



FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON GONARTROSIS, SERVICIO DE MEDICINA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2020

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica en
la especialidad de Terapia Física y Rehabilitación

Autora:

Hugo Calero, Helen Ritta

Asesor:

Correa Moran, Pedro Martín
(ORCID: 0000-0001-7869-8654)

Jurado:

Castro Rojas, Miriam Corina
Olivera Mejia, Nila
Morales Yancunta, Betty Nery

Lima - Perú

2022

Referencia:

Hugo, H. (2022). *Calidad de vida del paciente con gonartrosis, servicio de medicina física y rehabilitación Hospital San Juan de Lurigancho – 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6589>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON GONARTROSIS, SERVICIO DE
MÉDICA FÍSICA Y REHABILITACIÓN HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO - 2020**

Línea de Investigación: Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica en la Especialidad de
Terapia Física y Rehabilitación

Autora:

Hugo Calero, Helen Ritta

Asesor:

Correa Moran, Pedro Martín

(ORCID: 0000-0001-7869-8654)

Jurado:

Castro Rojas, Miriam Corina

Olivera Mejia, Nila

Morales Yancunta, Betty Nery

Lima – Perú

2022

DEDICATORIA

Esta investigación se la dedico a mis padres Sumner y Luisa, porque este logro lo hemos realizado juntos con mucho sacrificio y esfuerzo, hoy soy lo que soy gracias a ustedes, los amo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres, Sumner Víctor Hugo Valenzuela y Margarita Luisa Calero Arellan, por el apoyo incondicional todos estos años, por ser mi motor y mis ganas de salir adelante.

Agradezco a mis hermanas Ely y Sara Hugo Calero, que a pesar de la distancia siempre estuvieron brindándome su apoyo, siempre teniendo esta frase conmigo “Tu corazón está en el mío y el mío en el tuyo”.

A mis sobrinos Nicoll, Sumner y Matteo, por darme la oportunidad de ser su ejemplo a seguir, para demostrarles que todo lo que uno se propone puede lograrlo.

A mi asesor el Mg. Pedro Martín Correa Moran y al Lic. David Hernán Andia Vilcapoma, por el apoyo en todo el proceso y culminación de la tesis.

Por último, a todas las personas que me brindaron sus palabras de aliento, un abrazo o una sonrisa. ¡Muchísimas Gracias!

Índice

Resumen.....	5
Abstract	6
I. Introducción	7
1.1 Descripción y Formulación del Problema	8
1.2 Antecedentes.....	11
1.3. Objetivos.....	16
1.4. Justificación	17
II. Marco teórico.....	18
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	18
III. Método	29
3.1 Tipo de investigación	29
3.2 Ámbito Temporal y espacial.....	29
3.3 Variables.....	29
3.4 Población y muestra	30
3.5 Instrumento	31
3.6 Procedimientos.....	32
3.7 Análisis de datos	33
3.8 Consideraciones éticas	33
IV. Resultados	34
V. Discusión de resultados.....	54
VI: Conclusiones	56
VII. Recomendaciones.....	57
VIII. Referencias	58
IX. Anexos	63
Anexo A: Consentimiento informado	63
Anexo B: Ficha de recolección de datos	65
Anexo C: Instrumento SF-36.....	66

Resumen

La presente investigación tuvo por objetivo Identificar la Calidad de Vida (CV) de los pacientes con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho; metodología de diseño no experimental, enfoque cuantitativo, tipo descriptivo correlacional y de corte transversal; la muestra fue de 104 pacientes que acudieron al Hospital San Juan de Lurigancho, cuyo instrumento fue el cuestionario SF-36. La media de la edad fue de 61.33 años, el 73.08% de los pacientes corresponden al sexo femenino. Los resultados del estudio sugieren relación entre las siguientes variables: La CV y edad en las escalas función física (p -valor $< 0,001$), rol físico (p -valor=0.000) y dolor corporal (p -valor=0.000). La CV y sexo, la escala vitalidad (p -valor=0.006), La CV y el nivel socioeconómico en la escala función física (p -valor=0.0374). La CV y comorbilidad, en las escalas función física (p -valor=0.0094), rol físico (p -valor=0.0033), dolor corporal (p -valor=0.036). La CV y tiempo de evolución, las escalas salud general (p -valor=0.0285), rol físico (p -valor=0.004), dolor corporal (p -valor=0.0196). No hubo significancia entre la relación de calidad de vida y estado civil, nivel educacional ($p > 0,05$). Concluyendo, no existió una adecuada calidad de vida en la población de pacientes con gonartrosis del servicio de Medicina física y rehabilitación.

Palabras Claves: gonartrosis, calidad de vida, dolor corporal.

Abstract

The objective of this research is to identify the Quality of Life (QoL) of patients with gonarthrosis of the physical medicine and rehabilitation service of the San Juan de Lurigancho hospital, non-experimental design methodology, quantitative approach, descriptive correlational type, and cross-sectional, The sample was 104 patients who attended the San Juan de Lurigancho Hospital, whose instrument was the SF-36 questionnaire. The mean age was 61.33 years, 73.08% of the patients were female. The results of the study suggest a relationship between the following variables: CV and age on the scales: physical function (p-value <0.001), physical role (p-value = 0.000) and body pain (p-value = 0.000). The CV and sex, the vitality scale (p-value = 0.006), the CV and the socioeconomic level on the physical function scale (p-value = 0.0374). The CV and comorbidity, on the scales physical function (p-value = 0.0094), physical role (p-value = 0.0033), body pain (p-value = 0.036). The CV and evolution time, the general health scales (p-value = 0.0285), physical role (p-value = 0.004), body pain (p-value = 0.0196). There is no significance between the relationship of quality of life and marital status, educational level ($p > 0.05$). In conclusion, there is no adequate quality of life in the population of patients with gonarthrosis of the Physical Medicine and Rehabilitation service.

Keywords: gonarthrosis, quality of life, body pain.

I. INTRODUCCIÓN

La osteoartritis o también llamada artrosis (OA), es una enfermedad degenerativa y progresiva de las articulaciones que va a causar una alteración de las funciones, seguida por una discapacidad de las articulaciones; esto ocurre principalmente en personas mayores (Pietro *et al.*, 2014).

Calidad de vida, definida como la percepción que tenemos sobre nuestro lugar de existencia, ya sea en el ámbito cultural y el sistema de valores en los que vivimos; en relación con las expectativas, normas e inquietudes (OMS, 2005). Actualmente en el Perú existen pocas investigaciones sobre la calidad de vida en pacientes con gonartrosis, es debido a ello que se realizó esta investigación, muchos pacientes con gonartrosis acudían por un tratamiento al servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho servicio, lo cual llamo mi atención a investigar un poco más sobre el tema, con el objetivo de identificar la calidad de vida que tienen los pacientes con gonartrosis; con el propósito de ampliar los datos sobre la calidad de vida para así relacionarlo con otros estudios similares y analizar las posibles variantes según el género, estado civil, comorbilidades, entre otras.

El proyecto se justificó en la búsqueda y participación de las diferentes disciplinas de la salud, las cuales a veces tienen que trabajar en conjunto para una mejor calidad de vida. Otro motivo por el que se realizó esta investigación es la contribución, para así ampliar los datos sobre la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis. El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo de estudio descriptivo y de corte transversal; el cual se realizó en el Departamento de Medicina Física de un hospital de Lima, utilizando como instrumento el cuestionario Sf- 36.

1.1 Descripción y formulación del problema

1.1.1 Descripción del problema

La OMS (2013) nos refiere que para el año 2020, la OA llegará a ser la cuarta causa de discapacidad en el mundo. Según la OMS, La OA es la enfermedad reumática con mayor prevalencia en el mundo, el 40% de personas mayores a 50 años padece esta enfermedad en los rodillas, 10% en las caderas y 3% en los pies; dentro de los países industrializados afecta al 80 % de personas >65 años.

La gonartrosis tiene mayor incidencia en mujeres, cuya edad corresponda entre 60-69 años y con un tiempo de evolución de 1 a 5 años, donde a mayor tiempo de enfermedad es menor calidad de vida (Solis et al., 2013).

Peloso et al., (2016), nos indica mediante un estudio realizado donde se evaluó el dolor, los pacientes con gonartrosis que no tengan una buena respuesta al dolor o que esta no llegue a ser aceptable, no tienen un buen resultado de funcionamiento y de calidad de vida; de esta manera se reducirá su capacidad funcional, sus habilidades que desenvuelva en la sociedad y las acciones que vienen de esta última. Por lo contrario, si el paciente tiene una mejor respuesta a esta evaluación del dolor, puede llegar a tener un mejor funcionamiento y por lo tanto una mejor calidad de vida.

La relación entre la comorbilidad con la calidad de vida de un paciente no llega a ser positiva; debido que, si un paciente presenta otro diagnóstico, la percepción de la calidad de vida en el paciente no es la mejor (Solis y Calvopiña, 2018). Las escalas más afectadas en los resultados de un estudio sobre la calidad de vida en la salud de pacientes con gonartrosis fueron el dolor, el cuidado personal, la movilidad y actividades cotidianas; donde no se obtuvo una respuesta positiva de parte de los pacientes (Góngora et al., 2006).

Otro estudio realizado en Colombia, nos indica que la mayoría de estudios relaciona el área de la psicología con la calidad de vida de un paciente, con una actitud emocional patológica en el cual el paciente presenta ansiedad, estrés, depresión. La mayoría de profesionales que realizan investigaciones sobre la calidad de vida relacionado con la salud llegan a ser doctores o psicólogos, llegando a ser muy pocos los fisioterapeutas que realizan este tipo de investigaciones (Vinaccia y Quinceno, 2012). Se puede encontrar altos costos sociales en la OA, la zona de la rodilla es la más común; por la que estas personas tienen gastos altos tanto en el tratamiento como en otros grandes costos económicos asociados (Martínez et al., 2015).

Existen estudios en el cual encontramos en sus datos altos niveles de insatisfacción de las necesidades y pocas expectativas de mejora para el futuro, dentro de ello entra la parte psicológica la cual es importante, ya que la persona suele estresarse y deprimirse afectando así a su pronta recuperación; también evaluando los factores internos que corresponde al cognitivo- afectivo, donde encontramos la adaptabilidad y el afrontamiento de la enfermedad, todos estos puntos afectan a la pronta recuperación del paciente y esto se debe a que le tomamos poca importancia a la calidad de vida que lleva el paciente (Núñez et al., 2010).

El hospital San Juan de Lurigancho ante la gran demanda se encuentra limitada, es decir la atención fisioterapéutica se ve limitada de ayudar a los pacientes con gonartrosis, esto hace en la mayoría de casos que el dolor aumente y al no poder recibir tratamiento recurren a la medicación, cuyo costo no siempre es bien llevado por los pacientes, por consecuencia el paciente realizará menos movimiento, lo que nos trae el sedentarismo, por consiguiente la obesidad, que arrastra otras enfermedades con ella.

1.1.2. Formulación del problema

1.1.2.1. Problema general.

- ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis en el servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho -2020?

1.1.2.2 Problemas específicos.

- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la edad del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho - 2020?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el sexo del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho - 2020?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el estado civil del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho - 2020?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el nivel educacional del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho - 2020?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el nivel socioeconómico del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho - 2020?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la comorbilidad del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho - 2020?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el tiempo de evolución del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho - 2020?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes nacionales

Viera (2015), realizó la tesis “Efecto de un programa fisioterapéutico en la calidad de vida de pacientes con artrosis grado II del Centro Médico Naval Santiago Távara”, teniendo como objetivo de su investigación dar a conocer el efecto de un programa fisioterapéutico en la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con artrosis de grado II del centro Médico Naval Santiago Távara; donde la investigación realizada fue cuasiexperimental y la población que utilizó fueron 60 adultos mayores del centro antes mencionado; teniendo como instrumento al cuestionario de WOMAC, el cual se encarga de medir la calidad de vida del adulto mayor que padece artrosis. Se obtuvo como resultado que el programa fisioterapéutico realizado, tuvo un efecto significativo en la calidad de vida de la población estudiada, sustentando con la prueba estadística la T de students es $T= 11$ con un p-valor $p=0,000$ el cual es menor al nivel de significancia esperado; en conclusión el programa fisioterapéutico no tuvo efecto significativo en la mejora de la capacidad funcional de los pacientes con artrosis de rodilla grado II, con respecto a la edad, sexo y ocupación.

Cusihamán y Martell (2017) Con la tesis “Percepción de la calidad de vida en la salud de pacientes con diagnóstico de gonartrosis que reciben tratamiento rehabilitador en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Lima”, teniendo como objetivo determinar la percepción de la calidad de vida (CV) en la salud con pacientes con artrosis de rodilla. El método de estudio en la investigación fue cuantitativa descriptiva, con un diseño experimental prospectivo y de corte transversal y una población de 30 pacientes, que reciben tratamiento rehabilitador en el hospital Nacional Sergio E. Bernales de Lima; utilizando de instrumento el cuestionario SF-36, con dicha información obtenida, realizaron una matriz de datos en el programa SPSS versión 22 para obtener frecuencia y porcentajes. Se tuvo como resultados que el 36,67% de los pacientes tienen baja

percepción de CV, un 30% media y un 33,33% corresponde a una alta CV. En la dimensión física se obtuvo 42 lo cual corresponde a una media de la CV en la salud, en la dimensión mental 42,6 ubicando que hay una baja calidad de vida en la salud. Concluyendo que los pacientes con artrosis de rodilla tuvieron una baja calidad de vida en la salud.

1.2.2 Antecedentes internacionales

Mahmoud et al. (2019) con su investigación titulada “Evaluación del cuestionario sobre la calidad de vida de la cadera de la rodilla de osteoartritis en pacientes egipcios con artrosis primaria de rodilla: relación con los parámetros clínicos y radiográficos” Esta investigación tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con osteoartritis primaria de rodilla que utilizan el cuestionario sobre la calidad de vida de la artrosis de rodilla (OAKHQoL) y por último estudiar qué relación existe entre los parámetros clínicos y radiográficos. En este trabajo se tuvo como población a 100 pacientes con artrosis primaria de rodilla, se utilizó la puntuación Kellgren Lawrence (KL) para evaluar la radiografía de la rodilla y el cuestionario de OAKHQoL. Se obtuvo como resultados de los 100 pacientes estudiados donde 75 fueron mujeres y 25 hombres (F:M 3:1), que la edad media fue de la de 54.6 ± 10.4 años, la duración de la enfermedad de 4.6 ± 2.7 años y el índice de masa corporal (IMC) de 28.6 ± 2.7 ; 17 de los pacientes eran hipertensos y 26 diabéticos, 84 pacientes presentaron enfermedad de KOA bilateral, rigidez articular en el 43%, deformidades de la rodilla en el 18% y puntuación KL grado 3 en el 56%. Se encontró que el componente del dolor tiene la puntuación del cuestionario OAKHQoL menos normalizado (49.8 ± 15.4), mientras que el dominio de salud mental obtuvo la puntuación más alta (60.1 ± 8.2). En conclusión, los pacientes egipcios que padecen artrosis de rodilla primaria tienen una calidad de vida relacionada con la salud relativamente baja, la duración de la enfermedad y la bilateralidad sirvieron para predecir las puntuaciones más bajas de todos los

puntos del cuestionario, la rigidez de rodilla para cuatro subescalas. La hipertensión, la deformidad que encontramos en la rodilla y la clasificación de la puntuación KL fueron buenos para predecir las puntuaciones más bajas de dos subescalas.

