

Análisis de las repercusiones en calidad de vida en pacientes en lista de espera para Prótesis de Rodilla

M^a Teresa Robles Ruiz*, M^a Teresa de la Chica Aragón**

**Enfermera en el Servicio de Traumatología. Hospital Universitario de Móstoles. **Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Zona Básica de Salud de Pastrana.*

Resumen

Introducción: La osteoartritis es una enfermedad crónica degenerativa articular uno de los principales problemas de salud a nivel mundial debido a su alta prevalencia. Existe poca investigación cualitativa de pacientes que sufren osteoartritis de rodilla y de las repercusiones en su calidad de vida.

Objetivo: Describir el impacto que tiene la lista de espera, en la calidad de vida, en pacientes con osteoartritis de rodilla, explorando el punto de vista del paciente a través de las percepciones, vivencias y sus necesidades. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo descriptivo que incluyó pacientes con diagnóstico de osteoartritis de rodilla, incluidos en lista de espera para ser intervenidos de prótesis total. Doce entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo. Se realizó un análisis temático de los datos, siguiendo una codificación de las entrevistas y agrupando la información en códigos. **Resultados:** El dolor, la limitación de la capacidad funcional y la repercusión que todo ello supone a nivel emocional y social fueron los aspectos más relevantes. Con respecto a las experiencias vividas en la atención sanitaria existe cierto descontento en cuanto al seguimiento por parte de los profesionales y la inclusión en la lista de espera. **Conclusión:** La osteoartritis se considera el foco central en la vida de los participantes. Los profesionales deben tener en cuenta que la experiencia de vivir con osteoartritis de rodilla varía entre individuos, por ello es preciso que la evaluación se considere individualmente. Analizando esos datos se proporciona a los profesionales sanitarios una información muy valiosa sobre cómo mejorar diferentes aspectos de la práctica clínica, permitiendo anticiparnos a problemas y detectar soluciones que ayuden a avanzar en complejos procesos de toma de decisiones. Por ello, es esencial recabar sus opiniones y así generar evidencia sobre sus prioridades.

Abstract:

Introduction: Osteoarthritis is a chronic degenerative joint disease one of the main health problems worldwide due to its high prevalence. There is little qualitative research on patients suffering from osteoarthritis of the knee and the repercussions on their quality of life.

Objective: To describe relevant data on the impact of the waiting list on quality of life in patients with knee osteoarthritis, exploring the patient's point of view through their perceptions, experiences and their needs. **Methodology:** A qualitative descriptive study was carried out that included patients diagnosed with knee osteoarthritis, included in the waiting list for total prosthesis surgery. Twelve semi-structured interviews were carried out. A thematic analysis of the data was carried out, following an encoding of the interviews and grouping the information into codes. **Results:** The pain, the limitation of the functional capacity and the repercussion that all this supposes at the emotional and social level were the most relevant aspects. With regard to the experiences in health care there is some discontent in terms of follow-up by professionals and inclusion in the waiting list. **Conclusions:** Osteoarthritis is considered the central focus in the life of the participant. Professionals must take into account that the experience of living with osteoarthritis of the knee varies between individuals and others, it is therefore necessary that the evaluation is considered individually. Analysis of these data, health professionals are provided with valuable information on how to improve different aspects of clinical practice, allowing us to anticipate problems and detect solutions that help to go forward on complex decision-making processes. Therefore, it is essential to gather their opinions and thus generate evidence about their priorities. **Keywords:** Quality of life, knee prosthesis, osteoarthritis, osteoarthritis, waiting list, chronic pain.

Introducción

La osteoartritis es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial debido a

su alta prevalencia, siendo considerada una de las causas más frecuentes de discapacidad en personas mayores de 65 años en países industrializados. Es una enfermedad crónica

degenerativa articular caracterizada por pérdida progresiva de cartílago articular, hipertrofia ósea marginal y cambios en la membrana sinovial. Más del 50% de la población mayor de 65 años presenta algún tipo de osteoartritis, siendo las más frecuentes la columna cervical y lumbar y las articulaciones interfalángicas distales, aunque las afectaciones más incapacitantes son las de cadera y rodilla. Concretamente, la artrosis de rodilla presenta una incidencia de 240/100.000 persona/año.^{1,5}

