

Evaluación de la calidad de vida en personas con osteoporosis tratadas en el Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia (CNR-O)

M. en C. Aurelio Tirzo Serrano Miranda, Lic. Esperanza Ramírez Pérez,**
Dra. Pilar Díez García,*** Dr. Arturo Orduña Vázquez*****

RESUMEN

La osteoporosis (O) con tasa de incidencia de 311 por 100,000 consultas, de 1997 a 1999 en el Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia, la convierte en un problema de salud; que afecta más a mujeres. Objetivo: Evaluar la calidad de vida (CV) en personas con (O) sometidas a tratamiento médico. Método: El diseño fue prospectivo, descriptivo, transversal y observacional. Se aplicó el EuroQol-5D a 65 personas; las dimensiones evaluadas fueron: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión y la escala visual análoga (EVA). Estadística: Descriptiva y prueba de Chi cuadrada con un nivel de significancia de $p < .05$. Resultados: Mujeres el 100%; edad promedio 59 años, mínima 34 y máxima 78; Ds 10.14; Dimensiones: Movilidad: sin problemas (sp) para caminar 66%; cuidado personal: (sp) 77%. Actividades cotidianas: (sp) 54%. Dolor/malestar. Dolor moderado o severo 69%. Ansiedad/depresión: sin diferencia en los niveles. Estado general de salud en los últimos doce meses, 68% señalaron que al día de aplicación de la encuesta, era mejor. EVA: 31% calificaron con 90 puntos y 28% con 80 puntos. Estado de salud: 19% salud perfecta (11111) y 1 caso (33321) muy bajo. El resto tuvo calificaciones altas. De las variables sociodemográficas. Estado civil: casadas 59%; estudios: primaria 39%; actividad cotidiana: amas de casa 75%. Conclusiones: Los resultados reflejan que un tratamiento integral en personas con O, mejora su CV; por lo que debe insistirse en la aplicación de instrumentos que permitan evaluar la CV en personas con este padecimiento, pero con la característica de que los mismos sean pre y postratamiento, además de ser comparativos con otros instrumentos y en los cuales se agreguen indicadores económicos para valorar el costo-utilidad. Finalmente deben instituirse programas en los tres niveles de prevención, con enfoque de programas de educación en salud a la población riesgo.

Palabras clave: Osteoporosis, calidad de vida, mujeres, salud, México.

ABSTRACT

Osteoporosis (O), with an incidence rate of 311 out of 100,000 individuals treated in the Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia (CNRO), from 1997 to 1999, has become a serious health problem in Mexico, specially for women. Objective: To assess the quality of life (QL) of O patients under medical treatment. Method: A prospective, descriptive, transversal and observational methodological design was deployed. 65 patients were surveyed with EuroQol-5D; the assessed factors were mobility, personal care, everyday activities, pain/uneasiness, anxiety/depression, and the visual analogous scale (VAS). Descriptive statistics and a square Chi test, with a significance level of $p < .05$, were also deployed. Results: All female individuals, 59 years old in average, the youngest 34 years and the oldest 78 years. Dimensions: Mobility: 66% with no problems (wnp) to walk; 77% (wnp) with personal care; 54% (wnp) to perform everyday activities; 69% with moderate or severe pain/uneasiness; no significant difference in anxiety/depression levels was found. In regard to their general health condition during the past twelve months, 68% of the patients answered that they were better off. VAS: 31% scored 90 points, and 28% scored



* Servicio de Epidemiología Sociomédica, Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia

** Servicio de Epidemiología Sociomédica, Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia. Correo Electrónico: esperanza-soc@yahoo.com.mx

*** Servicio de Traumatología y Clínica de Osteoporosis, Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia

**** Departamento de Enseñanza Médica. Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia.

80 points. Health condition: 19% (11111) were in perfect condition, and one case (33321) was in a very poor condition. The rest of the surveyed patients scored high. Sociodemographic variables: Marital status: 59% married; level of education: 39% finished elementary school; personal occupation: 75% were housewives. Conclusions: The results suggest that a complete treatment of O patients improves their QL, they also suggest that the QL of these patients should be assessed before and after the treatment; further, the assessing instruments should be comparable and compatible with cost-benefit economic indicators. Finally, this project suggests that institutional health education programs should be established in the three levels of prevention focused on the population at risk.

Key words: Osteoporosis, quality of life, female, health Mexico.