Solis y Calvopiña (2018) "Comorbilidades y calidad de vida en Osteoartritis", tienen en este artículo como objetivo establecer la influencia que tienen las comorbilidades en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con osteoartritis del cantón de Riobamba. Se utilizó como método un estudio descriptivo, transversal y observacional con una población de 1263 pacientes con osteoartritis, utilizándose el cuestionario Coop/Wonca para determinar la percepción de CVRS. Se obtuvo como resultados que el promedio de edad fue 71,83 años, con predominio en el sexo femenino y grupos de edades entre 66 y 75 años, donde las articulaciones más afectadas fueron las rodillas, manos, columna vertebral y caderas respectivamente, también se encontró un alto porcentaje de comorbilidades asociadas (72.13 %), donde destacaron la hipertensión arterial, diabetes mellitus, el síndrome metabólico y por último el hipotiroidismo, que presentaron por encima del 10 % del total de pacientes estudiados, llegando a ser el dolor, la forma física y actividades cotidianas las dimensiones más afectadas. Concluyendo que la presencia de comorbilidades empeora la percepción de la CVRS de los pacientes con osteoartritis.

Abbott et al. (2017) "La carga de la calidad de vida de la osteoartritis de rodilla en adultos de Nueva Zelanda: una evaluación basada en modelos". Los autores tuvieron como objetivo calcular las pérdidas de salud relacionadas con la artrosis de rodilla en Nueva Zelanda (NZ) en términos de años de vida ajustados por calidad (AVAC) perdidos. Usando como método el modelo de política de artrosis (OAPol), el cual fue utilizado para estimar los AVAC perdidos debido a la artrosis de rodilla en una población adulta de 40 a 84 años de edad desde el año base que es el

2006 hasta la muerte; con datos recolectados de la encuesta de salud de NZ, la carga de enfermedades de NZ, el censo de NZ y la literatura relevante; los AVAC se derivaron del conjunto de valores NZ EQ-5D 2. Se obtuvo como resultado según las valoraciones del estado de salud de NZ EQ-5D las pérdidas medias debido a la artrosis de rodilla durante el tiempo de vida de las personas estudiadas en NZ son 3,44 AVAC por persona, que corresponde a 467,240 AVAC en la población adulta de NZ, teniendo un promedio por persona de pérdidas de AVAC es mayor para las mujeres de ascendencia no maorí (3.55), que para mujeres de ascendencia maorí (3.38) y fue más elevado en hombres de ascendencia no maorí (3.34), que los maoríes (2.60), la proporción de AVC perdidos con respecto a la esperanza de vida total ajustada por la calidad de vida con personas con artrosis de rodilla con un rango de 20 a 23 por ciento. Se concluye tanto de manera individual como de población, la Artrosis de rodilla es responsable de las pérdidas de AVAC en la vida funcional, donde las pérdidas de AVAC en mayor en mujeres que hombres, debido a la mayor prevalencia y mayor esperanza de vida, más bajas para las personas de ascendencia maorí que los no maoríes debido a que hay una menor esperanza de vida.

Vitaloni et al., (2019) “El manejo global de los pacientes con osteoartritis de rodilla comienza con la evaluación de la calidad de vida: una revisión sistemática”, tuvieron como objetivo brindar un resumen acerca de la información que existe de la calidad de vida en los pacientes con gonartrosis. Como parte del método, realizaron una revisión sistemática que encontraron en MEDLINE, EMBASE, Cochrane y PsycINFO hasta enero del 2017, donde utilizaron como palabras clave calidad de vida y gonartrosis; usando como instrumento SF-36, EQ-5D, KOOS, WHOQOL, HAS, AIMS, NHP y JKOM. Resultados, de 610 artículos, solo 62 cumplieron con los criterios de exclusión; donde todos indicaban una mala calidad de vida en los pacientes con gonartrosis; los hombres informaron una mejor calidad de vida a comparación de

las mujeres. Las puntuaciones de calidad de vida más bajas, se dieron en actividad física; y que los programas por parte del personal de salud mejoran la calidad de vida de estos pacientes. También se encuentra que los bajos recursos económicos, angustia y depresión reducen la calidad de vida. Los autores concluyen que la gonartrosis causa un gran impacto en la calidad de vida, la cual es influenciada por factores como el sexo, peso, la actividad física y salud mental del paciente.

Bernard et al. (2014) “Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla y cadera”, tuvieron como objetivo evaluar la calidad de vida (CV) en pacientes con artrosis de rodilla y cadera mediante una autoevaluación y las evaluaciones realizadas por el médico. El método de estudio utilizado fue observacional y transversal multicéntrico, con una población de 1849 pacientes con artrosis de rodillas y cadera mayores de 50 años y representativos de 49 provincias que fueron evaluados por 628 traumatólogos o reumatólogos; cada evaluador se encargó de tres pacientes y utilizaron los cuestionarios de salud SF-12v2 y WOMAC. Se tiene como resultados que los pacientes tenían $68,5 \pm 9,5$ años de edad, un 61% tenía artrosis de rodilla, el 19% artrosis de cadera y el 19,5% en ambos lugares; según los evaluadores y propios pacientes, los que tenían artrosis en ambos lugares presentaban una peor calidad de vida. La salud física percibida por los investigadores fue mejor que la informada por los pacientes (36.74 ± 8.6 y 35.21 ± 8.53 ; respectivamente, $p < 0.001$), en la puntuación de salud mental los resultados de médicos y pacientes fue similar. En conclusión, los resultados podrían considerarse como valores de referencia de la población española que sean mayores de 50 años con artrosis de rodilla y cadera.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Identificar la Calidad de Vida del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación entre la calidad de vida y la edad del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho – 2020.
- Establecer la relación entre la calidad de vida y el sexo del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho - 2020.
- Identificar la relación entre la calidad de vida y el estado civil del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho – 2020.
- Determinar la relación entre la calidad de vida y el nivel educacional del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho – 2020.
- Determinar la relación entre la calidad de vida y el nivel socioeconómico del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho – 2020.
- Establecer la relación entre la calidad de vida y de la comorbilidad en la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho.
- Identificar la relación entre la calidad de vida y el tiempo de evolución del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho – 2020.

1.4. Justificación

Debido a que según el área de estadísticas del Hospital San Juan de Lurigancho, la gonartrosis es una de las patologías con más incidencia y prevalencia en el servicio de medicina física y rehabilitación, se vio en la necesidad de estudiar a los pacientes con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho, con el motivo de saber cuál era la calidad de vida que llevan estos pacientes.

El estudio se justificó a través de tres aspectos:

TEORICO: Los resultados del estudio permitirán conocer y comprender la relación de la calidad de vida y las características sociodemográficas del paciente con gonartrosis.

PRACTICO: La obtención de los resultados nos permitirá obtener un perfil detallado de la calidad de vida que lleva el paciente con gonartrosis y a su vez intervenir con eficacia y eficiencia en el tratamiento fisioterapéutico, disminuyendo así la prevalencia.

METODOLOGICO: Dado que se buscó describir y relacionar la calidad y las características sociodemográficas del paciente con gonartrosis se justifica realizar un estudio descriptivo correlacional.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Calidad de vida*

El término “calidad de vida” (CV) viene siendo utilizada cada vez con más importancia; ya sea en el lenguaje común, como en distintas disciplinas encargadas de estudiar problemas de salud, económicos, ambientales, sociales, territoriales. Actualmente no se encuentra una adecuada y aceptable definición del término, independientemente de las reflexiones de las teorías que se van estableciendo en áreas académicas, entre ellos una visión subjetiva ya que se refiere directamente a la satisfacción de las necesidades del ser humano (Rojas, 2011).

Se dice que el término de calidad de vida (CV) de manera global fue utilizada por primera vez poco después de la segunda guerra mundial en Estados Unidos, donde los investigadores querían mostrar cual era la percepción de las personas en relación a que si llevaban una buena vida o tenían un buen sustento económico (Campbell, 1981; Meeberg, 1993). Existen diversas definiciones de CV que con el tiempo se fueron modificando por distintos autores; Según Hornquist (1982) define a la CV en términos de satisfacción de necesidades, en la dimensión física, psicológica, social, de actividades, material y estructural. Más adelante Martin y Stocler (1998) siguen refiriendo a la CV como satisfacción, pero también la alegría y a habilidad de afrontar, las cuales se puede medir la diferencia en un tiempo entre la esperanza y las expectativas de una persona con las experiencias actuales que presenta. Teniendo en cuenta a la CV de una manera más general se puede definir como el bienestar de una persona que proviene de una satisfacción o insatisfacción con áreas importantes para este (Ferrans, 1990). Según Haas (1999) la CV es una evaluación multidimensional de las circunstancias individuales de vida que tiene la persona en el contexto cultural y de valores a la cual pertenece. Más adelante se mantiene esta definición como

una evaluación multidimensional, pero que se dan a criterios intrapersonales y socio normativos, del ambiente y el sistema personal del individuo (Lawton, 1999).

2.1.1.1 Características de la calidad de vida. Dentro de las características más comunes de la calidad de vida según Rojas (2011) encontramos:

- **Concepto Subjetivo:** Cada persona va a tener su propio concepto sobre la vida y la calidad de vida que presenta de manera distinta, la felicidad.
- **Concepto Universal:** En las diversas culturas las dimensiones que existen sobre la CV van a ser valores comunes.
- **Concepto Holístico:** El ser humano es un todo. Según el modelo biopsicosocial, la CV incluye todos los aspectos de vida que se encuentran repartidos en tres dimensiones.
- **Concepto Dinámico:** Dentro de cada persona, la CV cambia dejando corto tiempo, esto se debe a que algunas veces somos más felices y otras veces sentimos menos esta felicidad.
- **Interdependencia:** Las dimensiones de la vida se encuentran interrelacionadas, de modo que cuando una persona se encuentra enferma o mal físicamente, repercutirá en los aspectos psicológicos y sociales.

2.1.2 Calidad de vida relacionada con la salud

En el marco más específico de la salud, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se fue haciendo conocida entre los años ochenta del siglo pasado, posiblemente asociado a los cambios de los perfiles epidemiológicos de morbimortalidad que se empezaron a notar de una manera dramática en algunos países desarrollados con el aumento cada vez mayor de la esperanza de vida (Padilla, 2005). Por otro lado, desde hace 30 años aproximadamente el término CVRS ha ido evolucionando de una manera significativa, lo que generó el desarrollo, diseño y la validación en diferentes idiomas, de incontables instrumentos tanto generales como específicos (Badía et al.,

2002). En sus inicios la CVRS solo hacía mención a la función física y el tratamiento de la enfermedad (Padilla, 2005; Taylor, 2007). Desde entonces la CVRS se ha ido expandiendo para incluir más dimensiones, El Medical Outcomes Study relacionaba la salud física con el funcionamiento físico, limitaciones de las funciones debido a la salud física, el dolor corporal y la salud en general. Más adelante, se empieza a medir la salud mental mediante dimensiones: La energía, fatiga, el funcionamiento social y las limitaciones debido a problemas emocionales y bienestar emocional (Oliveros et al., 2005)

2.1.2.1 Dimensiones de la calidad de vida en la salud. Schalock y Verdugo (2007) las dimensiones para tener una buena calidad de vida se dividen en 8:

- Desarrollo Personal: El entrenamiento tanto en actividades funcionales, tecnología asistida y comunicación.
- Autodeterminación: En referencia al control personal que tiene la persona y las decisiones que toma.
- Relaciones interpersonales: En referencia a la relación que tiene con la familia, amistades.
- Inclusión Social: En referencia al desempeño de la persona en su comunidad, actividades, voluntariados.
- Derechos: En referencia si la persona cuenta con su propia privacidad, es respetado y cumple con sus responsabilidades cívicas.
- Bienestar emocional: La satisfacción que tiene la persona con uno mismo, la ausencia de estrés, la seguridad en uno mismo y un feedback positivo.

- Bienestar físico: En referencia a la salud de la persona, si recibe atención médica y cuenta con la movilidad para recibir dicha atención, la nutrición y el desempeño funcional en sus actividades de la vida diaria.
- Bienestar material: En referencia a las posesiones y el bien material que tenga la persona.

Rojas (2011). Las dimensiones de la calidad de vida en la salud se dividen en 3: La dimensión física, que hace referencia a la percepción que tenemos de nuestra salud o estado físico; la dimensión psicológica, en referencia al estado cognitivo y afectivo que tenemos, donde incluimos al miedo, la ansiedad, el bajo autoestima; por último, la dimensión social donde encontramos las relaciones interpersonales, el rol que tenemos en la sociedad y como nos desenvolvemos en ello.

2.1.2.2 Instrumento de la calidad de vida- el cuestionario de salud (sf-36).

El cuestionario SF-36 fue utilizado por primera vez en los años noventa en Estados Unidos, para el estudio de resultados médicos (Ware y Sherbourne, 1992). Esta escala genérica nos proporciona un perfil de la salud el cual se puede aplicar tanto a pacientes como a la misma población. Este cuestionario nos ha resultado muy útil para poder medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de una población en general y subgrupos . (Ware, 2000).

El cuestionario de salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas, las cuales se encargarán de valorar los aspectos negativos y positivos de la salud, estas preguntas se desarrollaron a través de varias baterías de cuestionarios realizados en el Medical Outcomes Study (MOS), el cual tenía 40 conceptos relacionados con la salud, en el cual se trató de escoger los conceptos más importantes, dividiéndolo en 8 escalas que representan a los conceptos más utilizados en la salud. Las 8 escalas de las 36 preguntas son: La función

física, el rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y la salud mental (Ware et al., 1993).

Las buenas propiedades psicométricas, que fueron evaluadas en más de 400 artículos convierten al cuestionario en uno de los instrumentos con mayor potencial para medir la calidad de vida relacionada con la salud (Garratt et al., 2002).

Una de estas razones fue la que impulso a que se desarrollara otra versión en España, la versión reducida del SF-36, que llegó a ser el SF- 12 el cual contiene 12 preguntas, el cual se ha vuelto una forma útil y rápida de evaluar en el medio (Alonso et al., 1995).

Según Ruiz y Pairdo (2005) El cuestionario SF- 36 considera a los siguientes puntos como las escalas de la calidad de Vida:

- Función física:
- Rol físico: Evalúa la repercusión de la salud física en el trabajo, limitación o dificultad para realizar ciertas actividades.
- Dolor Corporal: Se evalúa el dolor percibido, ya sea por la presencia una enfermedad o sintomatología y la interferencia de esta en la vida diaria.
- Salud General: Se evalúa mediante evaluaciones subjetivas globales, en esta dimensión se ve refleja las preferencias, los valores, las necesidades y actitudes en relación con la salud. Se correlaciona con las otras dimensiones.
- Vitalidad: El sentimiento de energía y vitalidad, frente al cansancio y agotamiento.
- Función Social: Evalúa que efecto existe en el estado de salud sobre el desempeño normal de las relaciones sociales, el aislamiento en la sociedad debido a una incapacidad física y alteraciones del desempeño del rol social en el ámbito familiar y laboral.

- Rol emocional: Se evalúa hasta donde puede intervenir los problemas emocionales con la vida diaria.
- Salud mental: Evalúa la salud mental de manera global, donde encontramos la ansiedad, depresión y el control de conductas.