Aunque no existe una causa conocida como tal para el desarrollo de esta patología, hay factores involucrados, como son la edad, factores hereditarios, factores biomecánicos, enfermedades metabólicas, obesidad y trauma articular. El más importante y reconocido en la mayoría de los estudios es la edad, debido a que el cartílago no es igual en las diferentes etapas de la vida. Este proceso de envejecimiento de cartílago es común a todos los individuos, sin embargo, no todos los individuos presentan osteoartritis. Los individuos que lo padecen, parecen tener una velocidad acelerada de los cambios, dando comienzo más precozmente.²

El dolor es el principal síntoma de esta patología, más concretamente el crónico de características mecánicas¹. Dicho dolor además de reducir la calidad de vida del paciente en el ámbito de la salud física y emocional y en la vida social y familiar, también conlleva que se asocie con un incremento del riesgo de enfermedades psicológicas como ansiedad o depresión, debido a que, según datos de la iniciativa Pain Proposal, los enfermos de dolor crónico no se sienten comprendidos por la sociedad⁶

Para la artrosis, los tratamientos conservadores que existen actualmente no han demostrado que reduzcan la progresión de la enfermedad³ El único tratamiento que permite una reducción efectiva del dolor y una adecuada restauración de la función es la cirugía de reemplazo de prótesis total⁷. Esta cirugía es el tratamiento de elección para la osteoartritis en etapas definitivas, siendo un procedimiento seguro, con bajas tasas de complicaciones.³

El aumento de las necesidades de la población ha hecho que este procedimiento, junto con el reemplazo de cadera, sea la segunda cirugía ortopédica más frecuente. El gran aumento de esta demanda se ha traducido en una creciente lista de espera.⁷ Los últimos datos, sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud (SNS), con respecto a la especialidad de traumatología son de un tiempo medio de espera de 143 días, y

dependiendo de la situación es posible que el tiempo de espera se alargue más de los 6 meses, tiempo máximo de espera, en un 27,9% de los casos.^{8,9}

Estudios describen cómo la larga espera para la cirugía representa un gran impacto para el paciente, debido a que la carga que soporta durante ese tiempo puede representar consecuencias negativas en los resultados post-quirúrgicos.⁷ Elegir el momento adecuado para el reemplazo de prótesis es importante, ya que si se realiza con un buen nivel funcional los resultados serán mejores.¹⁰ Se ha evidenciado que el dolor, la fatiga, la calidad de vida, la salud general y la confianza en el manejo de la salud del propio paciente habían empeorado mientras se encontraban en lista de espera.^{1,3,5,7,11,14}

Un concepto importante a mencionar es la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).^{15,16} Dicho concepto es difícil de evaluar, teniendo en cuenta que es abstracto, subjetivo y multidimensional.¹⁷ La valoración de la CVRS de nuestros pacientes es un aspecto del proceso patológico cada vez más considerado a la hora de realizar la anamnesis, ya que está demostrado que la calidad de vida de cada persona tiene un efecto clínico sobre la sensación de bienestar.¹⁵ Para conocer con mayor exactitud este aspecto, se debe llevar a cabo a través de un informe verbal el cual, habitualmente ya se realiza en la práctica clínica. Con este tipo de diálogo cotidiano entre el paciente y la enfermera se proporciona una información muy valiosa sobre cómo mejorar diferentes aspectos de la práctica clínica, a la vez que permite anticipar problemas y detectar soluciones que ayuden a avanzar en el complejo proceso de toma de decisiones.

Existe poca investigación cualitativa de pacientes que sufren osteoartritis de rodilla. La investigación centrada en el paciente es escasa comparado con los estudios cuantitativos. Aunque se han llevado a cabo investigaciones sobre diversos aspectos en el paciente en lista de espera, no se ha prestado atención a sus propios puntos de vista acerca de su situación en este tiempo de espera. Se sabe poco acerca de las experiencias personales de aquellos que sufren esta dolencia y conocer así el proceso y la gravedad de la enfermedad.

Metodología

Se diseñó un estudio cualitativo descriptivo. El estudio se desarrolló en el municipio de Móstoles, localidad perteneciente a la Comunidad de Madrid. Realizando visitas

domiciliarias, se entrevistó a pacientes que se encontraban en lista de espera para prótesis de rodilla y que tuvieran como hospital de referencia el Hospital Universitario de Mostoles. La investigación tuvo lugar de Octubre de 2017 a Junio de 2018.