INTRODUCCIÓN

En los Estados Unidos de América, la osteoporosis (O) afecta a 28 millones de personas, de las cuales el 80% son mujeres; de éstos, alrededor de 10 millones tienen O y 18 millones presentan baja densidad mineral ósea, lo que indica que están en riesgo de padecer la enfermedad. Así, una de cada dos mujeres y uno de cada ocho hombres por arriba de los 50 años, han sufrido fracturas, las cuales están relacionadas con O, situación que ha originado que se investigue cuál es su calidad de vida (CV).¹

En México, el boletín que publica el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (octubre 1996) señala que en nuestro país no se conoce con precisión la incidencia, ni la prevalencia de la O; la misma fuente dice que la revista *Nature* publicó que en México ocurren 33 mil fracturas de cadera anualmente, provocadas por la osteoporosis, lo que representa 80 mil días de hospitalización y un costo aproximado de 160 millones de dólares anuales incluyendo las complicaciones. Por lo que ya se considera un problema de salud pública, por sus complicaciones y secuelas de tipo físico, social y económico, apoyado lo anterior por los cambios relacionados a la transición demográfica y epidemiológica, con una seria repercusión en la calidad de vida CV de quienes la padecen.²

En el Centro Nacional de Rehabilitación-Ortopedia, la tasa de incidencia de O en los últimos tres años fue de 311 x 100,000 consultas; con mayor afectación al sexo femenino, con rango de edad de 50 a 69 años.³

Se ha escrito mucho sobre CV, algunos autores mencionan que se deben de satisfacer las necesidades humanas,^{4,5} físicas,⁸ psicológicas,⁸ sociales,^{6,8} actividad laboral,⁷ vida marital,^{7,8} costos financieros.^{8,9} Asimismo, se han creado diversos instrumentos para medir la calidad de vida cuyos indicadores son las relaciones familiares,⁹ salud propia y de familiares cercanos, finanzas, estándar de vida, medio ambiente, condiciones de trabajo y satisfacción laboral,⁹ religión y vida espiritual,⁹ educación,⁹ así como desde el punto de vista de la rehabilitación como son la habilidad funcional¹⁰ y el estado somático¹⁰⁻¹² y actividades de la vida diaria,¹¹ el bienestar social, el soporte social y la satisfacción de vida, el estado de ánimo, la independencia, el control sobre la propia vida, y las habilidades de ajuste. Además considera al ser humano integralmente.

Bergner¹³ que evalúa las siguientes conductas con 6 sub-escalas: autonomía somática, control de la movilidad, auto-

nomía física y la comunicación, entorno social, estabilidad emocional y rango de movilidad.

Derogatis¹⁴ evalúa el ajuste psicológico y social de los pacientes o familiares cercanos, en siete áreas principales: Orientación en el cuidado de la salud, ambiente profesional, ambiente doméstico, relaciones sexuales, relaciones familiares, ambiente social y angustia psicológica.

Lydick¹⁵ y cols. validan un cuestionario y miden la O y la calidad de vida OPTQoL, al evaluar el temor "presente" y "futuro"; para lo cual incorporan el SF-36. Lo aplican a mujeres con O diagnosticada; y mujeres con disminución de densidad mineral ósea sin O diagnosticada y a mujeres sin O con y sin otro conocimiento comórbido. El OPTQoL especifica el interés por los temores, limitaciones, signos y síntomas clínicos, siendo el temor a las caídas el más frecuente.

El Índice Europeo de Calidad de Vida,¹⁶ -EUROQOL-5D EQ-5D se diseñó para evaluar la CV relacionada con la salud (CVRS), de cualquier persona o grupo de personas. Este es simple, genérico, internacional y estandarizado. Agregado al EQ-5D, emplean la escala visual análoga EVA en que el propio paciente determina su estado de salud en los últimos doce meses. Éste ha sido validado al español¹⁷ en población de pacientes crónicos y críticos. En otro estudio¹⁸ se determina la correspondencia entre calificaciones en la escala EQ-5D y la de categoría de 5 puntos; encontraron que esta correspondencia es útil en la interpretación y categorización de calificaciones de la escala. La edad y el nivel de educación en particular afectan la interpretación de las categorías de la escala y deben ser tomados en cuenta dentro de un informe, cuando se analicen los resultados obtenidos con instrumentos semejantes.

Asimismo, en padecimientos del sistema músculoesquelético se estudió la calidad de vida relacionada con el miedo a caer,¹⁹ en mujeres mayores de 75 años con fractura de cadera; estimaron la utilidad asociada con fractura de cadera y miedo a caerse. Concluyen que mujeres ancianas, que tienen una elevada expectativa de vida, su calidad de vida está profundamente amenazada por caídas y fracturas de cadera.