2.1.3 Anatomía de la rodilla

2.1.3.1 Osteología.

Porción Distal del Fémur. En la parte distal encontraremos los cóndilos femorales medial y lateral los cuales se encuentran separados por la escotadura intercondílea la cual da paso a los ligamentos cruzados, a partir de estos cóndilos se proyectarán los epicóndilos, los cuales nos sirven para la inserción de los ligamentos colaterales. Los surcos lateral y medial van a estar marcados levemente en el cartílago de los cóndilos femorales, Los cóndilos femorales se unirán en sentido anterior para así formar el surco troclear, este último viene a ser cóncavo en los lados laterales y convexo en la parte anteroposterior. (Neumann, 2007)

Porción Proximal de la Tibia y el Peroné. El peroné, delgado hueso el cual no soporta mucho peso y no tiene una función directa en la rodilla, se encarga de reforzar la parte lateral de la tibia ayudando a mantenerla alineada; la cabeza del peroné sirve para la inserción del musculo bíceps femoral y el ligamento colateral. La tibia tiene como principal función la transferencia de peso de rodilla a tobillo, en su porción proximal encontramos los cóndilos y la superficie superior de estos van a formar un área ancha y plana que es llamada meseta de la tibia, esta meseta presentara dos superficies articulares lisas que se encargaran de recibir los cóndilos femorales, formando así la articulación tibio femoral, si nos dirigimos a la superficie articular medial notaremos que es más grande y tiene una forma plana ligeramente cóncava, mientras que la lateral es también plana pero ligeramente convexa; estas superficies articulares

se encontraran separadas medialmente por la eminencia intercondílea que se encuentra formada por los tubérculos intercondíleos medial y lateral. Por último, en la tuberosidad de la tibia se insertará el musculo cuádriceps femoral y se encuentra sobre la superficie anterior de la parte proximal de la diáfisis de la tibia. (Neumann, 2007)

Rótula. Tiene una forma triangular invertida, donde su base se encuentra en la parte superior y el vértice se dirige hacia posterior. En su superficie superior encontraremos una cresta rugosa debido a las fibras del musculo cuádriceps que pasan encima, su forma varía según la tracción que realice el musculo y es ligeramente convexa. En la superficie posterior presentará una forma ovalada y lisa, la cual se encuentra cubierta por el cartílago hialino lo cual ayuda para la superficie rotuliana del fémur; encontraremos una cresta en forma vertical, la cual la dividirá en dos carillas lateral y medial, donde la primera es ligeramente más grande que la segunda mencionada. La base de la rótula es rugosa y sirve para la inserción del musculo recto del fémur y vasto intermedio (Palastanga et al., 2007).

2.1.4 Biomecánica de la rodilla

2.1.4.1 Los movimientos de los cóndilos sobre las glenoides en la flexoextension. En la flexoextension los cóndilos rodaran y resbalaran a la vez sobre la glenoides, donde en el cóndilo interno rodará solo hasta los 10 a 15 primeros grados de flexión y el cóndilo externo la rodadura permanecerá hasta los 20 grados de flexión. El centro de la curva condilea o también denominada el centro del movimiento, llega a ser el punto donde el fémur gira en relación a la tibia, excepto cuando estos dos puntos se confunden y existe una rodadura pura. (Kapandji, 1998)

2.1.4.2 Los movimientos de los cóndilos sobre las glenoides en los movimientos de rotación axial. Durante la rotación externa de la tibia sobre el femur el cóndilo externo avanza

hacia anterior en la glenoides externa y en el cóndilo interno pasa lo contrario. Durante la rotación interna, se da todo lo contrario a la rotación externa el cóndilo externo retrocede de la glenoides y el interno avanza. (Kapandji, 1998)

2.1.4.3 Los desplazamientos de los meniscos en la flexoextensión. En la extensión gracias a los alerones menisco rotulianos que se encuentran tensos debido al ascenso de la rótula, los meniscos se dirigen hacia anterior; también debido a la tensión del ligamento meniscofemoral, el cuerno posterior del menisco externo se desplazará hacia anterior. Durante la flexión, el menisco interno se dirige a posterior por la expansión del musculo semimembranoso, y el cuerno anterior que es impulsado por las fibras del cruzado anteroexterno que van en dirección hacia él, mientras que el menisco externo se dirige hacia atrás por la expansión del poplíteo. (Kapandji, 1998)

2.1.4.4 Los desplazamientos de los meniscos en la rotación axial. Durante la rotación externa el menisco se dirige anteriormente a la glenoides externa y el menisco interno se dirige a posterior. Por otro lado en la rotación interna el menisco interno avanzará y el interno retrocederá. (Kapandji, 1998)

2.1.4.5 Los desplazamientos de la rótula sobre el fémur. Lo normal es que la rótula se desplace de arriba hacia abajo y no de manera transversal, ya que se encuentra bien acoplada en su ranura por el músculo cuádriceps, este acoplamiento crece con el aumento de la flexión, la fuerza de coaptación baja en la extensión y en la hiperextensión despega la rótula de la tróclea, en ese momento se desplaza hacia afuera, ya que el tendón cuadricipital con el ligamento rotuliano formaran un ángulo obtuso abierto hacia afuera. La carilla externa de la tróclea es la encargada de impedir que haya una luxación hacia fuera de la rótula. (Kapandji, 1998)

2.1.4.6 Los desplazamientos de la rótula sobre la tibia. Durante la flexo extensión la rótula se desplaza sagitalmente, a partir de la extensión, retrocederá pasando a lo largo de una circunferencia cuyo centro estará en la tuberosidad anterior de la tibia, donde la longitud de su radio es igual al ligamento rotuliano, al mismo tiempo bascula sobre si unos 35 grados. Durante el movimiento de la rotación axial, sus desplazamientos se realizaran en el plano frontal, en una rotación neutra el ligamento rotuliano es oblicuo hacia inferior y exterior. Durante la rotación interna el fémur dará un giro en rotación externa en relación a la tibia, por lo tanto la rótula se desplazara hacia afuera y el ligamento rotuliano oblicuo hacia abajo y adentro. Por último, durante la rotación externa, sucederá todo lo contrario, el fémur traerá la rótula hacia adentro y el ligamento rotuliano queda oblicuo hacia abajo y afuera (Kapandji, 1998).

2.1.5 Artrosis

Dentro de todas las enfermedades reumatológicas, la artrosis es la que presenta mayor prevalencia, también es la representante de una gran morbilidad de los países desarrollados, donde después de las enfermedades cardiovasculares representa la segunda causa de invalidez (Sharma, Kapoor & Issa, 2006).

La artrosis es una de las principales causas del dolor y discapacidad a nivel mundial, es una enfermedad articular degenerativa que implica un proceso de reparación metabólicamente activo el cual se lleva a cabo en los tejidos articulares, implicando la perdida localizada del cartílago y la remodelación del hueso adyacente (Hunter, Ekstein, 2009). Siendo las articulaciones más afectadas, las rodillas, caderas y articulaciones pequeñas de las manos, teniendo como consecuencias el dolor, disminución de las funciones en las actividades de la vida diaria, y la calidad de vida (Bedson y Croft, 2008).

2.1.5.1. Diagnóstico. El diagnóstico consiste en la combinación clínica y radiológica, debido a la alta prevalencia que tiene la artrosis es común diagnosticar basándose solo en la clínica, siendo importante realizar un diagnóstico lo más preciso.

- Radiología simple: Es la prueba que se elige junto con la clínica para realizar un acertado diagnóstico e incluso para seguir con la progresión de la artrosis en el tiempo.
- Laboratorio: No siendo necesario para obtener el diagnóstico, es recomendable realizar un examen completo de laboratorio, ya que puede ser de utilidad para el diagnóstico diferencial con otras enfermedades inflamatorias. Es importante la toma de muestra del líquido sinovial para así descartar la presencia de otras enfermedades.
- En ciertas ocasiones cuando el proceso es incipiente con un fuerte dolor y pocas o nulas alteraciones en las radiografías, lo cual es frecuente en jóvenes, es necesario realizar otros tipos de estudios complementarios como la Tomografía Axial Computarizada (TAC), el cual nos ayudará para realizar un diagnóstico diferencial y hacer un seguimiento de la artrosis; Resonancia Magnética Nuclear (RNM), favorece es estudio óseo y de las partes blandas periarticulares, con mayor énfasis en la columna vertebral y rodilla; por último la artroscopia, una técnica invasiva que nos permitirá ver las afectaciones articulares previas a los cambios radiológicos, usándose más en la articulación de la rodilla (Lopez, 2003).

2.1.5.2 Pronóstico. Como toda enfermedad la artrosis tiene al principio un pronóstico benigno, dependiendo de la localización y el origen de la evolución puede ir cambiando. Este pronóstico dependerá también de los aspectos físicos, psicológicos y hasta laborales que tenga el paciente y cuanto este afecte en la limitación de sus actividades de la vida diaria.

De la evolución de la artrosis se conoce muy poco, en general la artrosis avanza lentamente de un modo no lineal partiendo del deterioro funcional o de los síntomas que se deben al envejecimiento del paciente; como también encontramos mejoría en los síntomas, debido a que el paciente se estabiliza y se adapta a la enfermedad.

Existen algunos factores que no son positivos para el diagnóstico, entre ellos encontramos:

- La obesidad: Se ha demostrado que es uno de los factores que más influye en el pronóstico del paciente con artrosis, ya que pequeñas pérdidas de peso provocan mejorías clínicas y radiológicas.
- Sobrecarga articular: Mediante estudios ergonómicos y sobrecarga articulares se ha podido disminuir la progresión de la artrosis y se ha podido relacionar la actividad laboral con la evolución de la artrosis debido a las fuertes cargas de peso que se realiza.
- Deportes de competición: En los deportes que reciben sobrecargas elevadas, están relacionadas un pronóstico negativo de la artrosis.
- La atrofia muscular: Sobre todo en el cuádriceps femoral, provoca una mayor degeneración en la articulación de la rodilla, lo cual lleva a un pronóstico negativo. (Lopez, 2003)

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo de estudio descriptivo y un corte transversal. Enfoque cuantitativo, tipo de estudio descriptivo correlacional, porque se buscó asociar las variables, diseño no experimental porque no se manipulan las variables y de corte transversal porque las variables estudiadas se tomaron en un tiempo determinado. (Hernandez, 2010).

3.2 Ámbito temporal y espacial

El estudio se realizó en el servicio de Medicina física y Rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho, ubicado en el Distrito de San Juan de Lurigancho, Lima.

En el ámbito temporal el estudio se realizó en el mes de febrero y primera quincena del mes de marzo del año 2020.

3.3 Variables

- **Calidad de Vida:** La percepción que tenemos sobre nuestro lugar de existencia, ya sea en el ámbito cultural y el sistema de valores en los que vivimos, en relación con las expectativas, normas e inquietudes (OMS, 2005).
- **Edad:** El tiempo que ha vivido una persona desde el momento en que nace, expresado en años.
- **Sexo:** Se define como el sexo con el que nace una persona, ya sea masculino o femenino.
- **Estado Civil:** La condición de la persona dentro del registro civil, si esta cuenta o no con pareja.
- **Nivel educacional:** El nivel en el cual la persona se encuentra en el ámbito educativo.
- **Comorbilidad:** Es la Presencia de uno o más diagnósticos, muy aparte del diagnóstico primario.
- **Tiempo de evolución:** El tiempo transcurrido desde el momento de un diagnóstico dado.

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

Todos los pacientes con gonartrosis que acudieron al servicio de medicina física y rehabilitación durante el mes de febrero y primera quincena marzo del año 2020.

- **Criterios de Inclusión**
 - ✓ Pacientes con diagnóstico médico de gonartrosis.
 - ✓ Pacientes mayores a 35 años.
 - ✓ Pacientes que completaron correctamente el cuestionario.
- **Criterios de Exclusión.**
 - ✓ Pacientes con deterioro cognitivo.
 - ✓ Pacientes con problemas psiquiátricos.
 - ✓ Pacientes que no autorizaron su participación en la investigación.
 - ✓ Pacientes operados en miembros inferiores.

3.4.2 Muestra

El muestreo fue no probabilístico y de consensual, para todos los pacientes que acudieron al servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho en estas fechas.

$$\eta = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

- n: El tamaño de la muestra calculada.
- N: Tamaño de pacientes que acudieron al servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho en el cuarto trimestres del 2019 (212).

- Z = Es la desviación estándar del valor medio que colocamos para lograr el nivel de confianza requerido. Por lo tanto, si el nivel de confianza deseado es 95% el valor de $Z=1,96$.
- e = El margen de error que de porcentaje lo expresamos en decimales 3% (0.03)
- p = La proporción esperada de la muestra 50% = 0,05.

Reemplazando los datos antes vistos, determinamos que el tamaño de la muestra calculada para nuestra investigación fue de 104 pacientes.

$$N = \frac{212 * 1,96^2 * 0,05 * (1 - 0,05)}{(212 - 1) * 0,03^2 + 1,96^2 * 0,05 * (1 - 0,05)} = 10$$

3.5 Instrumento

El instrumento utilizado para esta investigación fue el cuestionario Sf-36, donde el promedio realizado de las calificaciones de equivalencia en la versión traducida fueron altas. El alfa de cronbach fue mayor a 0.7 de todas las dimensiones; donde el rango normal es de 0.71 a 0.94, a excepción de la escala de funcionamiento social (alfa 0,45) (Alonso et al., 1995).

El cuestionario de salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas, las cuales se encargaron de valorar los aspectos negativos y positivos de la salud; estas preguntas se desarrollaron a través de varias baterías de cuestionarios realizados en el Medical Outcomes Study (MOS), el cual tenía 40 conceptos relacionados con la salud, en el cual se trató de escoger los conceptos más importantes, dividiéndolo en 8 escalas que representan a los conceptos más utilizados en la salud. Las 8 escalas de las 36 preguntas son: La función física, el rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y la salud mental (Ware et al., 1993).

Las buenas propiedades psicométricas, que fueron evaluadas en más de 400 artículos convierten cuestionario en uno de los instrumentos con mayor potencial para medir la calidad de vida relacionada con la salud (Garratt et al., 2002).

3.5.1 Escala de transformación

Para poder hallar la puntuación de cada dimensión del cuestionario SF- 36, realizamos una suma final de todas las respuestas a las preguntas que correspondan a dichas dimensiones (a), a este resultado le restaremos la puntuación cruda mínima (Pmin); posterior a ello, dividimos entre la puntuación cruda máxima (Pmax); por último, multiplicaremos por cien.

Según el resultado obtenido podemos tener una idea si el paciente tiene una buena o mala calidad de vida en dichas dimensiones, teniendo en cuenta que “0” es la peor calidad de vida y “100” un óptima calidad de vida.

$$\text{Escala de transformación} = \left(\frac{a - P_{min}}{P_{max}} \right) \times 100$$

3.6 Procedimientos

Se solicitó el permiso al del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho; con la aprobación se hizo la visita correspondiente para realizar la encuesta a los pacientes con artrosis de rodilla.

Para el procesamiento de datos seguimos los siguientes pasos:

Paso 1: Informamos a los pacientes sobre nuestro estudio y les brindamos el consentimiento informado (Anexo 3), para lo cual el paciente nos otorgó su permiso para iniciar el estudio.

Paso 2: Para comenzar se tomó una encuesta para recolectar los datos (Anexo 4), como edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, nivel educacional, comorbilidades y el tiempo de evolución de la enfermedad; donde también agregaremos en la parte final la firma del paciente como consentimiento.

Paso 3: Posterior a ello tomamos la encuesta SF-36 (Anexo 5), que consta de 36 preguntas, donde el tiempo de llenado tomó un máximo de 15 minutos por paciente.

Paso 4: La información obtenida se pasó a una base de datos, elaborada en el programa Microsoft Excel 2010.

Paso 5: Se realizó los gráficos y tablas, describiendo los resultados, para posterior a ello llegar a las conclusiones.