Para la selección de los participantes fueron utilizados como criterios de inclusión los mayores de 65 años, programados para ser intervenidos de prótesis total de rodilla, que mantuvieran una buena capacidad de comunicación y haber firmado el consentimiento informado. El tipo de muestreo seguido para este estudio fue por conveniencia, hasta generar saturación de datos. De un total de 42 pacientes elegidos a priori, fueron incluidos en el estudio 12. El proyecto fue presentado al Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del hospital, otorgando su aprobación.

Los instrumentos de evaluación utilizados en el estudio fueron la observación, las notas de campo, la escala visual analógica (EVA) y la entrevista semiestructurada. Algunas de las cuestiones planteadas fueron ¿en qué medida percibe que ha existido un seguimiento de su estado por parte del sistema sanitario?, ¿cómo se sintió cuando le dieron la opción de ser intervenidos quirúrgicamente?, ¿considera que fue incluido/a en la lista de espera en el momento idóneo?, ¿qué opinión tiene sobre el funcionamiento de la lista de espera?, ¿qué le hace sentir mejor?, ¿cree que su salud es peor ahora que hace un año?

La recogida de datos se llevó a cabo mediante la grabación de voz de la entrevista, para después poder transcribirla palabra por palabra y así facilitar su análisis. Las entrevistas tuvieron una duración media de unos 20 minutos.

Análisis del texto

El análisis del texto fue realizado teniendo en cuenta el enfoque fenomenológico de Giorgi (1970) como orientación teórico-metodológica. Este tipo de enfoque tiene como objetivo clarificar y desvelar lo vivido, no es una explicación ni una realidad en sí.^{18,19} Una vez recogida la información a través de las entrevistas y su transcripción, se llevó a cabo un análisis temático de los datos. A partir de ese punto se desarrolla la fase de codificación, con la ayuda del programa informático Software profesional para la investigación cualitativa, MAXQDA, The Art of Data a Analysis, 2018. Mediante la codificación se agrupa información en categorías que concentran ideas, conceptos o temas similares. Los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información obtenida en una investigación.

Resultados y discusión

De un total de 42 pacientes que se incluían en las listas de espera, sólo 20 pacientes fueron evaluados para incluirse en el estudio, de los cuales 8 pacientes fueron considerados no elegibles: 5 pacientes eran menores de 65 años, 2 pacientes presentaban deterioro cognitivo y 1 paciente estaba programado para recambio de prótesis de rodilla. Encontramos 12 pacientes elegibles que aceptaron participar en el estudio.

En relación a las variables independientes sociodemográficas, encontramos que la edad media de los participantes fue de 69 años, con un 83,3% de mujeres. El estado civil de los participantes era principalmente casados (83,3%) y con un bajo nivel de escolaridad (66,6%). El IMC medio fue de 30,041 kg/m², lo que indica una alta frecuencia de obesidad definida. Los pacientes se encuentran en la lista de espera con una media de 3 meses. Los datos se muestran en la siguiente tabla (Tabla I):

VARIABLES	n	%	Mínimo	Máximo
Género				
Hombre	2	16.6	-	-
Mujer	10	83.3	-	-
Edad, media			65 años	84 años
65-70 años	7	58.3	-	-
70-75 años	4	33.3	-	-
75-80 años	0	0	-	-
>80 años	1	8.3	-	-
Estado civil				
Soltero	0	0	-	-
Casado	10	83.3	-	-
Viudo	0	0	-	-
Separado	2	16.6	-	-
Vivir solo				
Si	1	8.3	-	-
No	11	91.6	-	-
Apoyo social				
Si	12	100	-	-
No	0	0	-	-
Estudios				
Primarias	8	66.6	-	-
Secundarios	4	33.3	-	-
Superiores	0	0	-	-
IMC, media	30,041	-	24	34,48
Tiempo en lista de espera, media (meses)	3 meses	-	1 mes	7 meses

Tabla I. Variables independientes (sociodemográficas).

En relación a las variables dependientes clínicas encontramos que el 100% de los entrevistados toman analgésicos en menor o mayor cantidad. El 66,6% utilizan dispositivos de apoyo. Pacientes que se encuentran en lista de espera consideran que su dolor en datos numéricos representa en reposo una media de 2,6 de puntuación y en movimiento de un 8,8 (Tabla II).

