La OA de la articulación de rodilla afecta más a los varones un 44,9%, frente a un 37,0% de las mujeres, a diferencia de la OA de cadera afecta más a mujeres un 27,2%, frente a un 16,3% a los varones. Mientras que la OA de ambas (rodilla y cadera) es mínima la diferencia entre varones y mujeres.

Cuadro 15. Localización de la lesión en miembro inferior, según género (%).

	Varón	Mujer
Cadera	16,3	27,2
Rodilla	44,9	37,0
Ambas	10,2	12,3

En el análisis del cuestionario WOMAC, dentro de la dimensión de dolor (bastante a mas) encontramos que los hombres presentan mayor dolor al bajar y subir escalares (51,0 %) y al caminar (46,9%), y las mujeres presentan mayor dolor al caminar por terreno llano (48,1%) y al subir y bajar escaleras (40,7%). Tanto hombres como mujeres no presentan dolor al estar sentados o acostados.

En cuanto a la rigidez después de despertarse por la mañana es mayor en las mujeres (33,3%) a diferencia de los hombres (26,5%), mientras que, durante el resto del día, después de estar sentados o en descanso es pareja para ambos.

Con respecto a la capacidad funcional de los pacientes, se obtuvo que tanto varones y mujeres presentan una dificultad moderada a mas, a la hora de realizar tareas domésticas pesadas en el hogar, requieren de ayuda para poder realizarlas. También presentan dificultad para subir escaleras, las mismas deberían tener barandas para ayudarse, de caso contrario no lo podrían hacer. También presentan dificultad para levantarse o incorporarse después de permanecer sentados por un rato, necesitan agarrarse de algún elemento u objeto estable para dar un impulso de despegue. Además, presentan dificultad para andar por terreno llano y agacharse para agarrar algo del piso. La dificultad mayor a la que están expuestas las mujeres es a la hora de sentarse y levantarse del inodoro, ya que es parte de su intimidad. Mientras que los varones presentan dificultad para entrar y salir del coche o vehículo, y mayor que las mujeres a la hora de ir a comprar.

Cuadro 16. Nivel de dolor, rigidez y grado de dificultad: bastante o más, según género (%). 10-33

		Varón	Mujer
Nivel de dolor: bastante o más	Al andar por un terreno llano	46,9	48,1
	Al subir y bajar escaleras	51,0	40,7
	Por la noche en la cama	32,7	37,0
	Al estar senado o tumbado	16,3	25,9
	Al estar de pie	34,7	39,5
Nivel de rigidez: bastante o más	Después de despertarse por la mañana	26,5	33,3
	Durante el resto del día después de estar sentado, tumbado o descansado	14,3	18,5
Grado de dificultad: bastante o más.	Bajar las escaleras	34,7	39,2
	Subir las escaleras	51,0	40,5
	Levantarse después de estar sentado	38,8	37,0
	Estar de pie	32,7	27,2
	Agacharse para coger algo	34,7	30,9
	Andar por un terreno llano	30,6	30,9
	Entrar y salir de un coche	34,7	30,9
	Ir de compras	23,8	12,9

	Ponerse las medias o los calcetines	26,5	29,6
	Levantarse de la cama	30,6	25,9
	Quitarse las medias o los calcetines	22,4	23,5
	Estar tumbado en la cama	22,4	24,7
	Entrar y salir de la ducha/bañera	26,7	24,3
	Estar sentado	10,2	16,0
	Sentarse y levantarse del retrete	24,5	33,3
	Hacer tareas domésticas pesadas	40,8	55,1
	Hacer tareas domésticas ligeras	18,4	18,5

Fuente: elaboración propia.

En el análisis del COOP WONCA, que considera los últimos 14 días (anteriores a realizar el cuestionario) se obtuvo que tanto varones como mujeres mantienen un nivel de actividad física moderada (caminar a paso rápido), y en relación al componente emocional se obtuvo que los afecta moderadamente cuando están tristes, ansiosos, deprimidos, etc. En cuanto al grado de dificultad para realizar las tareas habituales a las mujeres les cuesta un poco más que a los varones, a diferencia de las limitaciones sociales afecta más a varones que a mujeres. Si bien no hay diferencias a la hora de apreciación de dolor, las mujeres autoperciben su salud peor que los varones.

Cuadro 17. Nivel de actividad física, grado de molestia de problemas emocionales y de dificultad en tareas habituales, perspectiva comparativa del estado de salud, autopercepción del estado de salud y apreciación general del dolor, según género (%).

		<b>Varón</b>	<b>Mujer</b>
Nivel de actividad física	Moderada o más	51,0	50,6
Grado de molestia de problemas emocionales	Moderadamente o más	63,3	64,2
Grado de dificultad en tareas habituales	Dificultad moderada o más	53,1	58,0
Grado de limitación de actividades sociales	Moderadamente o más	61,2	49,4
Perspectiva comparativa del estado de salud	Mejor	22,4	32,1
	Peor	20,4	16,0

Autopercepción del estado de salud	No buena	38,8	48,1
Apreciación general del dolor	Moderado o intenso	42,9	45,7

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la localización de la lesión según edad, se obtuvo que entre los 60 a 69 años afecta más a la articulación de la rodilla, entre los 70 a 85 años esta articulación sigue siendo la más afectada, pero aumenta la articulación de la cadera, y la presencia de OA en ambas articulaciones.