3.7 Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa STATA versión 23, asimismo en la realización del análisis descriptivo se trabajó con la frecuencia y porcentajes de las variables cualitativas como el sexo, estado civil, nivel educacional, comorbilidad y tiempo de evolución; para las variables cuantitativas como las escalas de la calidad de vida y la edad, se usó las medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Por otro lado, el análisis inferencial se utilizó la prueba Kolgomorov Smirnov, determinó que las variables numéricas tenían una distribución no normal, por lo que se usó las pruebas no paramétricas; finalmente se utilizó la prueba denominada correlacional de Spearman.

3.8 Consideraciones éticas

Se consideró de suma importancia en la investigación que todos los participantes proporcionen su consentimiento voluntario e informado antes de dar comienzo al estudio. Además, se aseguró la confidencialidad de los datos de los participantes utilizando códigos para el uso exclusivo de la investigación.

Desde la primera visita los pacientes fueron informados en forma verbal y a través de un documento informativo sobre la metodología que se utilizaría en el estudio. Cada participante firmó el consentimiento informado y las valoraciones de las mediciones se realizaron teniendo en cuenta todas las recomendaciones para la estandarización de las mismas.

IV. RESULTADOS

A continuación presentaremos los resultados; los cuales lo dividimos en análisis descriptivo, que trabaja las variables cualitativas con frecuencia y porcentajes, por último usa las medidas de tendencia central y medidas de dispersión para las variables cuantitativas; análisis inferencial, donde utilizaremos la prueba de Kolgomorov Smirnov y la prueba Correlacional de Spearman.

4.1 Resultados del análisis descriptivo

Tabla 1.

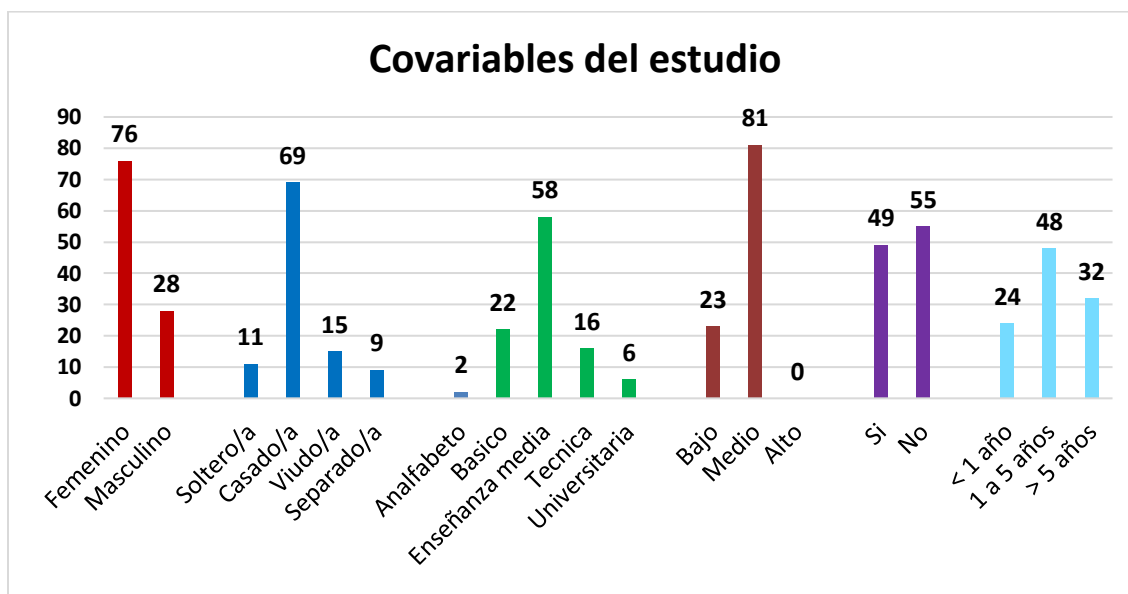
Características del paciente con gonartrosis del Servicio de Medicina física y Rehabilitación del H.S.J.L. 2020

VARIABLES	n	%
Edad*	61.33 ± 11.91	
Sexo		
Femenino	76	73.08
Masculino	28	26.92
Estado civil		
Soltero/a	11	10.58
Casado/a	69	66.35
Viudo/a	15	14.42
Separado/a	9	8.65
Nivel educacional		
Analfabeto	2	1.92
Básica	22	21.15
Enseñanza media	58	55.77
Técnica	16	15.38
Universitaria	6	5.77
Nivel socio-económico		
Bajo	23	22.12
Medio	81	77.88
Alto	0	0.00
Comorbilidad		
Si	49	47.12
No	55	52.88
Tiempo de evolución		
< 1 año	24	23.08
1 a 5 años	48	46.15
> 5 años	32	30.77

*Media ± Desviación estándar

Figura 1.

Figura de barras de las características del paciente con gonartrosis



En la tabla 1, figura 1, se observan las características de la población con gonartrosis del Servicio de Medicina Física del Hospital San Juan de Lurigancho, la media de la edad fue de 61.33 años, el 73.08% son del sexo femenino, el 55.77% recibieron enseñanza media, el 52.88% no presentaba comorbilidad de otras enfermedades. En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad el 46.15% refiere tenerlo entre 1 a 5 años.

Tabla 2.

Descripción de la Evolución declarada de la salud del paciente con gonartrosis en la Calidad de vida – SF36

Salud actual comparada con la de hace un año	n	%
Mucho peor ahora que hace un año	27	25.96
Algo peor ahora que hace un año	64	61.54
Más o menos igual que hace un año	12	11.54
Algo mejor ahora que hace un año	1	0.96
Mucho mejor ahora que hace un año	0	0.00
TOTAL	104	100.00

Figura 2.

Figura de barras de la evolución declarada de la salud del paciente con gonartrosis.

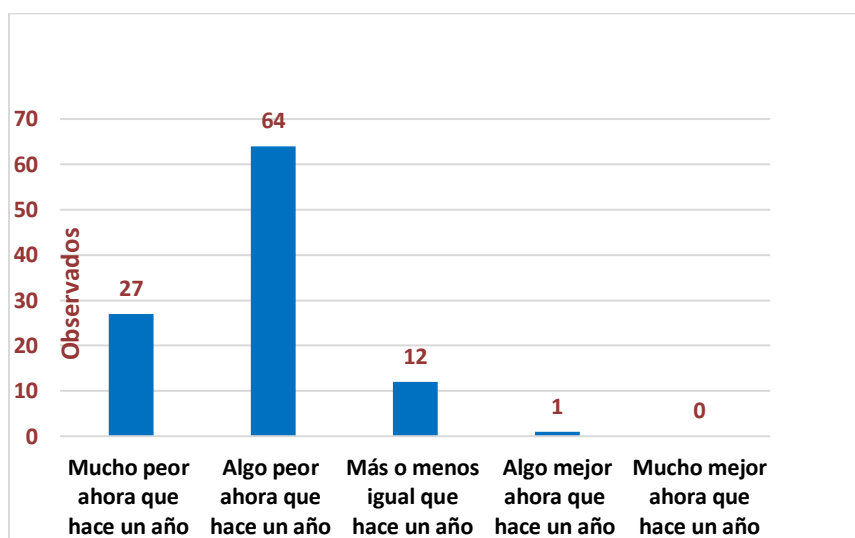


Tabla 3.

Características descriptivas de la calidad de vida del paciente con gonartrosis.

CALIDAD DE VIDA	X	DE	Mediana	Min.	Max.	p25 - p75	Rango observado
FUNCION FISICA	34.95	13.92	35	5	80	25 - 45	0 - 100
ROL FISICO	14.18	19.32	0	0	75	0 - 25	0 - 100
ROL EMOCIONAL	37.81	36.58	33.33	0	99.99	0 - 66.66	0 - 100
FUNCION SOCIAL	53.72	12.66	50	25	87.5	50 - 62.5	0 - 100
DOLOR CORPORAL	35.86	10.66	40	0	60	30 - 40	0 - 100
VITALIDAD	47.06	7.68	45	30	75	40 - 55	0 - 100
SALUD MENTAL	55.50	6.75	56	20	72	52 - 60	0 - 100
SALUD GENERAL	26.58	7.70	25	10	45	20 - 32.5	0 - 100

En la tabla 2, figura 2, describe las proporciones de la evolución declarada de la salud comparada con la salud hace un año, el 61.54% refirió estar algo peor ahora que hace un año, mientras que el 0.96 % refirió estar algo mejor ahora que hace un año.

X=media, DE=desviación estándar, Min= valor mínimo, Max= valor máximo, p25= primer cuartil, p75= tercer cuartil

En la tabla 3, describe las medidas de tendencia central y medidas de dispersión de las ocho escalas de la calidad de vida; los puntajes de cada escala se encuentran en un rango observado de 0 a 100 puntos. Los resultados mostraron que la media de puntaje más elevado fue de 55.5 puntos en la escala salud mental; además en las escalas rol físico, rol emocional y dolor corporal refirieron tener un puntaje mínimo de 0 puntos, que significa una mala calidad de vida.