VARIABLES	n	%	Mínimo	Máximo
Analgésicos				
Si	12	100	-	-
No	0	0	-	-
Dispositivos de apoyo				
Si	8	66,6	-	-
No	4	33,3	-	-
EVA				
En reposo	2,6	-	0	8
En movim.	8,8	-	6	10

Tabla II. Variables dependientes: clínicas.

Unidades de análisis:

El dolor.

Se podría considerar el factor más evidente y molesto que desencadena el resto de consecuencias en este problema articular. Aunque, la mayoría de los participantes presentaban otro tipo de dolencia, el de la rodilla se percibía como el más debilitante. Los datos recogidos sobre el dolor, además de querer conocer sobre cómo lo perciben y describen, también se ha querido cuantificar. Para algunos pacientes les resultaba difícil asignar valores numéricos a un aspecto tan

subjetivo, teniendo que insistir en algunas entrevistas para que dieran un valor. Se ha podido demostrar que los pacientes se sienten más cómodos cuando expresan cómo perciben el dolor, descripciones con toda serie de detalles sin tener apenas que intervenir para tener mayor conocimiento sobre ello, en cambio, cuando debían de poner un valor numérico, contestaban con duda y cierta inseguridad (Tabla III).

Con respecto a las percepciones descritas por los entrevistados, no sólo hacen mención a la rodilla, también localizan el dolor en otras zonas del cuerpo como el muslo, la tibia, el pie y los dedos de los pies. El dolor percibido en la rodilla, cada uno lo describe de forma diferente: *“como si se me quisiese salir”, “como si me estuvieran cortando la rodilla”, “como si me estuvieran clavando algo”...* no hay un único dolor para el mismo problema. Es por ello que, es difícil comparar valores numéricos en percepciones totalmente diferentes (Tabla III).

CÓDIGOS	SUBCÓDIGOS	CITAS
Dolor	-Cuantificación del dolor -Percepción del dolor -Incapacidad -Consecuencias del tiempo	-“en reposo poco, un 3 o 4. Pero cuando me muevo hasta llegar a un 9”. -“el dolor es fuerte, como si me estuvieran pinchando en la corva y luego me tira hacia el tobillo”. -“no puedo andar, tengo que ir agarrándome por todos los lados de la casa”. -“parece que como al pisar mal... el cuerpo hacia el lado contrario, y digo, jolín si ya me estoy fastidiado la otra también”.
Grado de independencia	-Necesidad de ayuda -Capacidad de adaptación	-“ha tenido que ir mi nieto a por un recado porque yo no puedo”. -“voy con zapatillas de gel y bueno bien, porque ir con zapatos y andar 10 minutos con ellos... no puedo”.
Estrategias de afrontamiento	-Anhelos de independencia -Trastorno de imagen -Miedo en la vida diaria -Desesperación -Esperanza -Tristeza -Rabia -Impotencia	-“yo era una persona muy activa, me comía el mundo y ahora el mundo me ha comido a mí”. -“yo me veo andando con la muleta que parezco una vieja”. -“me meto con miedo en el plato de ducha [...] me da miedo cuando estoy sentada y levantarme”. -“a ver si oye mi nombre en el hospital, porque no puedo aguantar más”. -“con la gente que he hablado que han sido operadas de rodilla, todos dicen que han quedado muy bien”. -“estoy triste... tengo un carácter muy alegre y me noto que no”. -“estoy inútil total [...] me ha destrozado la vida la rodilla”. -“siempre me ha gustado hacer mucho deporte, y ahora me lo han quitado”.
Apoyo social	-Interacción familiar -Relaciones sociales	-“con las amigas en la calle, intento estar sociable. Pero en casa llega un momento que contestas mal”. -“no me relaciono con ninguna amiga ni con nadie, nos llamamos alguna vez, pero noto que ya hemos perdido esa relación”.

Tabla III: Impacto que tiene la espera en la CVRS.