También se utilizó el EuroQol al evaluar la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con fractura de Cols,²⁰ sus resultados sugieren que es posible usar las puntuaciones de la EVA como requerimientos predictivos de tratamiento de pacientes que requieren tener menos imaginación, sobre porcentajes de puntuaciones altamente iniciales del EVA.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación fue de tipo prospectivo, descriptivo, transversal y observacional. La población de estudio fue de mujeres mayores de 40 años, que asisten a la Clínica de Osteoporosis en el CNR-O. Se aplicó en forma autoadministrada a 65 pacientes, el instrumento llamado “Índice Europeo de Calidad de Vida” -EUROQOL-SD (EQ-5D) y una escala visual análoga, (EVA), para que los propios pacientes determinaran su estado de salud actual, en relación a los últimos doce meses. El EQ-5D analiza dos tipos de encuesta:

- a) El Sistema descriptivo que da información en relación a cinco dimensiones relativas a movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malesstar y ansiedad/depresión, a su vez cada dimensión contiene tres niveles según grado de gravedad, (sin problemas se codifica con el 1; algunos o moderados problemas con el 2 y muchos problemas con el 3), generando así, un total de 243 estados de salud teóricamente posibles. Cada estado de salud está definido por un número de 5 dígitos (por ejemplo: el estado 11111 indica que la persona en ese momento no tenía problemas en ninguna de las 5 dimensiones (salud perfecta) y en cambio un estado de salud 12233 significa que no tiene problemas de movilidad, pero tiene algunos problemas para lavarse o vestirse y para realizar sus actividades cotidianas, tiene mucho dolor y está muy ansioso o deprimido. La escala de valores varía entre -1 y 1, asignando como ya se mencionó a los estados de “salud perfecta” 11111.
- b) La escala visual análoga (EVA), también llamada termómetro va del 0 al 100; en la cual se marca con 100 el mejor estado de salud y con “0” el peor estado de salud que pueda imaginarse, al aplicarse el día de la encuesta. De este puntaje de 100 a 0, la escala establece que a partir de la cifra de 50 a 0, el estado de salud se considera que es peor y viceversa. Esta escala mide la calidad de vida relacionada a la salud en el “día de hoy”, y que, asimismo, es una autovaloración del estado de salud en la que el paciente de forma visual la determina.

Por otra parte las variables que se estudiaron fueron la edad, sexo, nivel de estudios, estado civil y actividad actual, y se buscó establecer la asociación (Chi cuadrada) entre estas variables y las 5 dimensiones que evalúa el EuroQol (movilidad, cuidado personal, actividad cotidiana, dolor/malesstar, ansiedad/depresión) con un nivel de significancia de $p < .05$. Se procesaron y recodificaron los datos, y se analizaron con el paquete estadístico SPSS-v10.

RESULTADOS

De las 65 encuestas aplicadas se encontró una edad promedio de 59 años, con un rango de edad de 34 a 78 años. La distribución por grupo etáreo, fue más frecuente en el grupo de 61 a 70 años con 28 casos (43.1%), seguido del grupo de 50 a 60 años con 17 (26.2%) y el de 41 a 50 con 10 casos (15.4%), además con 5 casos (7.7%) cada uno del grupo de 30 a 40 y de más de 70 años. El estado civil, fue: 38 casos (58.5%) casadas; viudas 15 casos (23.1%); y con 6 casos (9.2%) eran solteras y separadas cada una. El nivel de estudios más frecuente fue la primaria con 25 casos (38.5%) y la secundaria con 22 casos (33.8%), se encontró igual distribución con 9 casos (13.8%) cada uno en el nivel universitario y sin estudios. En relación a la variable actividad actual, se encontró predominio de las amas de casa con 49 casos (75.4%), seguido de las empleadas con 9 casos (13.8%) y, jubiladas con 6 casos (9.2%).