Cuadro 18. Localización de la lesión en miembro inferior, según edad (%).

	60-69	70-85
Cadera	22,2	23,9
Rodilla	42,9	37,3
Ambas	7,9	14,9

Fuente: elaboración propia.

En la dimensión de dolor según la variable edad del cuestionario WOMAC, el 62,7% de los adultos mayores de entre 70 a 85 años presentan mayor dolor al andar por un terreno llano, a diferencia de un 31,7% de los adultos mayores de entre 60 a 69 años. El 53,7% de los adultos mayores de entre 70 a 85 años presentan bastante dolor al subir y bajar escaleras, frente a un 34,9% de los adultos mayores de entre los 60 a 69 años. El 43,3% de adultos mayores de 70 a 85 años sienten dolor al permanecer de pie, a diferencia del 31,7% de los adultos mayores de entre 60 a 69 años.

En cuanto a la rigidez, al despertarse por la mañana, y durante el día después de estar sentados o en descanso, es mayor en los adultos mayores de entre 70 a 85 años, a diferencia de los adultos mayores de 60 a 69 años.

En el análisis del cuestionario WOMAC comparando a los adultos mayores de 60 a 69 años, con los adultos mayores de 70 a 85 años, se puede apreciar que los primeros

presentan menor dificultad a comparación de los otros. Como, por ejemplo, el 47,8% de los adultos mayores de 70 a 85 años presentan dificultad para levantarse después de estar sentados, frente a 27,0% de los adultos mayores de 60 a 69 años. El 31,3% de los adultos mayores de 70 a 85 años presentan dificultad para estar tumbados (acostados) en la cama, a diferencia del 15,9% de los adultos mayores de 60 a 69 años. A la hora de ir compras la diferencia no es tan notoria, el 14,3% de los adultos mayores de 60 a 69 años presentan dificultad, mientras que el 20,8% de los adultos mayores de 70 a 85 años presentan dificultad. Con respecto a este ítem, debido a la pandemia de COVID-19 el salir a comprar o salir a pasear, y/o a caminar se vieron suspendidas, para no exponerse.

De forma esperable, a medida que aumenta la edad aumentan, de forma que ya fue señalada, el nivel de dolor, el nivel de rigidez y grado de dificultad para hacer actividades de la vida cotidiana.

Cuadro 19. Nivel de dolor, rigidez y grado de dificultad: bastante o más, según edad (%). 10-33

		60-69	70-85
Nivel de dolor: bastante o más	Al andar por un terreno llano	31,7	62,7
	Al subir y bajar escaleras	34,9	53,7
	Por la noche en la cama	27,0	43,3
	Al estar senado o tumbado	14,3	29,9
	Al estar de pie	31,7	43,3
Nivel de rigidez: bastante o más	Después de despertarse por la mañana	25,8	48,5
	Durante el resto del día después de estar sentado, tumbado o descansado	33,9	54,5
Grado de dificultad: bastante o más.	17. Bajar las escaleras	25,8	48,5
	Subir las escaleras	33,9	54,5
	Levantarse después de estar sentado	27,0	47,8
	Estar de pie	23,8	34,3
	Agacharse para coger algo	22,2	41,8
	22. Andar por un terreno llano	23,8	37,3
	Entrar y salir de un coche	25,4	38,8

	Ir de compras	14,3	20,8
	Ponerse las medias o los calcetines	19,0	37,3
	Levantarse de la cama	23,8	31,3
	27. Quitarse las medias o los calcetines	14,3	31,3
	Estar tumbado en la cama	15,9	31,3
	Entrar y salir de la ducha/bañera	18,3	32,2
	Estar sentado	9,5	17,9
	Sentarse y levantarse del retrete	20,6	38,8
	Hacer tareas domésticas pesadas	39,3	59,1
	33. Hacer tareas domésticas ligeras	14,3	22,4

Fuente: elaboración propia.

Con respecto al análisis del COOP WONCA, se obtuvo que el nivel de actividad es mucho menor en los adultos mayores de 70 a 85 años, frente a los adultos mayores de 60 a 69 años. En cuanto al componente emocional afecta a ambos grupos por igual, el 67,2% afecta a los adultos mayores de 70 a 85 años, y el 60,3% afecta a los adultos mayores de 60 a 69 años, esto nos demuestra que el componente emocional es vital para los adultos mayores, cuando están tristes, angustiados, deprimidos, etc. los afecta al punto de no querer realizar actividades o compartir con sus familias y amigos, siendo esto esencial para mejorar y mantener su calidad de vida. La autopercepción del estado de salud el 53,7% de los adultos mayores de 70 a 85 años considera que su estado de salud no es bueno, frente al 34,9% de los adultos mayores de 60 a 69 años. La apreciación de dolor moderado o intenso aumenta el 34,6% al 53,7% entre grupos.