La incapacidad funcional es el aspecto que genera más frustración e impotencia al participante. Todos describían el dolor junto con las limitaciones que les generaban. Los participantes describían gran dificultad en diferentes actividades habituales, incluido el poder andar. Para algunos el estar en reposo era su mayor alivio, en cambio otros expresaban que en cualquier posición presentaban dolor. Hay que tener en cuenta que al nivel de incapacidad funcional, uno de los factores que afecta en conjunto a la

articulación afectada es el grado de IMC que presenta el paciente. Según nuestro estudio, como variable independiente, el IMC medio de los pacientes entrevistados fue de 30,041Kg/m², indicando una obesidad definida. Aunque no se tiene constancia en el estudio de si la obesidad estuvo presente antes del problema articular. Sabemos que el dolor junto con la incapacidad genera en el paciente una inactividad que es inevitable, unido al aumento del grado del IMC. El IMC >=25,2Kg/m² es un factor de riesgo mecánico

para el desarrollo de osteoartritis de rodilla ya que aumenta la presión a soportar por la articulación., Todos los participantes expresaban su voluntad para intentar hacer ejercicio, debido a que, según ellos, podrían generarles otros tipos de problemas al estar siempre en reposo. Necesitan hacer un recorrido en el que no hubiese cuevas ni escaleras, pero además en un estudio realizado en un hospital de Suecia se describe que es más fácil caminar por el bosque, a pesar de que es irregular que caminar por la ciudad donde hay asfalto.²⁰ (Tabla III).

Cinco de los doce participantes hacen mención de la dolencia de otras articulaciones a consecuencia de las malas posturas que se adquieren por el dolor de rodilla. Describiendo con rabia esas consecuencias. Otro participante, en cambio, debido a la inactividad, sufría de asfixia al realizar el mínimo esfuerzo. Con respecto al ámbito profesional, muchos de los pacientes, antes de jubilarse, prejubilarse o pedir la incapacidad, tuvieron que darse de baja o acudir a la consulta de urgencias en diferentes ocasiones. Y haciendo referencia a otros artículos, hubo pacientes que tuvieron que pedirse reducciones de trabajo o delegar actividades para poder continuar trabajando y, aun así, vivir con una ansiedad continua de que pudieran perder su trabajo^{20,22} (Tabla III).

Grado de independencia.

El estado de dependencia en el que se ven inmersas estas personas, ha sido otro de los temas abordados en esta investigación. Los participantes hacen referencia a su falta de autonomía mediante la necesidad de dispositivos, la necesidad de otras personas y describen las actividades en la que necesitan ayuda. La mayoría hacen uso de dispositivos de apoyo como muletas o bastones, siendo para estos pacientes su uso imprescindible. Otros en cambio no lo usaban, pero sí hacían mención de apoyarse en el carrito de la compra o ponerse rodilleras por el simple hecho de sentirse más seguros. Aun así describen como su independencia se ha visto mermada. Según un estudio desarrollado en Bilbao, los pacientes explicaron que la distancia que podían recorrer dependía de si tenían apoyo o no y afirmaban estar intranquilos si tenían que ir solos. Un problema añadido se daba con las personas que no disponían de esa ayuda, hecho que los profesionales deberían considerar en este tipo de situaciones.²¹ En otro artículo se explica que al verse mermada la independencia del participante, los familiares tienen que

adaptarse a una nueva situación, generando resignación e impotencia.²³ (Tabla III).

Para poder afrontar las limitaciones que se le presentan, han generado la necesidad de adaptarse. Zapatillas que amortigüen al andar, poner agarraderos en las duchas, realizar movimientos que no perjudiquen aún más la situación... Uno de los artículos analizados, los participantes describen que suelen elegir lugares con escaleras mecánicas o ascensores, que haya bancos para descansar y preferiblemente desplazarse en automóviles antes que en trenes o autobuses.²⁰ (Tabla III).

Estrategias de afrontamiento.

En todos los participantes se observan diferentes emociones relacionadas con la repercusión que les ha generado la osteoartritis de rodilla, en calidad de vida. La incapacidad para ciertas actividades de la vida diaria, el dolor constante y la espera por la intervención, a través de sus testimonios, se ha podido captar el anhelo a la independencia, el trastorno de imagen, el miedo en la vida diaria, la desesperación, la esperanza, la tristeza, la rabia y la impotencia. En uno de los artículos analizados, los participantes describían que al reducir la actividad física, creó una sensación de pérdida, experimentando una vida restringida con menos espontaneidad. Además prevalecía el miedo a caer debido a un dolor inmediato y sentir "ser una carga", teniendo el deseo de no molestar a otras personas.²⁰ En un estudio desarrollado en Canadá, los participantes describieron cambios en la forma en que se veían a sí mismos. Hablaron de los cambios físicos que los hicieron sentir que no eran "infalibles". Los hombres, en particular, relataron que una vez se sintieron "fuertes" y "capaces", pero los síntomas de la rodilla los hicieron sentir menos capaces.²² (Tabla III).