La distribución de frecuencias de las dimensiones y niveles fueron: En la movilidad, 43 casos (66.2%) se ubicaron en el nivel 1 (no problemas); 21 (32.3%) en el nivel 2 algunos o moderados problemas) y 1 (1.5%) nivel 3 (muchos problemas). En el cuidado personal, 50 casos (76.9%) estuvieron en el nivel 1; 14 (21.5%) nivel 2 y, 1 (1.5%) en el nivel 3. En las actividades cotidianas, 35 (53.8%) se ubicaron en el nivel 1; 28 (43.1%) en el nivel 2 y, 2 (3.1%) en el nivel 3. En la dimensión de dolor/malestar, 45 casos (69.2%) en el nivel 2; 16 (24.6) se ubicaron en el nivel 1 y, 4 (6.2%) estuvieron en el nivel 3. En la dimensión de ansiedad/dolor, 30 casos (46.2%) estuvieron en el nivel 1, y en misma proporción en el nivel 2, finalmente 5 casos (7.7%) se ubicaron en el nivel 3 (*Cuadro I*).

En cuanto al registro del estado de salud actual comparado durante los últimos doce meses, un total de 44 casos (67.7%) señalaron que al día de la aplicación de la encuesta, éste era mejor. En segundo lugar 11 casos (16.9%) reportaron igual estado de salud y finalmente 10 casos (15.4%) determinan que su estado de salud era peor.

Cuadro I. Distribución de frecuencias de las dimensiones y niveles.

Dimensiones /Niveles	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
	(no problemas)	(Algunos o Moderados problemas)	(muchos problemas)
Movilidad	43	21	1
Cuidado personal	50	14	1
Actividad cotidiana	35	28	2
Dolor/malestar	16	45	4
Ansiedad/depresión	30	30	5

Escala visual análoga (EVA): Del 100% de las pacientes encuestadas y dividiendo las calificaciones en rangos se obtuvieron los siguientes resultados: el principal grupo se encontró entre los que tuvieron calificación de 81 a 90 con 22 casos (34%), seguido del grupo de 71 a 80 con 20 casos (31%) y en tercer lugar se ubicó el grupo con calificación de 61 a 70 con 8 casos (12%) y 4 casos (6%) presentaron una calificación de entre 91 a 100. El resto de la población estuvo entre la calificación de 31 a 60 con 11 casos (17%) (Figura 1).

Estado de salud mediante equivalencia temporal. Del total de las personas encuestadas, los datos registrados del estado de salud fluctuaron entre la salud perfecta (11111) y la salud muy baja (33321). En donde se observó que 12 (18.5%) personas constataron que tenían una salud perfecta (11111), es decir sin problemas en las cinco dimensiones; 16 mujeres, (24.7%) manifestaron no tener problemas para caminar, ni para su cuidado personal o realizar sus actividades cotidianas, sin embargo presentaron algunos problemas en cuanto al malestar y dolor; 9 personas (13.9%) indicaron no tener problemas en las dimensiones de movilidad y cuidado personal, a pesar de manifestar algún problema para realizar sus actividades cotidianas, presentar dolor y malestar y algún problema de ansiedad o depresión. Por otra parte, 5 mujeres (7.7%) indicaron no tener problemas en la movilidad pero tener moderados problemas en el cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y depresión; finalmente se presentan 22 casos (33.8%) donde manifiestan tener algún problema en la movilidad y por consiguiente en las otras áreas estudiadas, y por último, 1 caso (1.5%) que presenta graves problemas en la movilidad, cuidado personal y actividad cotidiana, moderados problemas en el dolor y sin problemas con la depresión.

Al relacionar la escala visual análoga y los estados de salud, se observa que cuando las calificaciones de los estados de salud son altos, o casi en estado de "salud perfecta", la forma

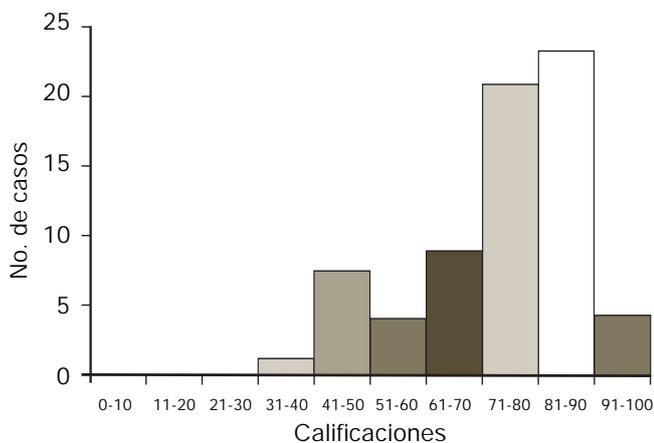


Figura 1. Calificaciones de escala visual análoga.

en cómo se visualizaban las entrevistadas correspondió al puntaje de la EVA entre el 100 y 80, lo que quiere decir que se veían y sentían bien el día en que se les aplicó la encuesta, asimismo, a la inversa, cuando presentaban muchos problemas en algunas dimensiones, en la EVA se visualizaban dentro de los niveles más bajos de calificación. Por otra parte, se encontraron casos aislados al centro de la escala, lo cual puede explicarse por el pequeño tamaño de la muestra.