Cuadro 20. Nivel de actividad física, grado de molestia de problemas emocionales y de dificultad en tareas habituales, perspectiva comparativa del estado de salud, autopercepción del estado de salud y apreciación general del dolor, según género (%).

		60-69	70-85
Nivel de actividad física	Moderada o más	65,1	37,3
Grado de molestia de problemas emocionales	Moderadamente o más	60,3	67,2

Grado de dificultad en tareas habituales	Dificultad moderada o más	46,0	65,7
Grado de limitación de actividades sociales	Moderadamente o más	49,2	58,2
Perspectiva comparativa del estado de salud	Mejor	33,3	23,9
	Peor	12,7	22,4
Autopercepción del estado de salud	No buena	34,9	53,7
Apreciación general del dolor	Moderado o intenso	34,9	53,7

Fuente: elaboración propia.

### VI.D Estado de salud según género y edad

Terminamos el análisis con la descripción del estado de salud según la combinación de género y edad, presentada en el cuadro 3. En cuanto a la localización de la lesión en miembro inferior, en relación a los varones, la articulación de la rodilla afecta más a los varones de 60 a 69 años, y la articulación de la cadera afecta más a los varones de 70 a 85 años. En relación a las mujeres, no hay mucha diferencia, en la articulación de la cadera, entre ambas articulaciones (cadera y rodilla) aumenta de 7,3% a 17,5% la articulación de la rodilla afecta al 40% de las mujeres de entre 70 a 85 años, frente al 34,1% de las mujeres de 60 a 69 años. A medida que aumenta la edad, en ambos genero aumenta la lesión en ambas articulaciones y en cadera solamente, mientras que la lesión de la rodilla presenta un comportamiento particular disminuye en varones y aumenta en mujeres.

Cuadro 21. Localización de la lesión en miembro inferior, según género y edad (%).

	Varón 60-69	Varón 70-85	Mujer 60-69	Mujer 70-85
Cadera	13,6	18,5	26,8	27,5
Rodilla	59,1	33,3	34,1	40,0
Ambas	9,1	11,1	7,3	17,5

Fuente: elaboración propia.

En el análisis del WOMAC en la dimensión de dolor se obtuvo que los varones de 70 a 85 años presentan mayor dolor que los varones de 60 a 69 años principalmente al andar por terreno llano, y al estar sentado o tumbado. En cuanto a las mujeres las de 70 a 85 años presentan mayor dolor al caminar por terreno llano, al estar de pie, y al estar sentadas o tumbadas, que las mujeres de 60 a 69 años. Es considerable la profundización del dolor al andar por un terreno llano o al estar tumbado o sentado con la edad para ambos géneros.

En cuanto al nivel de rigidez, empeora mucho más para los varones que para las mujeres con la edad. Para ellos pasa del 9,1% al 40,7% después de despertarse, frente al salto del 29,3% al 37,5% para las mujeres. En cuanto, al después de estar descansado o sentado, pasa para los varones del 0% al 25,9% y para las mujeres cae del 22% al 15%. Con respecto a la capacidad funcional de los varones se obtuvo que el 63,0% de los adultos mayores de 70 a 85 años presenta mayor dificultad al subir escaleras, frente a un 36,4% de los adultos mayores de 60 a 69 años. El 55,6% de los adultos mayores de 70 a 85 años presentan dificultad para levantarse después de estar sentados, frente a un 18,2% de los adultos mayores de 60 a 69 años. El 51,9% de los adultos mayores de 70 a 85 años presentan dificultad para hacer tareas domésticas pesadas en el hogar, frente a un 27,3% de los adultos mayores de 60 a 69 años. El 48,1% de los adultos mayores de 70 a 85 años presentan dificultad para estar de pie y agacharse para agarrar algo del piso, frente al 18,2% de los adultos mayores de 60 a 69 años. Además, aumentan del 13,6% al 48,1% la bastante dificultad o más en estar de pie, del 10% al 36,4% la de ir de compras, del 4,5% al 37% al estar tumbado en la cama y del 0% al 18,5% al estar sentado.

En cuanto a la capacidad funcional de las mujeres se obtuvo que el 64,1% de las adultas mayores de 70 a 85 años presentan dificultad para hacer tareas domésticas pesadas en el hogar, frente a un 46,2% de las adultas mayores de 60 a 69 años. El 48,7% de las adultas mayores de 70 a 85 años presentan dificultad para bajar escaleras, frente al 30,2% de las adultas de 60 a 69 años. El 48,7% de las adultas mayores de 70 a 85 años presentan dificultad para bajar escaleras, frente al 32,5% de las adultas mayores de 60 a 69 años. El 42,5% de las adultas mayores de 60 a 69 años presentan dificultad para sentarse y levantarse del inodoro, frente al 24,4% de las adultas mayores de 60 a 69 años. El 37,5% de las adultas mayores de 70 a 85 años presentan dificultad para agacharse agarrar algo del piso, frente al 24,4% de las adultas de 60 a 69 años. Además,

aumentan del 17,1% al 30% la bastante dificultad en quitarse las medias, y del 17,5% al 32,4% al entrar y salir de la bañera o ducha.