Apoyo social.

Todos los entrevistados vivían acompañados por sus cónyuges o si vivían solos tenían el apoyo de sus hijos, mediante visitas domiciliarias que realizaban prácticamente todos los días. Los participantes pusieron de manifiesto la importancia del apoyo de su familia en el proceso que experimentaban, debido a las ayudas que éstos ofrecían a los pacientes. Los participantes son los primeros que reconocen que esta situación les ha generado cambios de ánimo, repercutiendo estos cambios a los familiares más cercanos. Por otro lado, los pacientes que tenían nietos, describían que eran un gran pilar bastante importante para ellos, haciéndoles llevar su día a día mejor (Tabla III).

Algunos de los entrevistados afirman no haber tenido muchas amistades anteriormente, por lo tanto esta situación, con respecto a este ánimo, no le ha repercutido. En cambio, otros pacientes sí que expresan la dificultad de poder mantener las amistades que siempre han tenido, algunas por el miedo a salir a la calle y otras por el bajo ánimo en el que se encuentran. Un estudio desarrolla que el dolor los hizo más irritables, lo que podría provocar distanciar en gran medida a sus seres queridos.²⁰ Además, poder realizar actividades de ocio estaba dificultado en gran medida, describiéndose en otro estudio que algunos participantes se sentían aislados de sus compañeros cuando no podían participar físicamente o mantenerse al día de sus amigos.²² (Tabla III)

Experiencias y percepciones de la atención sanitaria.

Tras la realización de las entrevistas se pudo conocer el seguimiento que habían recibido, el interés por parte de los profesionales y los métodos ofrecidos para paliar el dolor. La mayoría de los pacientes están satisfechos con el seguimiento que han recibido en consulta. Su queja se encuentra en que la opción de operarles e incluirles en la lista de espera se realiza de forma muy tardía. Muchos pacientes refieren que son incluidos en la lista

de espera tras ir varias veces a urgencias. Algunos entrevistados, en menor número, referían su descontento con el seguimiento recibido. Llevar un control en consulta cada cierto tiempo genera tranquilidad en el paciente y no siendo así, lleva a una incertidumbre continua de su estado en el futuro. Algunas personas no habían sido valoradas para la intervención por ser jóvenes para operarse, generando desesperación y desesperanza tras probar diferentes métodos para paliar el dolor sin obtener resultado. Aunque los pacientes por un lado están de acuerdo en la necesidad de que haya unos criterios de priorización para la lista de espera, por otro lado creen que hay que esperar demasiado con respecto a la situación en la que se encuentran, de gran incapacidad. En un estudio se sugirió muestra como promover una mayor participación del médico de atención primaria en la selección y priorización de los pacientes susceptibles de ser intervenidos, debido a su mayor conocimiento de la situación personal y familiar, agilizando así la gestión de la demanda²³ (23). Además en otro estudio destaca la importancia de que los médicos traten al paciente como una persona completa, considerando todos los aspectos en calidad de vida, y no solo tratar la rodilla, y así comprender la complejidad y efectos de la osteoartritis²⁰ (Tabla IV).

CÓDIGOS	SUBCÓDIGOS	CITAS
Experiencia y percepciones de la atención sanitaria	-Seguimiento	-“me ponían una infiltración y ala, y otros 3 meses o 4... y así durante 10 años, es desesperante, porque digo, es que no me quieren hacer nada”.
	-Interés por parte de los profesionales	-“me dice el doctor, ¿y usted viene a urgencias por un dolor de rodilla...? Yo es que vengo aquí porque tengo dolor, no por gusto. El médico no me tomaba en serio”.
	-Métodos para paliar el dolor	-“tomo de todo lo que hay en la farmacia y opioides, y estoy desesperada”.
Opinión respecto a la intervención quirúrgica	-Miedo al quirófano	-“siento que me quiero operar ya, cuando no me duele no me quiero operar”.
	-Miedo postoperatorio y las influencias ajenas	-“estoy muy nerviosa, porque la gente te dice, no te lo hagas que mira cómo se quedó esa de mal, otra te dice en pocos días están bien... y estás con el nervio”.
Planes de futuro		-“mi marido [...] le han dado 4 meses de vida. Ahora está con unos dolores... estoy deseando de que me operen, porque como se ponga peor y yo no pueda...”.