Al tratar de establecer la asociación entre las variables de estudio (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión y edad), se encontró una asociación entre la edad y la actividad cotidiana ($p = .017$), en donde se observa que del total de 65 entrevistadas, 35 contestaron no tener problemas para realizar sus actividades de la vida diaria, correspondiendo 20 casos (57.1%) a la edad entre 61 a 70 años. Con respecto a las variables dolor y edad ($p = .005$), 16 contestaron no tener dolor (9 de ellas 56.2% tenían entre 61 y 70 años), 45 dolor moderado, de las cuales 19 (42.2% se encontraban en el mismo grupo de edad). En la ansiedad y el grupo de edad ($p = .049$), de las 30 entrevistadas que manifestaron no tener ansiedad, 18 (60%) pertenecen al grupo de 61 a 70 años. Como se puede observar, el grupo de edad que tiene más asociación entre las variables de estudio arriba mencionadas, es de 61 a 70 años.

La variable dolor tiene asociación significativa con las otras 4 dimensiones de evaluación con una ($p = .048$) con respecto a la movilidad, de las 65 entrevistadas, 45 de ellas manifestaron tener dolor moderado, de éstas, 27 (60%) no presentaron problemas con respecto a la movilidad, 17 (37.7%) tuvieron algún o moderado problema en la movilidad; por otra parte, de las 16 encuestadas que manifestaron no tener dolor, 15 (93.7%) no presentaban problemas de movilidad. En lo que se refiere a cuidados personales, 45 dijeron tener dolor moderado, de las cuales 34 (75.5%) manifestaron no tener problemas en su cuidado personal. Se encontró asociación significativamente estadística ($p = .001$) entre la actividad cotidiana y el dolor, de 45 que presentaban dolor moderado, 23 (51.1%) tenían problemas moderados para realizar sus actividades cotidianas. Dolor y ansiedad con una ($p = .001$), 45 presentaron dolor moderado, de las cuales 26 casos (58%) presentaron ansiedad moderada.

Movilidad y cuidado personal con una ($p = .0001$), de 43 casos, 38 (88.3%) no presentaron problemas de movilidad ni de su cuidado personal. Movilidad y actividad cotidiana, ($p = .0001$), 43 casos no tuvieron problemas de movilidad, de los cuales 29 (67.4%) no hubo alteraciones en la actividad cotidiana. Movilidad y ansiedad, ($p = .037$), 43 casos no presentaron problemas de movilidad, de los cuales 25 (58%) no tuvieron problemas de ansiedad. En cuanto al cruce con la variable dolor, ($p = .048$), de 65 casos, 43 no tuvieron problemas de movilidad, de éstos, 27 (63%) manifestaron problemas de dolor moderado.

Cuidado personal y actividad cotidiana ($p = .0001$), 50 no tuvieron problemas en sus cuidados personales, de éstos, 33 casos (55%) tampoco manifestaron problemas de actividad cotidiana. Cuidado personal y dolor, ($p = .050$), 50 mujeres no tuvieron problemas en su cuidado personal, pero 34 de ellas (68%) manifestaron dolor moderado. Actividad cotidiana y ansiedad, ($p = .002$), 35 no tuvieron problemas de actividad cotidiana, de éstas, 24 (68.5%) no presentaron problemas de ansiedad. Ansiedad/actividad cotidiana, ($p = .002$), 30 no tuvieron problemas de ansiedad y de éstas, 24 (80%) no presentaron problemas de actividad cotidiana.

Como se observa, existe una asociación estadísticamente significativa entre las 5 dimensiones evaluadas (movilidad, cuidados personales, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) con una $p < .05$ y se encontró, en la población de estudio, un predominio del nivel 1 (no tener problemas) en todas las áreas evaluadas y la correspondencia entre la escala análoga visual y el cuestionario EQ-5D.

DISCUSIÓN

Por los datos obtenidos en el estudio, podemos establecer que la osteoporosis es un problema de salud que afecta prioritariamente a las mujeres que están por arriba de los 60 años de edad,^{1,2} con mayor afectación en mujeres casadas lo cual podría explicarse esto último porque en personas de esta edad, se encuentra un porcentaje alto de mujeres casadas en nuestra sociedad; lo que se refuerza con el hecho de que la actividad actual a la cual se dedicaban las mujeres encuestadas fue el de amas de casa.