Cuadro 22. Nivel de dolor, rigidez y grado de dificultad: bastante o más, según género y edad (%). 10-33

		Varón 60-69	Varón 70-85	Mujer 60-69	Mujer 70-85
Nivel de dolor: bastante o más	Al andar por un terreno llano	18,2	70,4	39,0	57,5
	Al subir y bajar escaleras	31,8	66,7	36,6	45,0
	Por la noche en la cama	18,2	44,4	31,7	42,5
	Al estar senado o tumbado	4,5	25,9	19,5	32,5
	Al estar de pie	27,3	40,7	34,1	45,0
Nivel de rigidez: bastante o más	Después de despertarse por la mañana	9,1	40,7	29,3	37,5
	Durante el resto del día después de estar sentado, tumbado o descansado	0,0	25,9	22,0	15,0
Grado de dificultad: bastante o más.	Bajar las escaleras	18,2	48,1	30,0	48,7
	Subir las escaleras	36,4	63,0	32,5	48,7
	Levantarse después de estar sentado	18,2	55,6	31,7	42,5
	Estar de pie	13,6	48,1	29,3	25,0
	Agacharse para coger algo	18,2	48,1	24,4	37,5
	Andar por un terreno llano	13,6	44,4	29,3	32,5
	Entrar y salir de un coche	22,7	44,4	26,8	35,0
	Ir de compras	10,0	36,4	16,7	7,7
	Ponerse las medias o los calcetines	13,6	37,0	22,0	37,5
	Levantarse de la cama	18,2	40,7	26,8	25,0
	Quitarse las medias o los calcetines	9,1	33,3	17,1	30,0
	Estar tumbado en la cama	4,5	37,0	22,0	27,5
	Entrar y salir de la ducha/bañera	20,0	32,0	17,5	32,4
	Estar sentado	0,0	18,5	14,6	17,5
	Sentarse y levantarse del retrete	13,6	33,3	24,4	42,5
Hacer tareas domésticas pesadas	27,3	51,9	46,2	64,1	

	Hacer tareas domésticas ligeras	9,1	25,9	17,1	20,0
--	---------------------------------	-----	------	------	------

Fuente: elaboración propia.

En el análisis de COOP WONCA con respecto al nivel de actividad física, se obtuvo que tanto varones como mujeres de 60 a 69 años mantienen un nivel de actividad física mayor a diferencia de los varones y mujeres de 70 a 85 años. En cuanto al componente emocional, es mínima la diferencia entre las variables género y edad, se puede apreciar que los afecta a ambos por igual. En relación al grado de dificultad para realizar actividades dentro y fuera del hogar, tanto varones como mujeres de 70 a 85 años presentan mayor dificultad a comparación a los varones y mujeres de 60 a 69 años. La autopercepción del estado de salud empeora más para las mujeres que para los varones entre los grupos de edad, mientras que la apreciación del dolor lo hace más para los varones que para las mujeres

Cuadro 23. Nivel de actividad física, grado de molestia de problemas emocionales y de dificultad en tareas habituales, perspectiva comparativa del estado de salud, autopercepción del estado de salud y apreciación general del dolor, según género y edad (%).

		Varón 60-69	Varón 70-85	Mujer 60-69	Mujer 70-85
Nivel de actividad física	Moderada o más	68,2	37,0	63,4	37,5
Grado de molestia de problemas emocionales	Moderadamente o más	59,1	66,7	61,0	67,5
Grado de dificultad en tareas habituales	Dificultad moderada o más	40,9	63,0	48,8	67,5
Grado de limitación de actividades sociales	Moderadamente o más	40,9	77,8	53,7	45,0
Perspectiva comparativa del estado de salud	Mejor	27,3	18,5	36,6	27,5
	Peor	9,1	29,6	14,6	17,5
Autopercepción del estado de salud	No buena	36,4	40,7	34,1	62,5
Apreciación general del dolor	Moderado o intenso	27,3	55,6	39,0	52,5

Fuente: elaboración propia.

Como conclusión general del análisis se observa que hay más prevalencia de las lesiones en las articulaciones de cadera para mujeres y de rodilla para los varones. Al mismo tiempo, que, si bien las mujeres encuestadas en nuestra investigación comienzan con un estado de salud y calidad de vida en términos generales peores que la de los varones, estos, cuando comparamos un grupo de edad con otro, adquieren peores valores en proporciones mayores que las mujeres.

## VII. Conclusiones

La OA es una patología crónica y degenerativa que afecta al cartílago articular, está asociada con la edad de las personas, genera limitación y discapacidad en las AVD. Si bien, no tiene un tratamiento que la cure, es de suma importancia promover, informar y concientizar a la comunidad sobre la misma para adoptar estilos de vida saludable, controlar los factores predisponentes, mantener un nivel de actividad física y participar de actividades sociales y recreativas, que son esenciales para mejorar la calidad de las personas, en especial a los adultos mayores.