Tabla IV: Punto de vista del paciente a través de sus percepciones, vivencias y necesidades.

Dado que el dolor es un concepto subjetivo, en ciertas ocasiones los pacientes sienten que dudan de ellos. Y es que, participantes de otros artículos, muestran ese mismo sentimiento, viviendo con tristeza y resignación por la poca información y sensibilidad, con un trato frío y distante, hasta deshumanizado por parte de los profesionales.²³ En un artículo que estudió a pacientes jóvenes, describen sentirse subestimados, debido a que a menudo estos problemas articulares suelen darse en personas mayores.²² (Tabla IV).

Debido a la larga evolución de la enfermedad, los entrevistados afirman que después de llevar tanto tiempo tomando analgesia para paliar el dolor, ha llegado un momento que no es efectiva y que necesitan alternativas. Según el artículo desarrollado en Suecia, los médicos deben evaluar regularmente el dolor y el cumplimiento de la medicación para evitar que el dolor provoque una disminución progresiva de la calidad de vida de los pacientes.²⁰ (Tabla IV).

Opinión respecto a la intervención quirúrgica.

El miedo que existe ante una intervención tan agresiva como es poner una prótesis total de rodilla está presente en muchos de los entrevistados. Pero es cuando en situaciones de desesperación, por el dolor y la limitación, reclaman poder intervenir lo antes posible (Tabla IV).

En las entrevistas nos encontramos que el miedo al postoperatorio y las influencias por las experiencias ajenas van en relación. Siendo el pensamiento positivo o negativo de las experiencias del postoperatorio dependiendo de la influencia de los demás (Tabla IV).

Planes de futuro.

La mayoría de los pacientes tienen ya planes para después de la intervención. Algunos de esos planes son en relación con temas personales, pero en cambio otros son para seguir mejorando el nivel de calidad de vida. A partir de la intervención de prótesis total de rodilla, algunos entrevistados podrán planear intervenir de otra cirugía pendiente, de poder realizarse otros tipos de tratamientos para paliar el dolor de otros problemas de salud... y en el caso de una de las entrevistadas, cuidadora principal de su marido enfermo, existe la preocupación de quien lo atenderá si la intervención se alarga y su marido empeora. Todos los entrevistados hacen referencia a que la rehabilitación es dolorosa, pero se encuentran con las ganas suficientes para hacerla y así poder iniciar su rutina habitual lo antes posible (Tabla IV).

Conclusiones

Hoy en día, las listas de espera para procesos quirúrgicos es uno de los mayores problemas de salud pública a los que se enfrenta el sistema sanitario.

A través de este estudio se ha podido analizar las repercusiones en calidad de vida de los pacientes que se encuentran en lista de espera para prótesis de rodilla, y seguido de sus discursos extremadamente útiles para obtener una visión más amplia del tema, más allá de los cuestionarios estandarizados. El principal hallazgo fue que la osteoartritis de rodilla afecta a todos los aspectos de la calidad de vida en diferentes niveles. La osteoartritis se considera el foco central en la vida de los participantes, limitando su nivel de actividad, capacidad funcional, bienestar mental y relaciones sociales.

Analizando esta información se proporciona a los profesionales sanitarios unos datos muy valiosos sobre cómo mejorar diferentes aspectos de la práctica clínica, permitiendo anticiparnos a problemas y detectar soluciones que ayuden a avanzar en complejos procesos de toma de decisiones. Por ello, es esencial recabar sus opiniones y así generar evidencia sobre sus prioridades. Se podría decir, que la utilización de un instrumento de estas características, por parte de los profesionales sanitarios, permitiría una respuesta más adecuada a las necesidades de los pacientes. Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta que la experiencia de vivir con osteoartritis de rodilla varía en gran medida entre individuos, exigiendo que la evaluación de los pacientes se considere individualmente. Existe la necesidad de profundizar en otro tipo de criterios, con respecto a la priorización en la lista de espera, teniendo en cuenta los puntos de vista del paciente en cuenta a su calidad de vida.