Figura 3

Histograma de la función física

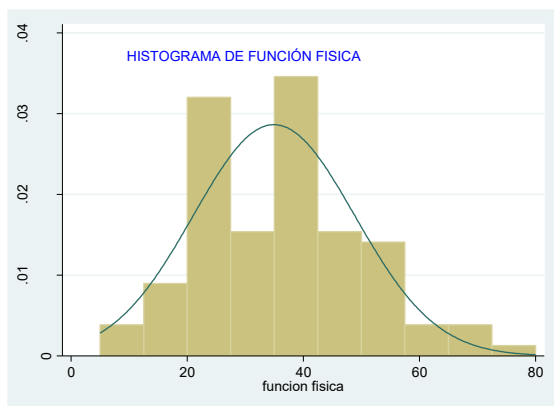


Figura 4

Diagrama de cajas de la función física

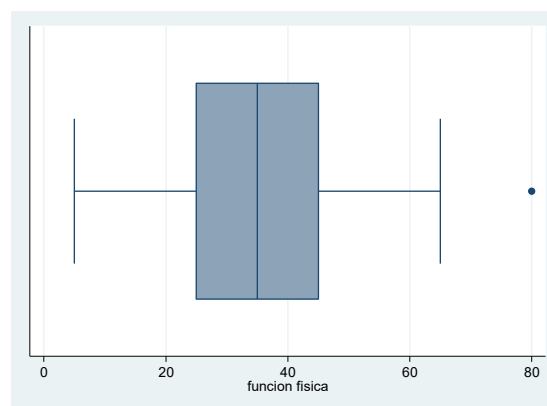


Figura 5

Histograma del rol físico

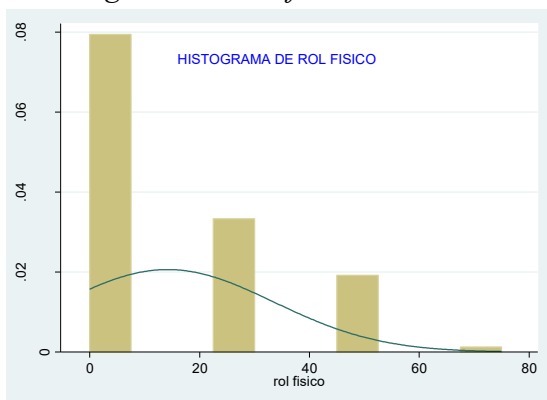


Figura 6

Diagrama de cajas del rol físico

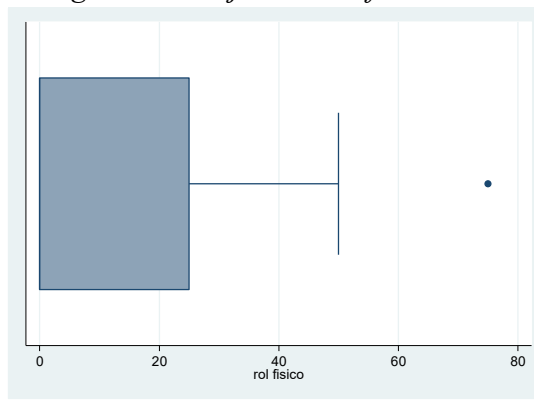


Figura 7

Histograma del rol emocional

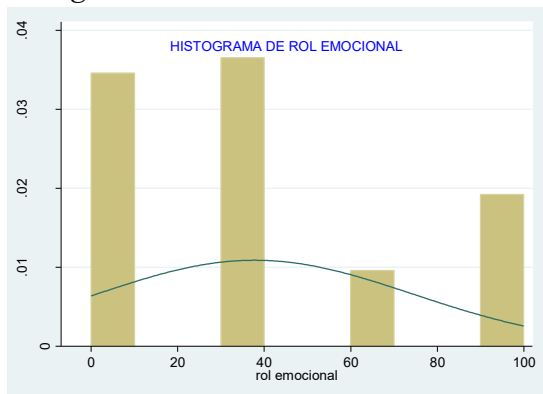


Figura 8

Diagrama de cajas del rol emocional

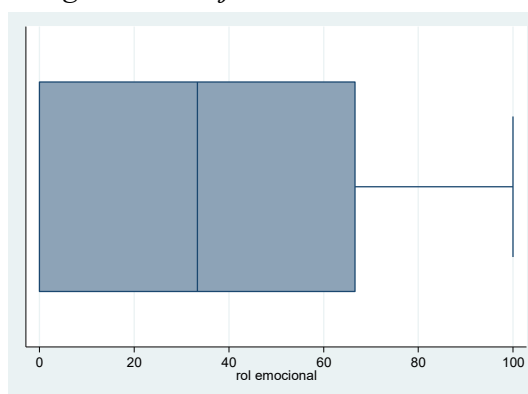


Figura 9

Histograma de la función social

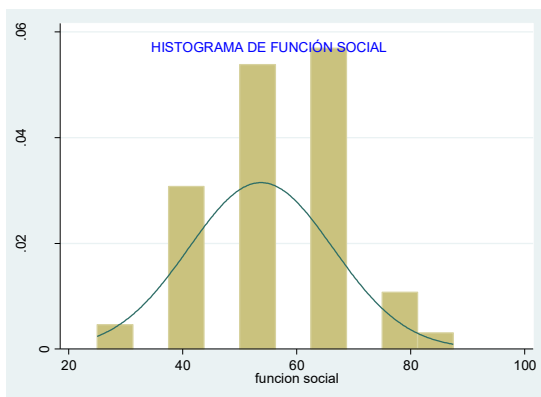


Figura 10

Diagrama de cajas de la función social

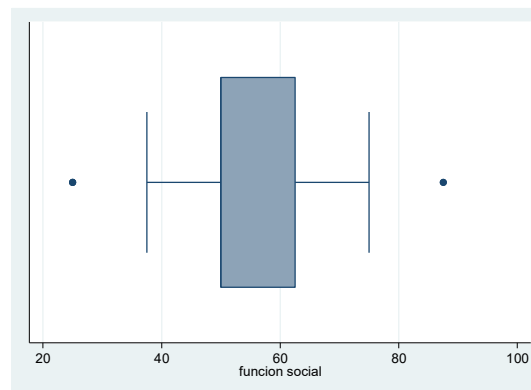


Figura 11

Histograma del dolor corporal

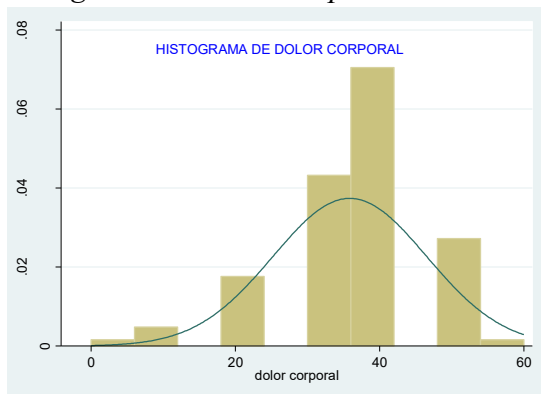


Figura 12

Diagrama de cajas del dolor corporal

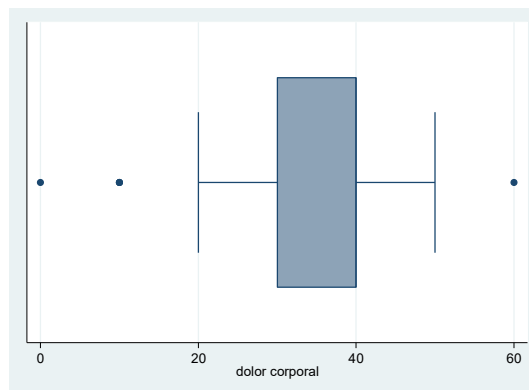


Figura 13

Histograma de la vitalidad

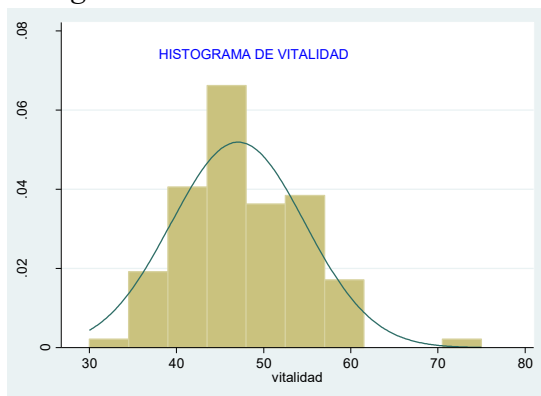


Figura 14

Diagrama de cajas de la vitalidad

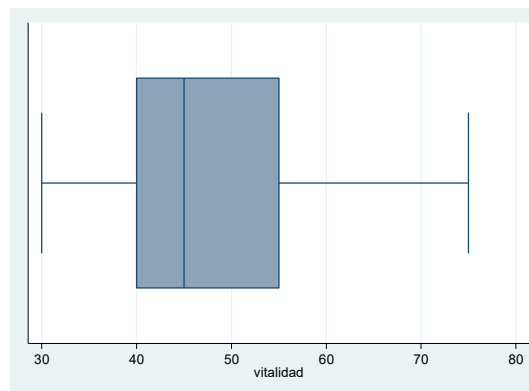
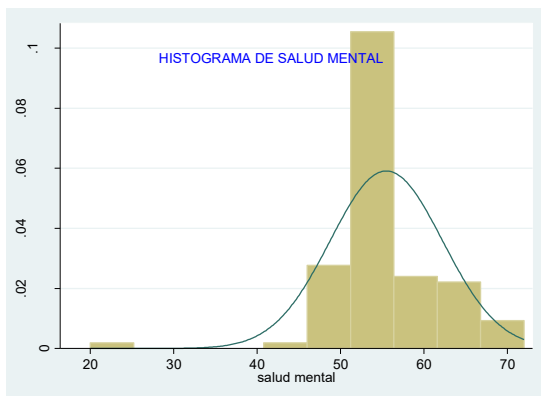
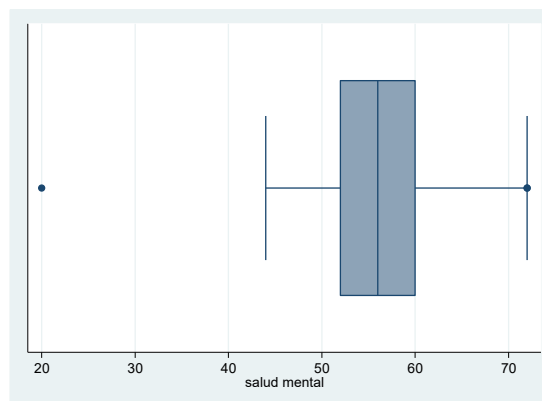
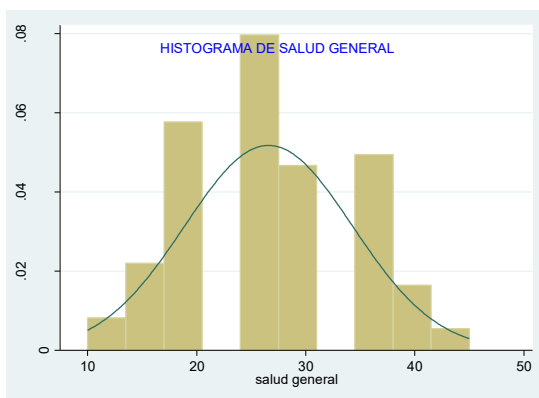
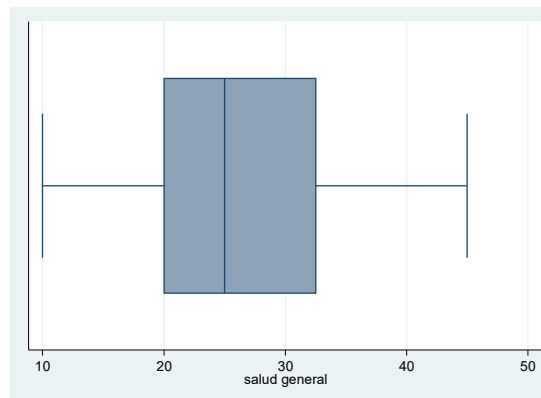


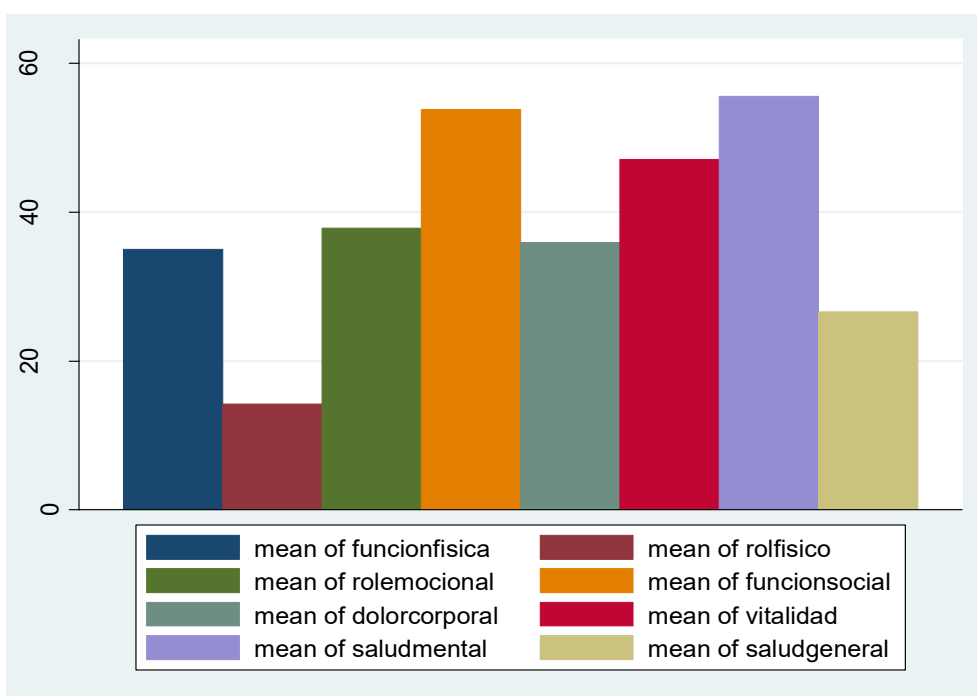
Figura 15*Histograma de salud mental***Figura 16***Diagrama de cajas de salud mental***Figura 17***Histograma de salud general***Figura 18***Diagrama de cajas de salud general*

En las figuras 3,5,7,9,11,13,15 y 17 se aprecia los histogramas de cada dimensión de la calidad de vida respectivamente, que permite observar la distribución de normalidad de los datos numéricos, encontrando una forma de campana de Gauss asimétrica en las 8 figuras, que indica que todas las dimensiones de esta variable presentan una distribución anormal de sus datos numéricos. En las figuras 4,6,8,10,12,14,16 y 18 se aprecia los diagramas de caja de cada dimensión de la variable

calidad de vida respectivamente, se observan las medianas y cuartiles de las dimensiones, encontrando el grado de asimetría de los valores extremos de todas las dimensiones.

Figura 19

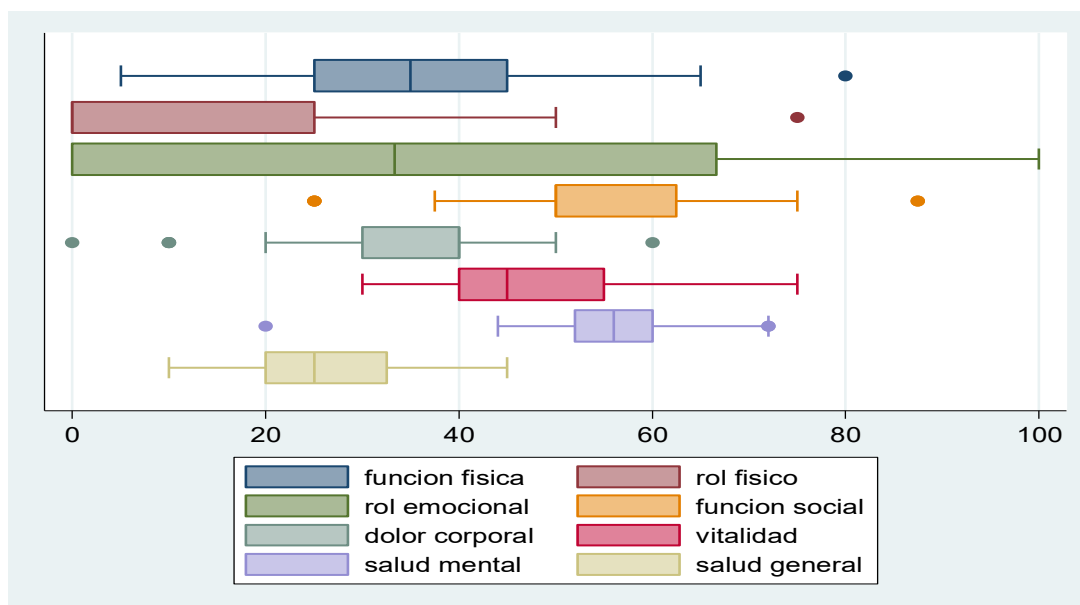
Figura de barras de las dimensiones de la calidad de vida



En la figura 19, se encuentra la gráfica de barras de todas las dimensiones de la calidad de vida en conjunto, se puede observar que el promedio del puntaje más alto, se obtuvo en la dimensión salud mental, mientras en puntaje más bajo del cuestionario se obtuvo en la dimensión Rol físico.

Figura 20

Figura de barras de las dimensiones de la calidad de vida



Finalmente, en la figura 20, se observa el resumen completo de todos los diagramas de cajas de las dimensiones de la calidad de vida, además se aprecia que la mediana más elevada se encuentra en la escala salud mental con 56 puntos.

4.2 Resultados del análisis inferencial

Tabla 4

Relación entre la calidad de vida y la edad

CALIDAD DE VIDA	Edad*	
	rho	P-valor
FUNCION FISICA*	-0.5134	< 0.001
ROL FISICO*	-0.3356	0.0005
ROL EMOCIONAL	0.0214	0.8289
FUNCION SOCIAL	0.011	0.9116
DOLOR CORPORAL*	-0.3775	0.0001
VITALIDAD	-0.0455	0.6467
SALUD MENTAL	0.0187	0.8509
SALUD GENERAL	-0.1305	0.1865

* *Correlacional del Spearman*

Edad presenta una distribución anormal (P-valor < 0,001)