La patología más frecuente en los adultos mayores que van al centro de “Salud Bernal” es la osteoartritis, siendo un porcentaje alto de poliartrosis. La articulación más afectada en ambos sexos es la rodilla, siendo mayor en varones de 60 a 69 años. La articulación de la cadera afecta más a mujeres que a varones, siendo mayor en mujeres de 70 a 85 años.

Frente a este hecho la mayoría de los pacientes conviven con dolor muscular y articular, ocasionándoles cierta limitación y/o dificultad a la hora de realizar determinadas actividades de la vida diaria esenciales para mantener su independencia y autocuidado, a su vez les ocasiono una restricción a nivel social. Sumado a la pandemia producto del COVID-19, muchos pacientes dejaron de realizar sus consultas médicas regulares, dejaron de participar de actividades recreativas, sociales y culturales, que son vitales para mantener y mejorar su calidad de vida.

Es una muestra feminizada, ya que hay un predominio de mujeres a comparación de los hombres. En cuanto a la edad, la edad promedio es 64 a 72 años.

Tanto hombres como mujeres cuentan con un bajo nivel educativo, lo que puede impactar en un desconocimiento de la salud y de la importancia de adoptar estilos de vida saludable.

En el aspecto familiar la mayoría convive con sus familias (cónyuge, hijos, nietos, etc.), están acompañados, y el poder compartir con sus seres queridos los potencia y estimula para seguir hacia adelante y transitar el camino de la vida lo mejor que puedan.

En general hombres y mujeres consideran que tienen un buen estado de salud. En comparación si están mejor o peor, los adultos mayores de 60 a 69 años consideran que

están mejor, mientras que los adultos mayores de 70 a 85 años consideran que están un poco peor.

En cuanto al nivel de actividad física tanto varones como mujeres de 60 a 69 años mantienen un nivel de actividad moderada a más, a diferencia de los varones y mujeres de 70 a 85 años que mantienen un nivel de actividad moderadamente.

En la valoración del dolor, del cuestionario WOMAC, nos reveló que los varones de 60 a 69 años sienten mayor dolor al subir y bajar escaleras y cuando están de pie, y los varones de 70 a 85 años sienten mayor al subir y bajar escaleras y por las noches. Las mujeres de 60 a 69 años presentan mayor dolor al andar por terreno llano y al subir y bajar escaleras, mientras que las mujeres de 70 a 85 años presentan mayor dolor al andar por terreno llano, al bajar y subir escaleras y al permanecer de pie.

En cuanto a la rigidez, por la mañana afecta más a los hombres que a las mujeres, y durante el día es poca a nada para ambos. Con respecto a la capacidad funcional, los hombres presentan mucha dificultad para agacharse a tomar algún objeto del piso, bastante dificultad para subir escaleras, poca dificultad para caminar por terreno llano y nada de dificultad para realizar tareas domésticas pesadas. Mientras que las mujeres presentan mucha dificultad a la hora de realizar tareas domésticas pesadas, bastante dificultad para levantarse después de estar sentada, poca dificultad para entrar y salir de la bañera, y nada de dificultad para estar de pie.

En la valoración de la calidad de vida, del cuestionario COOP WONCA, nos demostró que el componente emocional afecta más a hombres que a mujeres. En cuanto a la dificultad para realizar las tareas tanto adentro y fuera del hogar es moderada para ambos sexos. Las mujeres presentan mayor dolor en los últimos 14 días a diferencia de los hombres. En comparación del estado de salud en los últimos 14 días tanto hombres como mujeres consideran que su estado de salud se mantiene igual.

Dicho trabajo de investigación nos permite apreciar la importancia de fomentar e incentivar a la población, a mantener un envejecimiento activo, estilos de vida saludable, y un nivel de actividad física regular (adaptada a la tercera edad), ya que el ejercicio físico incide positivamente en las funciones físicas y psicosociales de las personas mayores, disminuye el índice de morbilidades, y favorece a la autonomía e independencia de las personas.