Y aunque el padecimiento se presentó en todos los niveles educativos, fue más frecuente en mujeres que sólo tenían educación primaria y secundaria, lo que podríamos correlacionarlo con la falta de una buena educación nutricional de las personas en estudio, o bien como lo establece Badia^{17,18} de que la edad y el nivel de educación en particular afectan la interpretación de las categorías de la escala de 5 dimensiones, y que por lo tanto deben ser tomados en cuenta dentro de un informe, cuando se analicen los resultados obtenidos. En la población estudiada, se observó que a pesar de que las mujeres tienen osteoporosis, ésta no influye en su calidad de vida o en su estado de ánimo, a pesar de que la mayoría de ellas tiene más de 60 años. Esto se puede explicar a que acuden a la Clínica de Osteoporosis, para llevar a cabo un programa de rehabilitación que incluye: ejercicios, tratamiento médico, psicológico (a través de apoyo profesional y de convivencia), laboral y recreativo (talleres de pintura y danza).

Los resultados coinciden con lo referido en la literatura³⁻⁵ en cuanto a que cualquier padecimiento que afecte la salud de las personas, tiene una gran repercusión en la calidad de vida de las mismas, sobre todo si consideramos que la base

de la calidad de vida está en función de las necesidades humanas como son las físicas, psicológicas, sociales y de la actividad laboral, entre otras.

El haber llevado a cabo el estudio en pacientes de la Secretaría de Salud, permitió realizar su seguimiento y así establecer datos concluyentes de la investigación. Si bien en el proyecto no se evaluaron directamente los resultados a través de estudios de laboratorio, gabinete o clínicos, sí se puede establecer que los pacientes mediante el instrumento aplicado (EuroQol), mejoraron su calidad de vida.

Como se menciona por investigadores extranjeros,^{7-11,17,18} el aplicar instrumentos para evaluar la calidad de vida en los cuales se midan diversas dimensiones en las escalas físicas, mentales y sociales, nos permite definir cuál es la misma, en pacientes que han sido sometidos a un tratamiento médico y valorar cuál ha sido su impacto, en la salud de las personas, en este caso, de las personas sometidas a tratamiento de osteoporosis.

Al aplicar en nuestro estudio el instrumento EuroQol,¹⁶⁻¹⁸ coincidimos que puede ser aplicable para determinar la calidad de vida relacionada a la salud, para padecimientos crónico-degenerativos como la osteoporosis, la cual por los resultados obtenidos tiene repercusiones en las dimensiones de movilidad, cuidados personales, actividades cotidianas, dolor y en la ansiedad-depresión. Pero si bien estamos de acuerdo, de que el cuestionario EuroQol cumple con el objetivo de relacionar los estados de salud de los encuestados y valorar la calidad de vida a partir de sus cinco dimensiones, es necesario como mencionan otros autores,²¹⁻²⁴ de que este instrumento se debe combinar con otros designados especialmente para usarse en enfermedades específicas.

Aunque no se evaluó la calidad de vida antes del tratamiento, sí se pudo obtener información a través de algunas de las preguntas del instrumento empleado (EuroQol), en cuanto que su salud es mejor hoy (es decir, después del tratamiento), lo cual coincide con otros instrumentos,²⁰⁻²² que al evaluar la calidad de vida, ésta se modifica o es mejor después de someterse a un tratamiento determinado.

Asimismo coincidimos con investigaciones,^{19,20,22,23} que al evaluar la calidad de vida mediante diversos instrumentos aplicados en padecimientos del sistema musculoesquelético, se pudo establecer que la calidad de vida relacionada a la salud de las personas afectadas en este sistema, se ve afectada en las diversas dimensiones dependiendo del problema de que se trate.

Basados en las respuestas de las encuestadas la mayor parte, manifestó no tener problemas en las dimensiones de movilidad (66.2%), cuidado personal (77%) y actividad cotidiana (53.8%). A diferencia de la dimensión del dolor/malestar, el 69.2% manifestaron tener dolor moderado; en cuanto a la ansiedad/depresión, se encontró una distribución igual en la escala de no presentación de ansiedad/depresión y al-

gún problema de ansiedad/depresión (46.2%), lo que coincide con otros autores,¹⁵ de que la osteoporosis causa afectación de la calidad de vida en la dimensión de presentar temor.