Figura 21

Diagrama de dispersión FF y edad

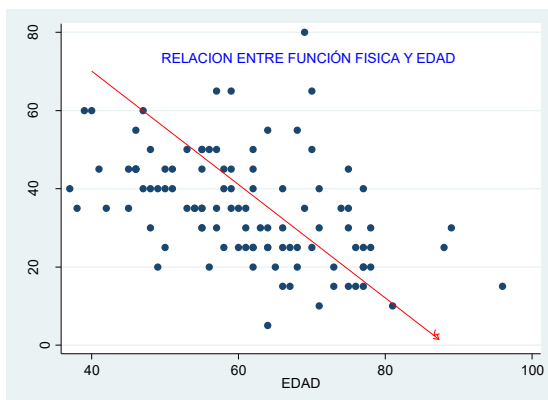


Figura 22

Diagrama de dispersión RF y edad

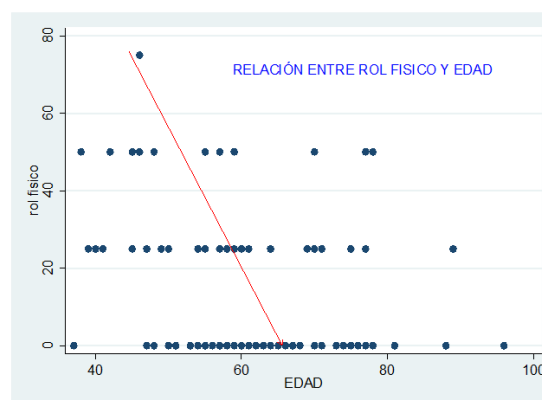


Figura 23

Diagrama de dispersión RE y edad

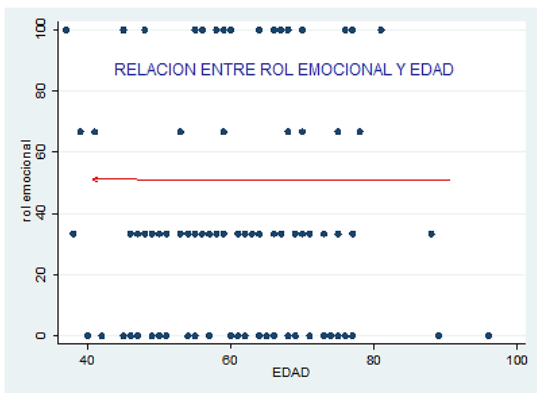


Figura 24

Diagrama de dispersión FS y edad

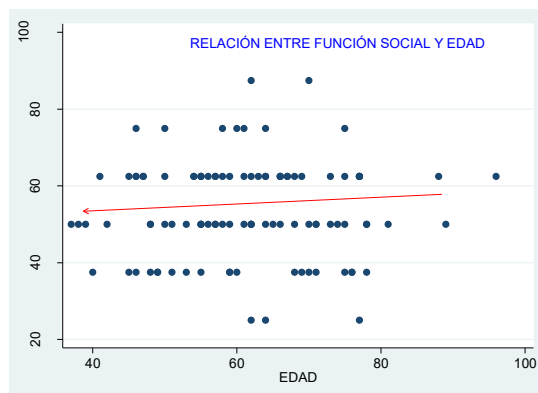


Figura 25

Diagrama de dispersión DC y edad

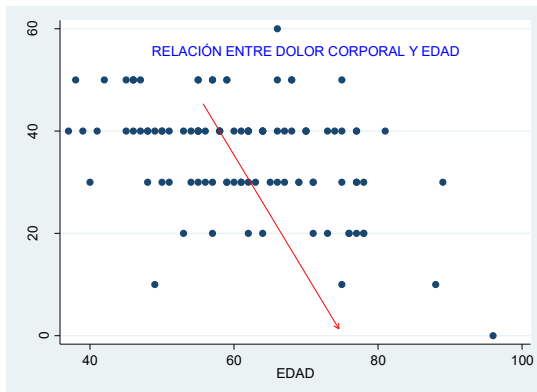


Figura 26

Diagrama de dispersión VI y edad

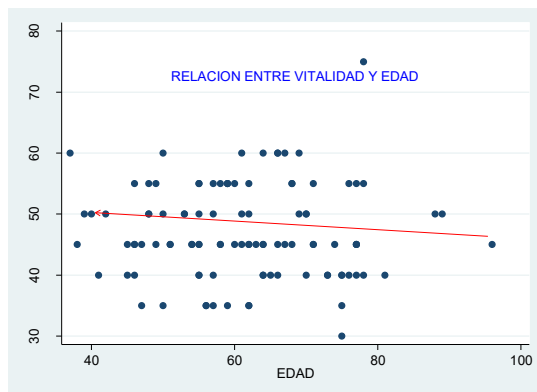


Figura 27

Diagrama de dispersión SM y edad

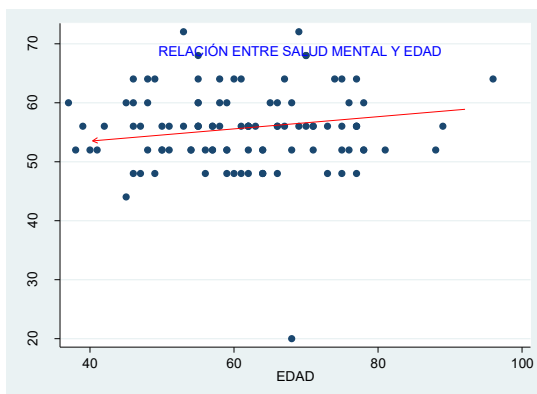
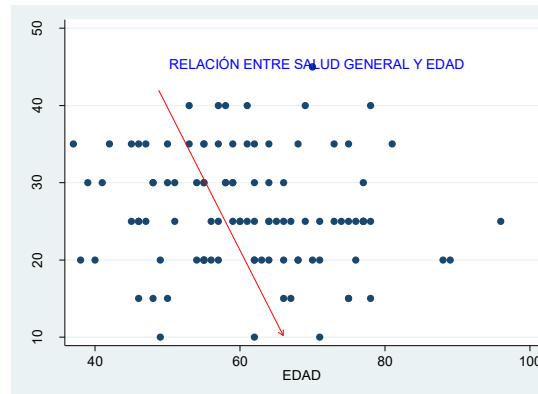


Figura 28

Diagrama de dispersión SG y edad



En la tabla 4, se observa que las escalas función física (p -valor < 0.001), rol físico (p -valor=0.0005), dolor corporal (p -valor=0.0001) existe significancia estadística en relación a la edad de los pacientes con gonartrosis. Además, se puede apreciar que entre la función física y la edad existe un coeficiente de correlación moderado ($\rho = -0.5134$). En las figuras 21, 22, 25, 28 se aprecia los diagramas de dispersión con dirección negativa para la función física, rol físico, dolor corporal, salud general en relación a la edad.

Tabla 5

Relación entre la calidad de vida y el sexo

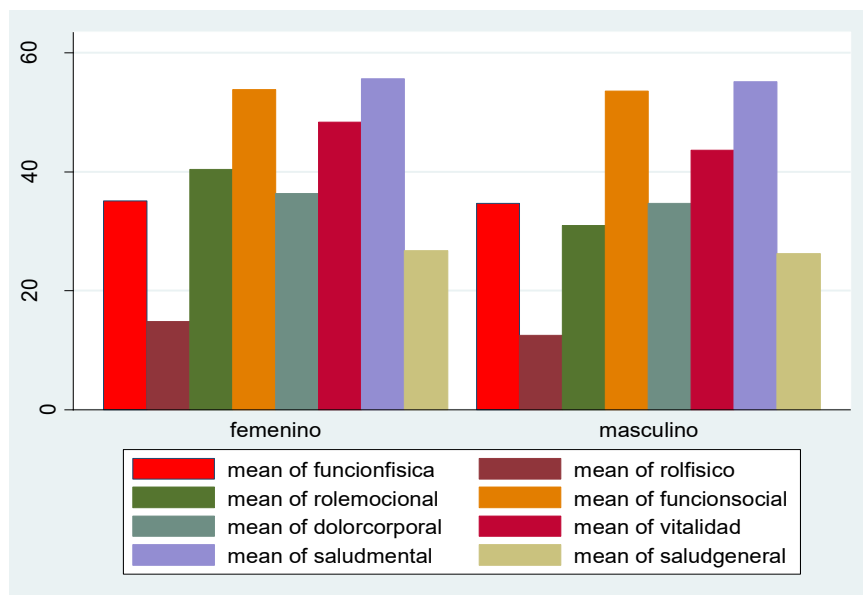
CALIDAD DE VIDA	SEXO		P-valor
	masculino	femenino	
FUNCION FISICA	34.64 ± 10.88	35.06 ± 14.95	0.9588
ROL FISICO	12.50 ± 17.34	14.80 ± 20.07	0.7226
ROL EMOCIONAL	30.94 ± 40.49	40.34 ± 34.98	0.1002
FUNCION SOCIAL	53.57 ± 11.20	53.78 ± 13.23	0.8839
DOLOR CORPORAL	34.64 ± 10.88	34.64 ± 10.88	0.3873
VITALIDAD*	34.64 ± 9.22	36.31 ± 11.17	0.0062
SALUD MENTAL	55.14 ± 5.26	55.63 ± 7.24	0.6629
SALUD GENERAL	26.25 ± 7.77	26.71 ± 7.72	0.9999

**Prueba U de Mann Whitney*

En la tabla 5, se observa que la escala vitalidad (p -valor=0.0062) existe significancia estadística en relación al sexo de los pacientes con gonartrosis. Además el puntaje obtenido más elevado se encuentra en la escala salud mental con una media de 55.63 puntos del sexo femenino y de 55.14 puntos para el sexo masculino, mientras los puntajes obtenidos más bajos se encuentran en la escala rol físico con una media de 14.80 puntos del sexo femenino y de 12.50 puntos para el sexo masculino.

Figura 29

Figura de barras entre la calidad de vida y el sexo



En la figura 29, se observan las gráficas de barras de las dimensiones de la calidad de vida y su relación con el sexo; se observó que en ambos sexos el puntaje mas elevado se encuentra en la dimensión salud mental y el puntaje más bajo fue también en el Rol físico.

Tabla 6

Relación entre la calidad de vida y el estado civil

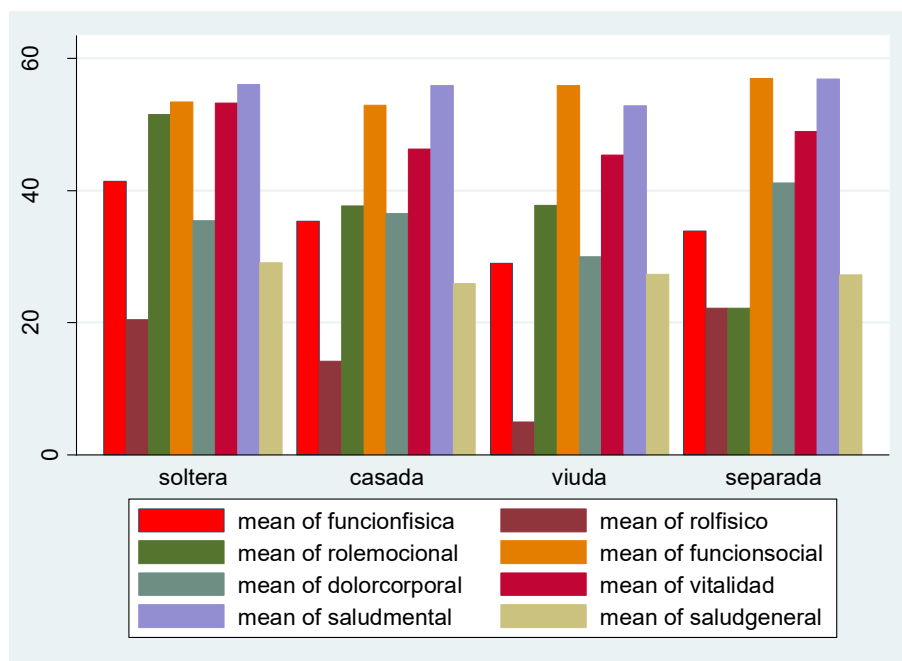
CALIDAD DE VIDA	ESTADO CIVIL				P-valor
	Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	Separado/a	
FUNCION FISICA	41.36±16.89	35.36±13.51	29.00±12.27	33.88±14.09	0.1894
ROL FISICO	20.45±21.84	14.13±18.43	5.00±10.35	22.22± 29.16	0.1812
ROL EMOCIONAL	51.51±31.13	37.67±37.00	37.77±43.39	22.22±23.56	0.2918
FUNCION SOCIAL	53.57±11.20	53.78±13.23	53.78±13.23	53.78± 13.23	0.7606
DOLOR CORPORAL	53.40±13.79	52.89±11.57	55.83±16.27	56.94±14.12	0.1078
VITALIDAD*	53.18±9.02	46.23±7.24	45.23±7.66	48.88±6.50	0.0619
SALUD MENTAL	56.00±5.05	55.82±6.03	52.80±10.49	56.88±5.92	0.7492
SALUD GENERAL	29.09±8.60	25.94±7.91	27.33±6.51	27.22±7.12	0.6125

* Prueba de Kruskal Wallis

En la tabla 6, no se observa que exista significancia estadística entre las escalas de la calidad de vida y el estado civil de los pacientes con gonartrosis. Además el puntaje obtenido más elevado se encuentra en la escala salud mental con una media de 56.00 puntos de la categoría soltero/a, una media de 55.82 puntos de la categoría casado/a, una media de 52.80 puntos de la categoría viudo/a y de 56.88 puntos para la categoría separado/a según el estado civil: mientras los puntajes obtenidos más bajos se encuentran en la escala rol físico con una media de 20.45 puntos de la categoría soltero/a, una media de 14.13 puntos de la categoría casado/a, una media de 5.00 puntos de la categoría viudo/a y de 22.22 puntos para la categoría separado/a.

Figura 30

Figura de barras entre la calidad de vida y estado civil



En la figura 30, se observan las figuras de barras de las dimensiones de la calidad de vida y su relación con el estado civil; se observó que en los solteros, casados y separados el puntaje más

elevado se encuentra en la dimensión salud mental, mientras que en el estado civil viudo el puntaje más elevado se encuentra en la dimensión función social.

Tabla 7

Relación entre la calidad de vida y el nivel educacional

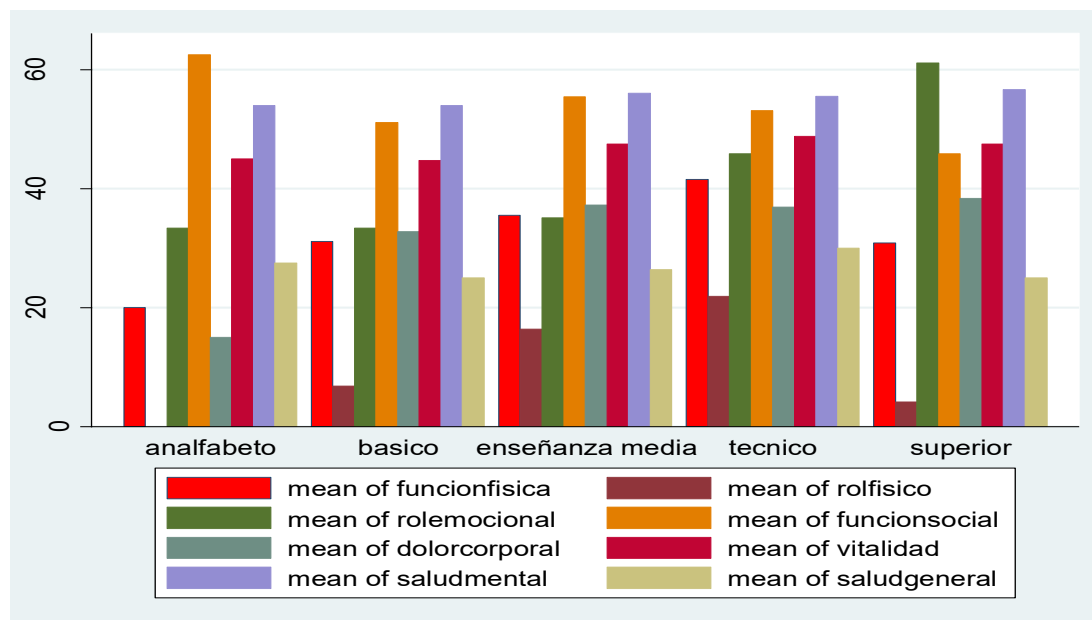
CALIDAD DE VIDA	NIVEL EDUCACIONAL					P-valor
	Analfabeto	Básico	Enseñanza medio	Técnica	Universitaria	
FUNCION FISICA	20.00±7.07	31.13±15.88	35.51±13.78	41.56±11.06	30.83±8.61	0.0492
ROL FISICO	0.00±0.00	6.80±13.76	16.37± 20.70	21.87±20.15	4.16±10.20	0.0447
ROL EMOCIONAL	33.33±0.00	33.33±38.48	35.05±32.69	45.82±43.66	61.10±49.06	0.648
FUNCION SOCIAL	62.5±0.00	51.13±12.74	55.38±13.06	53.12±12.50	45.83±6.45	0.1873
DOLOR CORPORAL	15.00±7.07	32.72±13.15	37.24±9.87	36.87±7.93	38.33±7.52	0.1399
VITALIDAD	45.00±7.07	44.77±7.31	47.50±7.44	48.75±8.66	47.50±9.35	0.4717
SALUD MENTAL	54.00±2.82	54.00±9.13	56.00±6.08	55.50±6.17	56.66±5.88	0.9348
SALUD GENERAL	27.50±10.60	25.00±7.23	26.37±7.65	30.00±7.95	25.00±8.36	0.2042

* Prueba de Kruskal Wallis

En la tabla 7, no se observa exista significancia estadística entre las dimensiones de la calidad de vida y el nivel educacional de los pacientes con gonartrosis. No existe un puntaje más elevado en una sola escala pues los puntajes se encuentran repartidos en varias dimensiones.

Figura 31

Figura de barras entre la calidad de vida y nivel educacional



En la figura 31, en la categoría analfabeta el puntaje con una media más elevada está en la dimensión salud mental con 54.00 puntos; mientras el menor puntaje de esta escala se encuentra en el rol físico con una media de 0 puntos. En la categoría básico el puntaje con una media más elevada está en la escala salud mental con 54.00 puntos, mientras el menor puntaje de esta escala se encuentra en el rol físico con una media de 6.80 puntos. En la categoría enseñanza medio el puntaje con una media más elevada está en la escala salud mental con 56.00 puntos, mientras el menor puntaje de esta escala se encuentra en el rol físico con una media de 16.37 puntos. En la categoría técnica el puntaje con una media más elevada está en la escala salud mental con 55.50 puntos, mientras el menor puntaje de esta escala se encuentra en el rol físico con una media de 21.87 puntos. En la categoría universitaria el puntaje con una media más elevada está en la escala rol emocional con 61.10 puntos, mientras el menor puntaje de esta escala se encuentra en el rol físico con una media de 4.16 puntos.