## VIII. Referencias bibliográficas

- Álvarez, M., Benítez, Á., Espinosa, J., Gorroñoigoitia, A., Muñoz, F., & Regato, P. (2015). *Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria: Escalas de valoración funcional y cognitivas*. Retrieved from [www.semfyec.es](http://www.semfyec.es)
- Aparicio García-Molina, V.A.; Carbonell Baeza, A. y Delgado Fernández, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de La Actividad Física y El Deporte*, 556–576.
- Bosch, M., Rillo, O., & Papisidero, S. (2012). Diferentes métodos de evaluación de la rigidez luego del reposo y rigidez matinal en pacientes con osteoartritis de rodillas. *Panlar.Org*, 23(3).
- Carmen, M., Jesús, J., Molero, M., Pérez-fuentes, M. C., Gázquez, J. J., & Molero, M. (2012). *FÍSICO*.
- Cortés-Muñoz, C., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., & Garzón-Duque, M. O. (2016). Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. Antioquia, Colombia, 2012. *Revista de Salud Publica*, 18(2), 167–178. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n2.49237>
- Dagleish, T., Williams, J. M. G. , Golden, A.-M. J., Perkins, N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., ... Watkins, E. (2007). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la Salud. *Journal of Experimental Psychology: General*, 136(1), 23–42.
- Dorta, F., & Dorta, L. F. (2016). Glucosamina y sulfato de condroitina en el tratamiento de la osteoartritis. *Revista CENIC. Ciencias Biológicas*, 47(2), 93–99. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181245821004>
- Durán C, J. J., & Crispin N, D. (2018). Artroplastía Total De Rodilla: Evaluación Funcional Y Complicaciones. *Traumatología Y Ortopedia – Hospital Obrero N° 1, 2010 – 2015. Uadernos*, 59(2), 29–35.
- Fernández-travieso, J. C. (2015). Enfermedades músculo-esqueléticas en los ancianos: una breve revisión. *Revista CENIC : Ciencias Biológicas*, 46(3), 203–221.
- Garriga, X. M. (2014). Definición, etiopatogenia, clasificación y formas de presentación. *Atencion Primaria*, 46(SUPPL 1), 3–10. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70037-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70037-X)
- Guerrero Ceh, J. G., Can Valle, A. R., & Sarabia Alcocer, B. (2017). Identificación de niveles de calidad de vida en personas con un rango de edad entre 50 y 85 años. *RICSH Revista Iberoamericana de Las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 5(10). <https://doi.org/10.23913/ricsh.v5i10.103>
- Guzmán, S., J., G. R., & Butze Rangel W. (2017). Mejoría clínica y de la calidad de vida a la aplicación de hilano GF-20 y colágeno-PVP en pacientes con artrosis de rodilla. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 22(1), 14–21.
- Herrera-Espiñeira, C., Escobar, A., Reyes-Sánchez, I., Luna-del-Castillo, J. de D., Eugenio-Díaz, J. I., Gómez-Zubeldia, C., & González-Sáenz-de-Tejada, M. (2016). Lack of influence of the levels of anxiety or depression in the quality of life after intervention of hip or knee prosthesis. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXV(1), 91–98.
- Javier, A., Cantalapedra, A., Nacional, C., Julio, D. R., Playa, D., & Habana, L. (2014). Osteoartritis. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 6(2), 173–186.

- Limónar, D. S. G. B. M. D. F. D. C. D. S. Del, Cuenca, D. F. J. P. M. M. D. F. S. D. U. D. H. V. D. L. L., & Toledo, D. J. A. T. C. M. G. Y. D. F. C. D. S. D. M. (2008). Guía de Buena Práctica Clínica en Artrosis. In *Omc*.
- López Alonso, S. R., Navarro Casado, F., González Rojo, J., Martínez Sánchez, C. M., & Romero Cañadillas, A. B. (2009). Validez, fiabilidad y convergencia de COOP/WONCA y EUROQoL, administrados telefónicamente, en población con osteoartritis de cadera y rodilla. *Index de Enfermería*, Vol. 18. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962009000300012>
- Macías-Hernández, S. I. (2014). La discapacidad asociada a la osteoartritis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(5), 484–489.
- Martín, H., Daisy, A., Noda, P., Hernández, F., & Andreu, G. (2014). *Redalyc.Rehabilitación integral del paciente reumático*.
- Mayo Clinic. (2019). Osteoarthritis. Retrieved from Mayo Foundation for Medical Education and Research website: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/osteoarthritis/diagnosis-treatment/dr-c-20351930>
- Mendoza-Castaño, Sarahí; Noa-Puig, Miriam; Más-Ferreriro, Rosa; Valle-Clara, M. (2011). Osteoarthritis. Fisiopatología y tratamiento. *Revista CENIC Ciencias Biológicas*, 42, 81–88. <https://doi.org/10.1088/1742-6596/426/1/012012>
- Núñez Rojas, A. C., Tobón Tobón, S., Arias Henao, D., Serna Núñez, J., Rodríguez Hoyos, M. A., & Muñoz Pérez, Á. A. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos en poblaciones no clínicas de dos municipios colombianos. *Hacia Promoc. Salud*, 15(2), 125–142.
- PAMI. (2016). *Manejo del dolor crónico en osteoartritis*. Argentina: pami.
- Poblete Valderrama, F., Flores Rivera, C., & Díaz Sandoval, E. (2015). Funcionalidad, fuerza y calidad de vida en adultos mayores activos de Valdivia. *Revista Ciencias de La Actividad Física*, 16(1), 45–52.
- Prada Hernández, D., Molinero Rodríguez, C., Gómez Morejón, J., Hernández Cuéllar, I., Porro Novo, J., Cabreja Gilberto, L., & Gil Prada, J. (2011). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y tratamiento rehabilitador. *Revista Cubana de Reumatología: RCuR*, 13(17), 47–59.
- Reinante, V., Abatt, A., Yenny, A., Vila, A., Guardado, A., Betancourt, L., ... Cuéllar, A. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *Medisur*, 15(1), 85–92.
- Reumatología., S. E. de R. F. E. de. (2017). Artrosis.
- Rillo, O. A. (2018). Actualización en osteoartritis. *Separata*, 26 N°1.
- Robles A, Rubio B, De la Rosa E, & Nava A. (2016). *Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El residente [revista en Internet] 2016 [acceso 2 de abril de 2019]; 11(3): 120-125*. 120–125. Retrieved from [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)Generalidadesyconceptosdecalidaddevidaenrelaciónconloscuidadosdesalud
- Rodríguez, Annia Daisy Hernández Martín, Ibars Puerto Noda, Omar Morejón Barroso, S. N. M. (2017). Guía clínica para la rehabilitación de los pacientes con enfermedades reumáticas TT - Clinical guideline for the rehabilitation of patients with rheumatic diseases. *Medisur*, 15(1), 134–153. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2017000100018](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100018)