Bibliografía

1. Val CL, López-Torres J, García EM, Navarro MS, Hernández I, Moreno L. Situación funcional, autopercepción de salud y nivel de actividad física en pacientes con artrosis. *Aten Primaria*. 2017;49(4):224-32.
2. Wainstein E. Patogénesis de la artrosis. *Rev Med Clin Condes*. 2014;25(5):723-27.
3. Martínez R, Martínez C, Calvo R, Figueroa D. Osteoartritis (artrosis) de rodilla. *Rev Chil Ostop Traumatol*. 2015;56(3):45-51.
4. Bernad-Pineda M, de las Heras-Sotos J, Garcés-Puentes MV. Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2014;58(5):283-89.
5. Cordero-Ampuero J, Darder A, Santillana J, Caloto MT, Nocea G. Vinculación de la afectación artrósica, la discapacidad funcional y la calidad de vida mediante un modelo de ecuación estructural. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2012;56(3):197-204.
6. Torralba A, Miguel A, Darba J. Situación actual del dolor en España: iniciativa "Pain Proposal". *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(1):16-22.
7. Desmeules F, Dionne CE, Belzile É, Bourbonnais R, Frémont P. Waiting for total knee replacement surgery: factors associated with pain, stiffness, function and quality of life. *BMC Musculo skelet Disord*. 2009;10:52.
8. Sistemas de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. msssi.gob.es [Página de Internet]. Gobierno de España: S.G. Información Sanitaria e Innovación; c2016 [updated 2016 Dic 31; citado 2017 Nov 15]. Disponible es: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/InfRecopilaciones/listaEspera.htm>
9. Real Decreto 1039/2011, de 15 de Julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un

- tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 207 de 29 de agosto de 2011.
10. Prada Hernández DM, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón JA, Hernández Cuellar IM, Porro Novo J, López Cabreja G, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y tratamiento rehabilitador. *Rev Cubana Reumatol.* 2011;13(17).
 11. Acherman IN, Bennell KL, Osborne RH. Decline in Health-Related Quality of Life reported by more than half of those waiting for joint replacement surgery: a prospective cohort study. *BMC Musculo skelet Disord.* 2011;12:108.
 12. Mascarenhas R. The Manitoba arthroplasty waiting list: impact on health-related quality of life and initiatives to remedy the problem. *J Eval Clin Pract.* 2009;15(1):208-11.
 13. Desmeules F, Dionne CE, Belzile É, Bourbonnais R, Frémont P. The burden of wait for knee replacement surgery: effects on pain, function and health-related quality of life at the time of surgery. *Rheumatology (Oxford).* 2010;49(5):945-54.
 14. De la Garza Jiménez JL, Vázquez Cruz E, Aguilar Rivera T, Montiel Jarquín A, Gutiérrez Gabriel I, Barragán Hervella R, et al. Calidad de vida en pacientes con limitación funcional de la rodilla por gonartrosis. En una unidad de primer nivel de atención médica. *Acta Ortop Mex.* 2013;27(6):367-70.
 15. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Rev Med Chile.* 2010;138:358-65.
 16. Solís Cartas U, Hernández Cuéllar IM, Prada Hernández DM, de Armas Hernández A, Ulloa Alfonso A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis. *Rev Cubana Reumatol.* 2013;15(3):153-59.
 17. Robinson Ramírez FT. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev Colomb Cardiol.* 2007;14:207-22.
 18. Giorgi AP, Giorgi B. *Phenomenological psychology.* En: Wallig C, Stainton-Rogers W, editores. *The Sage handbook of qualitative research in psychology.* Los Angeles, California: Sage; 2008. p. 165-78.
 19. Escalante Gómez E, Paramo MA, compiladores. *Aproximación al análisis de datos cualitativos. Aplicación en la práctica investigadora.* Mendoza, Argentina: Ed. Universidad del Aconcagua; 2011.
 20. Nyvang J, Hedström M, Gleissman SA. It's not just a knee, but a whole life: A qualitative descriptive study on patients' experiences of living with knee osteoarthritis and their expectations for knee arthroplasty. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2016;11(1):9.
 21. Escobar A, González N, Quintana JM, Las Hayas C. Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes. *Gac Sanit.* 2005;19(5):379-85. Mackay C, Jaglal SB, Sale J, Badley EM, Davis AM. A qualitative study of the consequences of knee symptoms: "It's like you're an athlete and you go to a couch potato". *BMJ Open.* 2014;4(10):10.
 22. Sampietro Colom L, Espallargues M, Reina MD, Marsó E, Valderas JM, Estrada MD. Opiniones, vivencias y percepciones de los ciudadanos en torno a las listas de espera para cirugía electiva de catarata y artroscopia de cadera y rodilla. *Atención Primaria.* 2004;33(2):84-94.