Tabla 8

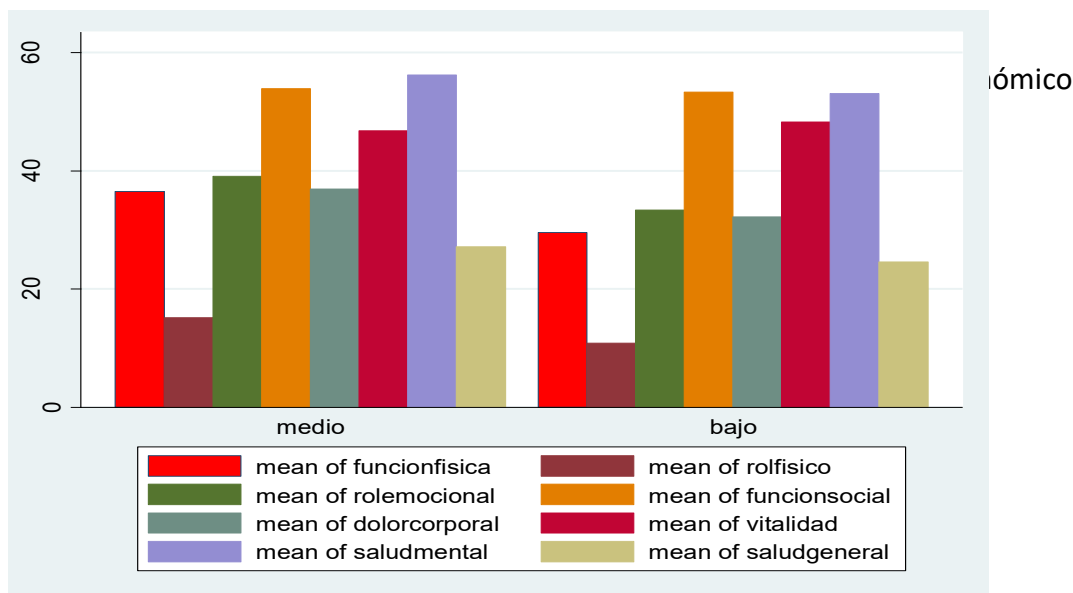
Relación entre la calidad de vida y el nivel socioeconómico

CALIDAD DE VIDA	NIVEL SOCIOECONÓMICO		P-valor
	Bajo	Medio	
FUNCION FISICA*	29.56 ± 12.42	36.48 ± 14.01	0.0374
ROL FISICO	10.86 ± 18.19	15.12 ± 19.63	0.3109
ROL EMOCIONAL	33.33 ± 36.23	39.09 ± 36.81	0.4884
FUNCION SOCIAL	53.26 ± 16.52	53.85 ± 11.46	0.9837
DOLOR CORPORAL	32.17 ± 12.77	36.91 ± 9.82	0.1442
VITALIDAD	48.26 ± 9.48	46.72 ± 7.12	0.5643
SALUD MENTAL	53.04 ± 8.54	56.19 ± 6.02	0.2853
SALUD GENERAL	24.56 ± 6.38	27.16 ± 7.98	0.2009

* Prueba de Kruskal Wallis

Figura 32

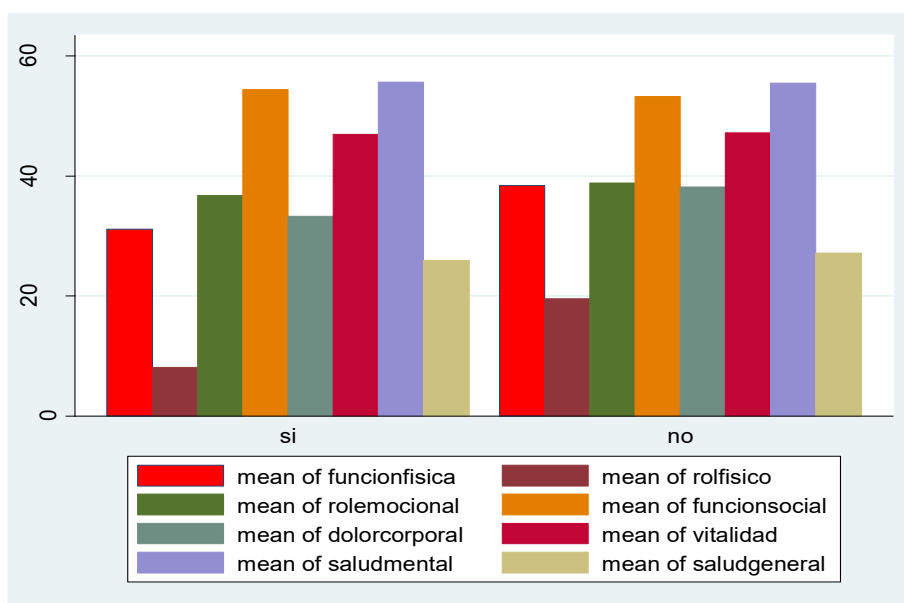
Figura de barras entre la calidad de vida y nivel socioeconómico



En la tabla 8 y figura 32, se observa que la escala función física ($p\text{-valor}=0.0374$) existe significancia estadística en relación al nivel socioeconómico de los pacientes con gonartrosis. Los puntajes más elevados y bajos de cada categoría varían según la dimensión. En la categoría nivel socioeconómico bajo el puntaje con una media más elevada está en la escala rol social con 53.26 puntos, mientras el menor puntaje de esta escala se encuentra en el rol físico con una media de 10.86 puntos. En la categoría nivel socioeconómico medio el puntaje con una media más elevada está en la escala salud mental con 56.19 puntos, mientras el menor puntaje de esta escala se encuentra en el rol físico con una media de 15.12 puntos.

Tabla 9*Relación entre la calidad de vida y la comorbilidad*

CALIDAD DE VIDA	COMORBILIDAD		P-valor
	Si	No	
FUNCION FISICA*	31.12 ± 13.70	38.36 ± 13.33	0.0094
ROL FISICO*	8.16 ± 14.77	19.54 ± 21.34	0.0033
ROL EMOCIONAL	36.73 ± 34.18	38.78 ± 38.89	0.9781
FUNCION SOCIAL	54.33 ± 13.87	53.18 ± 11.59	0.6921
DOLOR CORPORAL*	33.26 ± 12.64	38.18 ± 7.95	0.0367
VITALIDAD	46.93 ± 8.34	47.18 ± 7.12	0.7043
SALUD MENTAL	55.59 ± 5.78	55.41 ± 7.55	0.6666
SALUD GENERAL	25.91 ± 7.81	27.18 ± 7.62	0.3876

Prueba U de Mann Whitney*Figura 32***Figura de barras entre la calidad de vida y comorbilidad*

En la tabla 9 y figura 33, se observa que las escalas función física (p -valor=0.0094), rol físico (p -valor=0.0033), dolor corporal (p -valor=0.0367) existe significancia estadística en relación a la comorbilidad de los pacientes con gonartrosis. Los puntajes más elevados y bajos de cada categoría varían según la escala. En la categoría si presenta comorbilidad el puntaje con una media más elevada está en la escala salud mental con 55.59 puntos, mientras el menor puntaje de esta escala se encuentra en el rol físico con una media de 8.16 puntos. En la categoría no presenta comorbilidad el puntaje con una media más elevada está en la escala salud mental con 55.41 puntos, mientras el menor puntaje de esta escala se encuentra en el rol físico con una media de 19.54 puntos.

Tabla 10

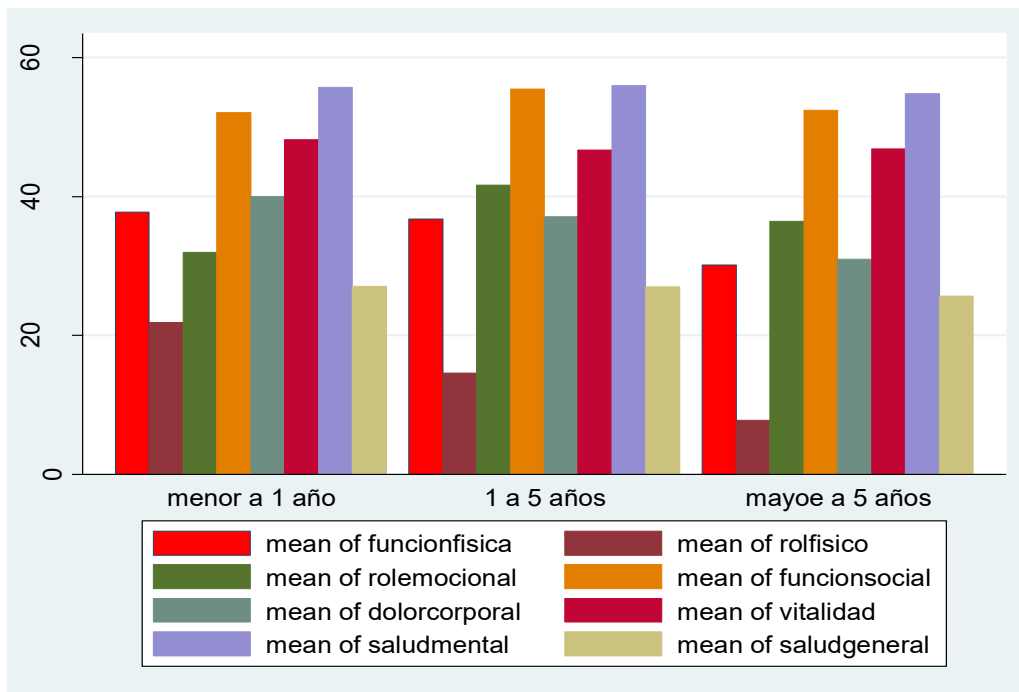
Relación entre la calidad de vida y el tiempo de evolución

CALIDAD DE VIDA	Tiempo de evolución			P-valor
	< 1 año	1 a 5 años	> 5 años	
FUNCION FISICA	37.70 ± 13.34	36.77 ± 13.62	30.15 ± 13.99	0.0589
ROL FISICO*	21.87 ± 23.67	14.58 ± 18.47	7.81 ± 14.80	0.0042
ROL EMOCIONAL	31.94 ± 36.08	41.66 ± 38.58	36.45 ± 34.24	0.4718
FUNCION SOCIAL	52.08 ± 14.11	55.46 ± 12.06	52.34 ± 12.47	0.1343
DOLOR CORPORAL*	40.00 ± 7.80	37.08 ± 9.66	30.93 ± 12.27	0.0196
VITALIDAD	48.12 ± 6.56	46.66 ± 8.58	46.87 ± 7.15	0.1054
SALUD MENTAL	55.66 ± 4.70	55.91 ± 6.57	54.75 ± 8.28	0.4445
SALUD GENERAL*	27.08 ± 7.35	26.97 ± 7.76	25.62 ± 8.00	0.0285

* Prueba de Kruskal Wallis

Figura 34

Figura de barras entre la calidad de vida y comorbilidad



En la tabla 10 y figura 34, se observa que en las escalas salud general (p -valor=0.0285), rol físico (p -valor=0.0042), dolor corporal (p -valor=0.0196); existe significancia estadística en relación al tiempo de evolución de la enfermedad de los pacientes con gonartrosis. Los puntajes más elevados y bajos de cada categoría varían según la escala. En la categoría evolución menor a un año el puntaje con una media más elevada está en la escala salud mental con 55.66 puntos, mientras el menor puntaje de esta escala se encuentra en el rol físico con una media de 21.87 puntos; en la categoría evolución de 1 a 5 años el puntaje con una media más elevada está en la escala salud mental con 55.91 puntos, mientras el menor puntaje de esta escala se encuentra en el rol físico con una media de 14.58 puntos; en la categoría evolución mayor de 5 años el puntaje con una media más elevada está en la d escala salud mental con 54.75 puntos, mientras el menor puntaje de esta escala se encuentra en el rol físico con una media de 7.81 puntos.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A partir de los resultados encontrados en la presente investigación, se pudo observar que no existe una adecuada calidad de vida en la población de pacientes con gonartrosis del servicio de Medicina física y rehabilitación. Este resultado es similar al de Cusihamán y Martell (2017), quienes obtuvieron como resultado que el 36,67% de los pacientes tienen baja percepción de calidad de vida, un 30% media y un 33,33% corresponde a una alta calidad de vida. Otra investigación que guarda relación con nuestro resultado es la de Mahmoud et al. (2019), quienes tuvieron como resultado que los pacientes egipcios que padecen gonartrosis primaria tienen una calidad de vida relacionada con la salud relativamente baja; nuestro resultado también guarda similitud con los autores Bernard et al. (2014), quienes en los resultados de su investigación nos indican que los pacientes con artrosis de rodilla y cadera no tienen una adecuada calidad de vida. A si mismo encontramos una similitud con Abbott et al. (2017), encontrando en su investigación que, tanto de manera individual como de población, la gonartrosis es responsable de las pérdidas de años de vida ajustados por la calidad (AVAC) en la vida funcional. Como también Vitaloni et al. (2019), en la revisión sistemática que realizaron de la calidad de vida en pacientes con gonartrosis, todos los estudios muestran que los pacientes con gonartrosis tienen una mala calidad de vida y que las mujeres a comparación de los hombres presentan una peor calidad de vida. Por último, Viera (2015), donde encontramos que el programa fisioterapéutico que utilizaron, no tuvo efecto significativo en la mejora en calidad de vida de la capacidad funcional de los pacientes con artrosis de rodilla grado II, con respecto a la edad, sexo y ocupación. Nuestra investigación comparada con la de los autores mencionados anteriormente, presentaron similitud en los resultados; ya que todos presentan una baja calidad de vida, en nuestro caso es debido a que presenta un puntaje menor al 50% del puntaje total en las escalas función física, rol físico, rol

emocional, dolor corporal, vitalidad y salud general de nuestro instrumento SF- 36; las escalas fueron calificadas en un rango de 0 a 100 y este bajo puntaje se da debido a que la media del puntaje de las escalas fue menor a 50, lo cual nos da a entender que no hay una buena calidad de vida.

- Otro de los resultados que se obtuvieron en nuestra investigación: En la media de la dimensión física se obtuvo 34.95, lo cual corresponde a una baja calidad de vida y en la dimensión mental 55.5 puntos. Estos resultados no guardan similitud con la investigación de Cusihamán y Martell (2017), debido a que, en la dimensión física se obtuvo 42, lo cual corresponde a una media de la calidad de vida y en la dimensión mental 42,6 ubicando que hay una baja calidad de vida en la salud.
- En nuestra investigación encontramos 47.12% de comorbilidades asociadas: donde las dimensiones de la calidad de vida más afectadas fueron el rol físico con una media de 8.16 puntos, salud general con una media de 25.91 y la función física con una media de 31.12 puntos; teniendo similitud a la investigación de Solis y Calvopiña (2018), donde se encontró un alto porcentaje de comorbilidades asociadas (72.13 %), llegando a ser el dolor, la forma física y actividades cotidianas las dimensiones más afectadas.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1** La investigación concluye que no existe una adecuada calidad de vida en la población de pacientes con gonartrosis del servicio de Medicina física y rehabilitación que presenta un puntaje menor al 50% de puntaje total en las escalas; esto se debe a que en las enfermedades crónicas como la gonartrosis es posible que la percepción de la calidad de vida en las dimensiones función física, rol físico, rol emocional, dolor corporal, vitalidad, salud general sean bajas.
- 6.2** Se concluye además, a mayor edad hay una disminución de la calidad de vida en la función física, rol físico y dolor corporal. Las comorbilidades y el mayor tiempo de padecimiento de la enfermedad asociada a la gonartrosis generan una calidad de vida menos favorable sobre todo en las dimensiones función física, rol físico y dolor corporal.
- 6.3** Finalmente se concluye, nivel educacional y el nivel socio económico de los pacientes no influye en la calidad de vida.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Se recomienda realizar más investigaciones ya sea a nivel local o nacional sobre la calidad de vida en pacientes con gonartrosis, ya que en el Perú no existen muchas investigaciones sobre este tema.
- 7.2 Se recomienda a toda el área de salud, no solo del Hospital San Juan de Lurigancho sino de todos los hospitales del Perú, tomar más en cuenta la calidad de vida que lleva el paciente y en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), podrían aplicar la encuesta SF-36 a todas las personas, para así poder crear, implementar y ejecutar un buen plan de acción por el bien de toda la población.
- 7.3 La especialidad de Terapia física y rehabilitación se caracteriza por acompañar y estar pendiente al paciente durante todo el tratamiento, por los tanto se recomienda darle importancia a la calidad de vida que lleva el paciente, para que así el tratamiento dado resulte de una manera satisfactoria.
- 7.4 Por último se recomienda informar a los pacientes e integrar a los familiares a una participación activa con los pacientes, ya que son de gran apoyo en la mejora del paciente, debido a que comparten con ellos la mayor parte del tiempo.