Aunque en el estado general de salud, el 67.7% de las encuestadas señalaron que éste es mejor que hace doce meses, queda la interrogante de definir si éste ha sido gracias al tratamiento, por lo que es necesario aplicar diversos instrumentos en forma comparativa¹⁸ antes y después de un tratamiento. Situación muy similar se presenta con la escala visual análoga (EVA), donde el 34% de las pacientes se calificó entre 81 a 90 puntos y el 31% lo hizo entre 71 a 80 puntos, es decir las calificaciones fueron altas. En este mismo sentido se hallan los datos obtenidos del estado de salud mediante equivalencia temporal, donde el 18.5% consideraron tener una salud perfecta, 25% manifestaron no tener problemas para caminar, ni para su cuidado personal o realizar sus actividades cotidianas; y sólo se presentó 1 caso (1.5%) que manifestó tener graves problemas en las tres primeras dimensiones, con moderados y sin problemas de dolor y depresión.

Cuando se revisó la asociación entre la escala visual análoga (EVA) y el estado de salud mediante equivalencia temporal, ésta fue representativa; ya que cuando las calificaciones de los estados de salud fueron altas, o casi en estado de "salud perfecta", correspondieron al puntaje de la EVA entre el 100 y 80, es decir que los pacientes se veían y sentían bien el día en que se les aplicó la encuesta, asimismo, a la inversa, cuando presentaban muchos problemas en algunas dimensiones, en la EVA se visualizaban dentro de los niveles más bajos de calificación. Existieron casos aislados al centro de la escala, lo cual puede explicarse por el tamaño de la muestra.

Finalmente se halló asociación estadísticamente significativa ($p < .05$), entre las 5 dimensiones evaluadas (movilidad, cuidados personales, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). Además de un predominio del nivel 1 (no tener problemas) en todas las áreas evaluadas y la correspondencia entre la escala análoga visual y el cuestionario EQ-5D, lo que nos orienta a considerar que el tratamiento médico al que han sido sometidas las pacientes, ha dado buenos resultados.

Si bien en el análisis y la discusión de los resultados debe considerarse la posible interferencia de los factores arriba mencionados, es posible que la participación total de sólo 65 personas participantes en la investigación haya reducido el obtener mejores conclusiones.

CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos a través de las encuestas, se encontró en la población de estudio, un predominio del nivel 1 (no tener problemas) en todas las áreas evaluadas y la corres-

pondencia entre la escala análoga visual y el cuestionario EQ-5D. Además en el estado general de salud la mayoría señalaron que este era mejor que hace doce meses; situación que coincidió con la escala visual análoga donde más del 60% tuvieron calificaciones arriba de 70 puntos. Por lo que podemos concluir que el tratamiento aplicado a las personas en estudio ha dado buenos resultados, por lo que habrá que insistir en el mismo. Pero es conveniente que en las dimensiones en las que hubo datos negativos como fueron dolor/malestar y problemas de depresión/ansiedad, éstos sean tomados en cuenta para modificar algunas de las estrategias de tratamiento.

Concluimos también que en la población de estudio y con los datos que se trabajaron, existió asociación entre las variables que miden la calidad de vida (movilidad, cuidado personal, actividad cotidiana, dolor/malestar, ansiedad/depresión) con una $p < .05$.

Es necesario aplicar el cuestionario del EuroQol a poblaciones más grandes para evitar que puedan existir sesgos en la información y hacerlo comparativo con otros instrumentos que evalúen la calidad de vida.

La gran demanda de atención por problemas de osteoporosis en los servicios de salud, nos hacen llegar a la consideración de que se deben tener programas actualizados y permanentes de prevención y tratamiento en los tres niveles de atención de la salud, que permitan disminuir a corto y mediano plazo sus complicaciones, sobre todo si tomamos en cuenta el perfil sociodemográfico que se está presentando en el país.

Gran parte de los programas que se dediquen a la atención de este problema de salud, requerirá entre otros proyectos, el de contar con instrumentos que permitan evaluar en forma específica la calidad de vida de las personas con este padecimiento, y que éstos se realicen pre y postratamiento, haciendo una correlación entre el tratamiento médico y el instrumento empleado. En el caso de evaluar la calidad de vida de personas con osteoporosis, se sugiere no emplear un solo instrumento sino varios, que hagan comparativo los datos obtenidos. Otro aspecto a considerar, es la necesidad de agregar indicadores que permitan que a través del instrumento empleado, se hagan análisis económicos del padecimiento a evaluar, lo cual nos permita medir su impacto.