- Salas, C., & Garzón Duque, M. O. (2010). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública, ISSN-e 2145-9932, Vol. 4, N° 1, 2013, Págs. 36-46, 4(1), 36–46*. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4549356>
- Sánchez Naranjo, J. C., & López Zapata, D. F. (2011). Fisiopatología celular de la osteoartritis: El condrocito articular como protagonista. *Iatreia, 24(2), 167–178*.
- Segura, S., Aguilar, J. M., & Lorenzo, J. J. (2011). Envejecimiento Activo Y Psicología Positiva De La Vida. *Revista de Psicología, 4, 127–132*.
- Sociedad Argentina De Reumatología. (2010). Primeras guías argentinas de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis (OA) de caderas, rodillas y manos. *Rev Argentina de Reumatología, 21(4), 1–64*. Retrieved from <http://www.reumatologia.org.ar/descargas/Guias OA SAR 2010.pdf>
- Solis-Hernández, J. L., Rojano-Mejía, D., & Marmolejo-Mendoza, M. (2016). Disfuncionalidad de rodilla en la población general y factores asociados. *Cirugia y Cirujanos, 84(3), 208–212*. <https://doi.org/10.1016/j.circir.2015.10.003>
- Solis & Calvopiña. (2018). Comorbilidades y calidad de vida en Osteoartritis Comorbidities and quality of life in Osteoarthritis. *Revista Cubana de Reumatología, 1–14*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1188918>
- Solis Cartas, U., Calvopiña Bejarano, S. J., Martínez Larrarte, J. P., Paguay Moreno, Á. R., & Saquipay Duchitanga, G. I. (2018). Percepción de calidad de vida en pacientes con osteoartritis. Características sociodemográficas y clínicas. Estudio de 5 años. *Revista Colombiana de Reumatología, 25(3), 177–183*. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2018.05.002>
- Solis Cartas, U., Hernández Cuéllar, I., de Armas Hernandez, A., & Ulloa Alfonso, A. (2014). Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología: RCuR, 16(2), 76–89*.
- Solis Cartas, U., Hernández Cuéllar, I., Prada Hernández, D., & de Armas Hernandez, A. (2014). Evaluación de la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología: RCuR, 16(1), 23–29*.
- Solis Cartas Urbano, Hernández Cuéllar Isabel María, Prada Hernández Dinorah Marisabel, de Armas Hernandez Arelys, U. A. A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología, XV(3), 153–159*. Retrieved from <http://files.sld.cu/reuma/files/2012/04/artritis-reumatoide-pdf.pdf>
- Tania, D., Puerto, V., & López, C. A. A. (2020). Validación y modificación de la escala WOMAC en Cuba Modification and validity of WOMAC scale in Cuba. *24(3), 326–337*.
- Varela Pinedo, L. F. (2016). Health and quality of life in the elderly. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 33(2), 199–201*. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
- Waimann, C. A. (2017). Uso de autocuestionarios en reumatología. ¿Por qué su uso creciente y la necesidad de adaptarlos a cada población? *Rev Arg Reumatol, 28(1d), 6–8*.
- Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. (2010). Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures, 15(12), 4352–4352*. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0\\_6919](https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_6919)

## **IX. Anexos**

### **IX.A. Consentimiento Informado**

Es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar de la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos del estudio.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación “INCIDENCIA DE OSTEOARTRITIS DE CADERA-RODILLA Y CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD DE UN CENTRO DE JUBILADOS Y PENSIONADOS DE FLORENCIO VARELA”, llevada a cabo por la alumna Alvarez Jesica (investigadora) del último año de la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entendiendo que la información será analizada por la investigadora.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Firma del Participante Aclaración

Firma de la Investigadora Aclaración

Fecha

## IX.B. Cuestionario

En primer lugar, le/te quiero hacer unas preguntas generales sobre ud.

- 1) ¿Cuál es tu nombre de pila?
- 2) ¿Cuál es tu edad?
- 3) ¿Cuál es tu género?
  - a. Varón.
  - b. Mujer.
- 4) ¿Cuál es tu máximo nivel educativo alcanzado?
  - a. Hasta primario incompleto (incluye no concurrí)
  - b. Primario completo
  - c. Secundario incompleto
  - d. Secundario completo
  - e. Terciario o universitario incompleto
  - f. Terciario o universitario completo
- 5) ¿Con quién vive?
  - a. Con cónyuge
  - b. Con hijos/as
  - c. Con otros parientes
  - d. Con otros no parientes
  - e. Solo

A continuación, me gustaría hacerle/hacerte unas preguntas sobre tu estado de salud.