VIII. REFERENCIAS

- Abbott, H., Usiskin, L., Wilson, R., Hansen, P., & Losina, E. (2017). The quality-of-life burden of knee osteoarthritis in New Zealand adults: A model-based evaluation. *Plos One*, *12*(10), e0185676. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185676>
- Badía, X., Salamero, M., y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud*. (3ª ed.). Edimac.
- Bedson, J., & Croft, P. (2008). The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: a systematic search and summary of the literature. *BMC Musculoskeletal Disord*, *9*(116). <https://doi.org/10.1186/1471-2474-9-116>
- Bernard, M., De las Heras, J., y Garcés, M. (2014). Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla y cadera. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, *58*(5), 283-289.
- Cusihuaman, C., y Martell, E. (2017). *Percepción de la calidad de vida en la salud de pacientes con diagnóstico de gonartrosis que reciben tratamiento rehabilitador en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Lima*. [Tesis de Pregrado, Universidad Arzobispo Loayza]. Universidad Arzobispo Loayza.
- Ferrer. (2002). *Calidad de vida como herramienta de control en las unidades de dolor*. V Congreso de la Sociedad Española del Dolor. ARAN SL.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*, *324*(7351), 1417. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7351.1417>

- Góngora, Y., Friol, E., Rodríguez, M. y Álvarez, R. (2006). Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de cadera y rodilla. *Revista Cubana de Reumatología*, 8(9 y 10), 10-13.
<https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/85>
- Haas, B. (1999). Aclaracion e integracion de conceptos similares de calidad de vida. *Journal of nursing Scholarships*, 31(3), 215-220.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00483.x>
- Hernandez, R. (2010). *Metodologia de la Investigacion* (5ª ed.). Mc Graw
- Kapandji, A. (1998). *Fisiologia Articular* (5ª ed.). Medica Panamericana.
- Lawton, M. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 45(4), 181-183.
<https://doi.org/10.1159/000022083>
- Lopez, F. (2003). Artrosis. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 30(1), 22.
- Mahmoud, G., Moghazy, A., Fathy, S., & Niazy, M. (2019). Osteoarthritis knee hip quality of life questionnaire assessment in Egyptian primary knee osteoarthritis patients: Relation to clinical and radiographic parameters. *The Egyptian Rheumatologist*, 41, 65-59.
- Martin, A., & Stockler, M. (1998). Quality-of-life assessment in health care research and practice. *Evaluation and the Health Professions*, 21(2), 141-156.
<https://doi.org/10.1177/016327879802100202>
- Martínez, R., Martínez, C., Calvo, R., y Figueroa, D. (2015). Osteoartritis (artrosis) de Rodilla. *Revista Chilena de Ortopedia y Traumatología*, 56(3), 45-51.
- Neumann, D. (2007). *Cinesiologia del Sistema Musculoesquelético*. Paidotrobo.

- Núñez, A., Tobón, S., Arias, D., Serna, J., Rodríguez, M., y Muñoz, Á. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos en poblaciones no clínicas de dos municipios colombianos. *Revista hacia la promoción de la salud*, 15(2), 125-142.
- Oliveros, A., Oliveros, A., y Cid, M. (2005). *Calidad de vida y discapacidad del anciano epiléptico*. Viguera Editores.
- Padilla, G. (2005). Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 14(1), 80-88.
- Palastanga, N., Field, D., y Soames, R. (2007). *Anatomía y movimiento humano*. Badalona, Paidotribo.
- Peloso, P., Moore, R., Chen, W., Lin, H., Gates, D., Straus, W., & Popmihajlov, Z. (2016). Osteoarthritis patients with pain improvement are highly likely to also have improved quality of life and functioning. A post hoc analysis of a clinical trial. *Scand J Pain*, 13(1), 175-181. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.07.002>
- Pietro, D., Judge, A., Javaid, M., Cooper, C., Diez, A., & Arden, N. (2014). Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Annals of the rheumatic diseases*, 73(9), 1659-1664. <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-203355>
- Rojas, A. (2011). Calidad de vida, calidad ambiental y sustentabilidad como conceptos urbanos. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 21(61), 176-207.

- Ruiz, M., y Pardo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics Spanish research articles*, 2(1), 31-43. <https://doi.org/10.1007/BF03320897>
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2007). *Quality of life for persons with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Sharma, L., Kapoor, D., & Issa, S. (2006). Epidemiology of osteoarthritis: an update. *Curr Opin Rheumatol*, 18(2), 147-156. <https://doi.org/10.1097/01.bor.0000209426.84775.f8>
- Solis, U., y Calvopiña, S. (2018). Comorbilidades y calidad de vida en Osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología*, 20(2), 4-7. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1188918>
- Solis, U., Hernández, I., Prada, D., De Armas, H., y Ulloa, A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artrosis. *Revista Cubana de Reumatología*, 15(3), 2-6. <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/280/448>
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud (6ª Ed.)*. Mc Graw
- Viera, L. (2015). *Efecto de un programa fisioterapéutico en la calidad de vida de pacientes con artrosis grado II del Centro Médico Naval Santiago Távara* [Tesis de pregrado], Repositorio Universidad Alas Peruanas. <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/247>
- Villarroel, J., Pastor, M., Martínez, C., Pérez, M., Prado, M., y Gonzales, S. (2001). ¿Qué hay debajo de la gonalgia en la población general? *Atención Primaria*, 28(10), 690-693. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70486-6](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70486-6)

Vinaccia, S., y Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios Colombianos. *Psychologia*, 6(1), 123-136.

Vitaloni, M., Botto, A., Sciortino, R., Scotton, D., Bibas, M., Quintero, M., Monfort, J., Carné, X., Oswald, F., Cabot, M., Matucci, M., de Abajo, F., du Souich, P., Moller, I. Eaking, G. y Verges, J. (2019). Global management of patients with knee osteoarthritis begins with quality of life assessment: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*, 20(1), 493.
<https://doi.org/10.1186/s12891-019-2895-3>

Ware, J. (2000). Actualizacion de la encuesta de salud SF-36. *Spine*, 25(24), 9-3130.
<https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>

IX. Anexos

Anexo A: Consentimiento informado

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Investigadora: Hugo Calero, Helen Ritta.

Título: "Calidad de vida del paciente con artrosis de rodilla del departamento de medicina física en un hospital de Lima – 2019"

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: "Calidad de vida del paciente con artrosis de rodilla del departamento de medicina física en un hospital de Lima – 2019"

". Este es un estudio para identificar cual es la calidad de vida de un paciente con artrosis de rodilla y que relación tiene con la edad, sexo, estado civil, nivel educacional, comorbilidad y el tiempo de evolución de la enfermedad.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le realizarán dos encuestas:

1. Encuesta de recolección de datos (edad, sexo, estado civil, nivel educacional, comorbilidad y el tiempo de evolución de la enfermedad).
2. Pruebas diagnósticas para determinar la presencia de lesión en el hombro.
3. Encuesta SF – 36 que evalúa la calidad de vida.

Beneficios:

Usted se beneficiará al participar de la encuesta, ya que se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de las encuestas realizadas.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan de las encuestas. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente a ser partícipe de esta investigación y comprendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha

Anexo B: Ficha de recolección de datosFecha: ___/___/___ Apellidos: _____

Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

1. Edad: _____

2. Sexo: _____

3. Estado Civil:

- a) Soltero/a
- b) Casado/a Conviviente
- c) Viudo/a
- d) Separado/a

4. Nivel Educativo:

- a) Analfabeto/a
- b) Básica
- c) Enseñanza media
- d) Técnica
- e) Universitario
- f) No consignado

5. Nivel Socioeconómico:

- a) Alto
- b) Medio
- c) Bajo

6. Comorbilidades:

- a) Sí.
- b) No.

7. Tiempo de Evolución:

- a) <1 año
- b) 1-5 años
- c) >5 años

Se solicitará el DNI para el llenado de los datos.

Responsable: Hugo Calero, Helen Ritta.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo C: Instrumento SF-36**CUESTIONARIO SF-36:****NOMBRES Y APELLIDOS:****EDAD:**

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**1. En general, usted diría que su salud es:**

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

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1) Mucho mejor ahora que hace un año
- 2) Algo mejor ahora que hace un año
- 3) Más o menos igual que hace un año
- 4) Algo peor ahora que hace un año
- 5) Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1) Sí, me limita mucho
- 2) Sí, me limita un poco

3) No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1) Sí, me limita mucho

2) Sí, me limita un poco

3) No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1) Sí, me limita mucho

2) Sí, me limita un poco

3) No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1) Sí, me limita mucho

2) Sí, me limita un poco

3) No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1) Sí, me limita mucho

2) Sí, me limita un poco

3) No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1) Sí, me limita mucho

2) Sí, me limita un poco

3) No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1) Sí, me limita mucho

2) Sí, me limita un poco

3) No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1) Sí, me limita mucho

2) Sí, me limita un poco

3) No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1) Sí, me limita mucho

2) Sí, me limita un poco

3) No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1) Sí, me limita mucho

2) Sí, me limita un poco

3) No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1) Sí

2) No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1) Sí

2) No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1) Sí

2) No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1) Sí

2) No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1) Sí

2) No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1) Sí

2) No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1) Sí

2) No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1) Nada

2) Un poco

3) Regular

4) Bastante

5) Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1) No, ninguno
- 2) Sí, muy poco
- 3) Sí, un poco
- 4) Sí, moderado
- 5) Sí, mucho
- 6) Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1) Nada
- 2) Un poco
- 3) Regular
- 4) Bastante
- 5) Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre

- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces

- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Algunas veces
- 4) Sólo alguna vez
- 5) Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1) Totalmente cierta
- 2) Bastante cierta
- 3) No lo sé
- 4) Bastante falsa
- 5) Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1) Totalmente cierta
- 2) Bastante cierta
- 3) No lo sé

- 4) Bastante falsa
5) Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1) Totalmente cierta
2) Bastante cierta
3) No lo sé
4) Bastante falsa
5) Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1) Totalmente cierta
2) Bastante cierta
3) No lo sé
4) Bastante falsa
5) Totalmente falsa

Anexo D: Matriz de Consistencia

Pregunta de Investigación	Objetivos	Variables e Indicadores	Población y Muestra	Método	Instrumento
<p>Pregunta general:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis en el servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho - 2020? 	<p>Objetivo Principal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar la Calidad de Vida del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del 	<p>Variable principal:</p> <p>Calidad de vida</p> <p>Variables sociodemográficas:</p>	<p>Población:</p> <p>Pacientes con gonartrosis del servicio de medicina física y Rehabilitación</p>	<p>Enfoque de investigación:</p> <p>Cuantitativo.</p> <p>Diseño: No experimental</p>	<p>Cuestionario SF-36</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas específicas: ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la edad del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho - 2020? • ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el sexo del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho - 2020? • ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el estado civil del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho - 2020? • ¿Cuál es la relación entre la calidad de 	<p>hospital San Juan de Lurigancho - 2020.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos Específicos: Determinar la relación entre la calidad de vida y la edad del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho – 2020. • Establecer la relación entre la calidad de vida y el sexo del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho - 2020. • Identificar la relación entre la 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil • Nivel educacion al • Nivel Socioeconómico • Comorbilidad. • Tiempo de evolución 	<p>ón del HSJL.</p>	<p>Tipo de Estudio: Descriptivo correlacional.</p> <p>Corte: Transversal.</p>	
---	---	--	-------------------------	---	--

<p>vida y el nivel educacional del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho - 2020?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el nivel socioeconómico del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital San Juan de Lurigancho - 2020? 	<p>calidad de vida y el estado civil del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho - 2020.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre la calidad de vida y el nivel educacional del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho - 2020. • Determinar la relación entre la calidad de vida y el nivel socioeconómico del paciente con gonartrosis 				
--	---	--	--	--	--

	<p>del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho – 2020.</p> <ul style="list-style-type: none">• Establecer la relación entre la calidad de vida y de la comorbilidad en la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho.• Identificar la relación entre la calidad de vida y el tiempo de evolución del paciente con gonartrosis del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San				
--	--	--	--	--	--

	Juan de Lurigancho – 2020.				
--	----------------------------	--	--	--	--

- Operacionalización de variables

Variable	Tipo de Variable	Definición	Instrumento	Escalas	Indicador	Valor
Calidad de Vida	Cuantitativa/ De razón	El concepto que una persona tiene de su lugar de existencia.	Cuestionario SF 36	Transición de Salud	Se indicará si actualmente hay mejoría a comparación de hace un año.	0 – 100 puntos
				Salud General	La percepción de la salud en general.	0 – 100 puntos
				Vitalidad	La energía y la fatiga durante las cuatro últimas semanas.	0 – 100 puntos
				Salud Mental	Estado emocional durante las últimas cuatro semanas.	0 – 100 puntos
				Dolor Corporal	La presencia de dolor durante las cuatro últimas semanas.	0 – 100 puntos
				Función física	Si existen limitaciones para realizar ciertas actividades.	0 – 100 puntos
				Rol Físico	El abandono de ciertas actividades a causa de un problema físico durante las	0 – 100 puntos

					cuatro últimas semanas.	
				Rol Emocional	El abandono de ciertas actividades a causa de un problema emocional durante las cuatro últimas semanas.	0 – 100 puntos
				Función Social	Limitaciones en actividades sociales debido a problemas físicos o emocionales.	0 – 100 puntos

- **Variables Sociodemográficas**

Variable	Tipo de variable	Definición	Instrumento	Indicador/punto de corte	Categorización
Edad	cuantitativa numérica continua	Se le tomará la edad de años cumplidos.	Encuesta	Promedio de edad.	
Sexo	cualitativa nominal	Según el sexo biológico al que pertenece el estudiante.	Encuesta	Según proceso biológico.	Mujer Hombre
Estado Civil	cualitativa nominal	Condición de la persona según su registro civil y situación legal si tiene una pareja.	Encuesta	Según sea el estado civil en el que se encuentre la persona.	Soltero/a Casado/a Conviviente Viudo/a Separado/a
Nivel Educativo	cualitativa nominal	Indica el nivel en el cual se encuentra la persona en el ámbito educativo.	Encuesta	Nivel máximo alcanzado del ámbito educativo	Analfabeto/a Básica Enseñanza media Técnica Universitario No consignado

Comorbilidad	cualitativa nominal	Es la presencia de uno o más diagnósticos, muy aparte del diagnóstico primario.	Encuesta	La presencia o ausencia de alguna otra enfermedad.	Presente Ausente
Tiempo de Evolución	cualitativa nominal	El tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico.	Encuesta	Los años que la persona tiene OA en MMI.	<1 año 1-5 años >5años