Otro aspecto relevante, es la necesidad de que se realice un programa de educación en salud para la población potencialmente osteoporótica (es decir que reúna varios de los factores de riesgo), en quienes se debe realizar un programa en el sentido de promoción y protección de la salud, a través de un proceso educativo. Tal programa debe dirigirse con características específicas a la población riesgo.

REFERENCIAS

1. Dirección Electrónica: <http://www.osteo.org/osteo.html>. *Osteoporosis*

- sis Overview 1999.
2. Espinosa LF. Osteoporosis, un problema de salud que crece. *Directorio Médico*, México 1997; vol. IV No. 1.
 3. *Anuario Estadístico* 1997, 1998, 1999. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Ortopedia.
 4. Hornquist JO. The Concept of Quality of Life, *Scand J Soc Med* en Bowling Ann. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life" *Social Sciences Medicine* 1995; 41: 10, 1447-1462.
 5. Ziller RC. Self-Other Orientation and Quality of Life. *Soc Indic Res* 1,279, 1974 en Bowling Ann. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life *Social Sciences Medicine* 1995; 41(10): 1447-1462.
 6. Rosenberg R, Quality of Life, Ethics, and Philosophy of Science. *Nordic J Psychiat*, 46, 75, 1992 en Bowling Ann. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life *Social Sciences Medicine* 1995; 41(10): 1447-1462.
 7. Flanagan JC. Measurement of Quality of Life: Current state of the Art. *Arch Phys Med Rehabil*. American Institutes for Research in the Behavioral Sciences Palo Alto CA. EU 1982; 63: 56-59.
 8. Testa Marcia. Assessment of Quality of life outcomes. *The New England Journal of Medicine* 1996; 334(13): 835-840.
 9. Bowling Ann. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science Medicine* 1995; 41(10): 1447-1462.
 10. Wachtel T et al: "Quality of life in persons with HIV. Infection measurement by the Medical Outcomes Study Instrument. *Annals of Internal Medicine* 1992; 116: 2.5 en Directivo Médico Calidad de Vida, 1995; II(2): 9-11.
 11. Spitzer WO. Measuring the Quality of Life of Cancer Patients: A Concise QL-Index for Use by Physicians, *Journal of Chronic Disease*, 1981; 34: 585-597 en Brock Dan, "Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica" en Nussbaum Martha y Amartya Sen, La calidad de vida, Fondo de Cultura Económica, México 1996: 135-181.
 12. Chen MM, Bush JW, Donald LP. Social Indicators for Health Planning and Policy Analysis, *Policy Sciences*, 6, pp.71-89 (1975) en Brock Dan. Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica en Nussbaum Martha y Amartya Sen, La calidad de vida, Fondo de Cultura Económica, México 1996: 135-181.
 13. Bergner MB, Bobbitt RA, Kressel S, Pollard WE, Gilson BS, Morris JR. *The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure*, Medical Care 1981; Vol. XIX, 8: 787-805.
 14. Derogatis LR. The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research* 1986; 30(1): 77-91.
 15. Lydick E, Allison M, Barbara Y. *Impact of fears on quality of life in patients with a silent disease: Osteoporosis, Clinical Therapeutics* 1996; 8(16): 1307-1315.
 16. Badia X, Herdman M, Roset M, Chinmaa A. Viabilidad y validez de la EVA y la ET para la valoración de estados de salud transitorios. *Ponencia en las XIX Jornadas de Economía de Salud*, Zaragoza, junio 1999.
 17. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. (The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality Life scale). *Medicina Clínica*. 1999; 112 Suppl 1: 79-85.
 18. Badia LX, Herelman M, Schiaffino A. Determining correspondence between scores on the EQ-5D "thermometer" and a 5-point categorical rating scale. *Medical Care* 1999; 37(7): 671-7.
 19. Salked G, Cameron ID, Cumming RG, Easter S, Seymour J, Kurrle SE, Quine S. Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a time trade of study. *BMJ* 2000; 320(7231): 341-6.
 20. Dolan P, Torgerson D, Kakarlapudi TK. Health-related quality of life of Colles' fracture patients. *Osteoporosis International* 1999; 9(3): 196-9.

Domicilio para correspondencia:
 M. en C. Aurelio Tirzo Serrano Miranda
 Calzada México-Xochimilco 289 Col. Arenal
 de Guadalupe. Delg. Tlalpan. C.P. 14889.
 Tel. 53341000- 19008.