- 6) ¿Cuál es el diagnóstico por el cual concurrís al centro?
  - a. Discopatía
  - b. Artrosis / Osteoartritis
  - c. Caída, fractura, lesión de ligamentos, tejido blando (traumatológico)
  - d. Parálisis facial, ACV, hemiplejía (neurológico)
  - e. Otro diagnóstico. ¿Cuál?
- 7) En el caso de concurrir por artrosis u osteoartritis ¿dónde se localiza la o las afecciones?
  - a. Manos
  - b. Columna
  - c. Hombro

- d. Cadera
- e. Rodilla
- f. Otro lugar. ¿Cuál otro?

8) ¿Tiene alguna patología o afección de base (enfermedad coronaria, pulmonar, etc.)?

- a. No
- b. Sí. ¿Cuáles patologías o afecciones?
  - a) Enfermedad coronaria
  - b) Enfermedad pulmonar
  - c) Obesidad
  - d) Diabetes
  - e) Hipertensión arterial
  - f) Antecedentes oncológicos
  - g) Otras patologías ¿Cuáles?

9) En general ¿usted diría que su salud es...?

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

**WOMAC**

*Las siguientes preguntas tratan sobre cuánto DOLOR siente usted en las caderas y/o rodillas como consecuencia de su artrosis. Para cada situación indique cuánto DOLOR ha notado en los últimos 2 días. ¿Cuánto dolor tiene?*

	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
10. Al andar por un terreno llano					
11. Al subir y bajar escaleras					
12. Por la noche en la cama					
13. Al estar senado o tumbado					
14. Al estar de pie					

Las siguientes preguntas sirven para conocer cuánta RIGIDEZ (no dolor) ha notado en sus caderas y/o rodillas en los últimos 2 días. RIGIDEZ es una sensación de dificultad inicial para mover con facilidad las articulaciones. ¿Cuánta rigidez nota?

	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
15. después de despertarse por la mañana					
16. durante el resto del día después de estar sentado, tumbado o descansado?					

Las siguientes preguntas sirven para conocer su CAPACIDAD FUNCIONAL. Es decir, su capacidad para moverse, desplazarse o cuidar de sí mismo. Indique cuanta dificultad ha notado en los últimos dos días al realizar cada una de las siguientes actividades, como consecuencia de su artrosis de cadera y/o rodillas. PREGUNTA: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?

	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
17. Bajar las escaleras.					
18. Subir las escaleras.					
19. Levantarse después de estar sentado.					
20. Estar de pie.					
21. Agacharse para coger algo.					
22. Andar por un terreno llano.					
23. Entrar y salir de un coche.					
24. Ir de compras.					
25. Ponerse las medias o los calcetines					
26. Levantarse de la cama.					
27. Quitarse las medias o los calcetines.					

28. Estar tumbado en la cama					
29. Entrar y salir de la ducha/bañera.					
30. Estar sentado.					
31. Sentarse y levantarse del retrete.					
32. Hacer tareas domésticas pesadas					
33. Hacer tareas domésticas ligeras.					

### **COOP WONCA**

Para terminar, quisiera hacerle unas preguntas sobre su calidad de vida, especialmente su estado funcional.

34. Durante las 2 últimas semanas ¿Cuál ha sido la actividad física que pudo realizar durante al menos 2 minutos?

- 1 Muy intensa (Ej. Correr de prisa)
- 2 Intensa Ej. (Correr con suavidad)
- 3 Moderada Ej. (Caminar a paso rápido)
- 4 Ligera Ej. (Caminar despacio)
- 5 Muy ligera Ej. (Caminar lentamente o no poder caminar)

35. Durante las 2 últimas semanas ¿En qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza o desánimo?

- 1 Nada en absoluto
- 2 Un poco
- 3 Moderadamente
- 4 Bastante
- 5 Intensamente

36. Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de la casa, a causa de la salud física o problemas emocionales?

- 1 Ninguna en absoluto

- 2 Un poco de dificultad
- 3 Dificultad moderada
- 4 Mucha dificultad
- 5 Todo, no he podido hacer nada

37. Durante las 2 últimas semanas ¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

- 1 No, nada en absoluto
- 2 Ligeramente
- 3 Moderadamente
- 4 Bastante
- 5 Muchísimo

38. ¿Cómo califica su estado de salud en comparación con el de hace dos semanas?

- 1 Mucho mejor
- 2 Un poco mejor
- 3 Igual, por el estilo
- 4 Un poco peor
- 5 Mucho peor

39. Durante las dos últimas semanas ¿Cómo califica su salud general?

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

40. Durante las 2 últimas semanas ¿Cuánto dolor ha tenido?

- 1 Nada de dolor
- 2 Dolor muy leve
- 3 Dolor ligero
- 4 Dolor moderado
- 5 Dolor intenso

41. ¿Quisiera agregar o contarme algo relacionado con las preguntas realizadas?

¡Muchas gracias por su atención!

