

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55
FRESNILLO ZACATECAS

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCION**

Trabajo que para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

DR. OMAR PEREZ BORTOLINI

Alumno de tercer año de la Especialidad en Medicina Familiar
Modalidad Semipresencial

Asesor: Dra. Aurora del Villar Barrios

Zacatecas

Fresnillo,

2007



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Se permite la impresión de esta tesis en formato digital para uso personal y no comercial, siempre y cuando se cite la fuente original y se mantenga intacta la información de autoría y derechos reservados.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta tesis en cualquier formato, así como su transformación, distribución, venta, alquiler, préstamo o cualquier otro uso que implique la explotación económica o el perjuicio de los derechos de autor. Queda permitida la impresión en papel para uso personal y no comercial, siempre y cuando se cite la fuente original y se mantenga intacta la información de autoría y derechos reservados.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCION**

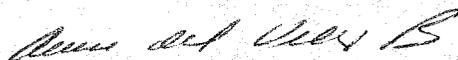
TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A:

DR. OMAR PEREZ BORTOLINI

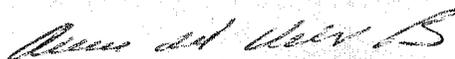
ALUMNO DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

AUTORIZACIONES:



DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICO GENERALES
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 55



DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS

ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICO GENERALES
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 55



DR. LUIS ROBERTO OROBIO SANTIAGO

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
HGZ NO 2 FRESNILLO, ZACATECAS.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

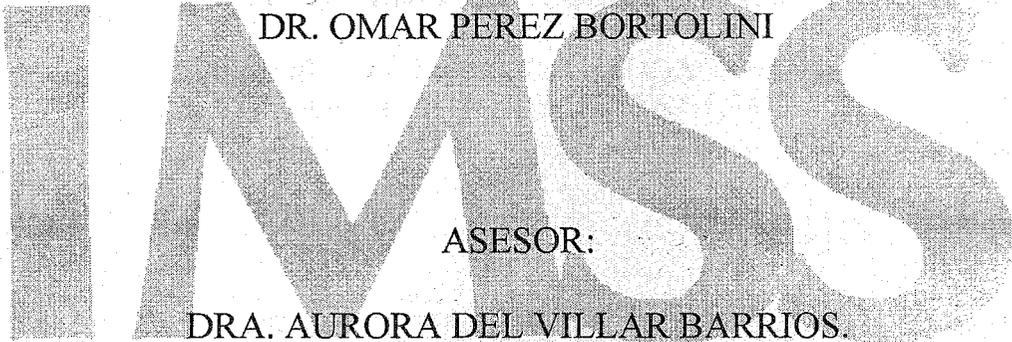


TESIS

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
ARTROSIS DE RODILLA EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCION**

AUTOR

DR. OMAR PEREZ BORTOLINI



ASESOR:

DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS.

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

FRESNILLO ZAC. 2007

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCION**

**TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

P R E S E N T A:

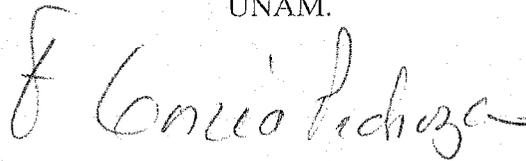
DR. OMAR PEREZ BORTOLINI

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.**



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

**COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

**COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

INDICE

Marco teórico	06
Planteamiento del problema	14
Justificación	15
Objetivos	17
Diseño metodológico	17
Muestreo	18
Variables	18
Operacionalización de variables	19
Descripción del estudio	23
Plan de análisis	23
Consideraciones éticas	24
Resultados	24
Discusión	38
Conclusiones	39
Anexos	
Anexo 1 Consentimiento informado	41
Anexo 2 Recolección de datos	42
Anexo 3 Formulario SF-12	43
Bibliografía	45

MARCO TEORICO

La osteoartrosis es la enfermedad articular más frecuente caracterizada por pérdida lentamente progresiva del cartílago articular seguida de cambios reactivos en los márgenes articulares y afecciones del hueso subcondral,¹ cambios bioquímicos y metabólicos de este tejido y la participación de citocinas en el proceso de degradación.² Se producen alteraciones en las propiedades mecánicas del cartílago y del hueso subcondral y que a su vez es expresión de un grupo heterogéneo de patologías de etiología multifactorial con manifestaciones biológicas, morfológicas y clínicas similares. ³

En términos generales la osteoartrosis se presenta a partir de 2 mecanismos. En el primero las propiedades biológicas del cartílago y del hueso subcondral son normales por el exceso de carga sobre la articulación determina la falla tisular. En la segunda el peso sobre la articulación es razonable pero las propiedades biológicas del cartílago y el hueso son deficientes. ⁴ Dentro de las alteraciones músculo esqueléticas que afectan al paciente obeso adulto, la osteoartrosis se puede considerar como la mas frecuente, además se le reconocen factores locales como deformidades articulares, historia de trauma articular y el peso sobre las articulaciones de miembros inferiores. ⁵

La Organización Mundial de la Salud informa que 10% de la población en general presenta algún grado de discapacidad, del cual el 7 % corresponde a padecimientos del sistema neuromusculoesquelético⁶ estimándose que 80 % de las personas mayores de 65 años presentan evidencias de artrosis de rodilla siendo causa del 10 al 25% de las visitas al médico de atención primaria.⁷ Es la causa más frecuente de discapacidad en los Estados Unidos de Norteamérica, cuya incidencia va en aumento generando importantes problemas socioeconómicos por los costes y la invalidez que conlleva,⁸ importante consumo de recursos, 10% de demanda médica en atención primaria, el 10% de las urgencias en centros hospitalarios, más del 15% de las incapacidades temporales y constituyen las primeras causas de invalidez

permanente. La artrosis de rodilla, por su prevalencia y frecuente discapacidad física asociada, ambas relacionadas con la edad, ocupan el primer lugar como causa de limitación funcional sobre todo en el anciano, en las actividades relacionadas con la bipedestación y el desplazamiento, y constituyen una de las causas más frecuentes de demanda de atención sanitaria, si bien apenas hay información acerca de las características que dicho proceso reviste en atención primaria.

La prevalencia de artrosis en cualquier articulación se estima en un 24% y, en la población mayor de 20 años la prevalencia global para artrosis de rodilla se estima de 10.2 %.⁹ De Pavía y cols. en el 2004 refieren que la localización de la articulación frecuentemente afectada es la articulación de la rodilla en un 57.6%, cuyo manejo inicial debe realizarse por el médico familiar en el primer nivel de atención.¹⁰ En México y en el resto del mundo es una de las causas de discapacidad más importante en personas de 40 años en adelante, los pacientes de la tercera edad son los más afectados. Antes de los 50 años los hombres tiene una alta prevalencia pero la incidencia es mucho más alta en las mujeres después de los 50 años. ^{11,12} Entre los factores de riesgo destacan: herencia, genética, sexo, edad, actividad laboral¹³, ejercicio físico¹⁴, alteraciones de alimentación¹⁵, traumatismos previos, densidad mineral ósea¹⁶, menopausia¹⁷, consumo de tabaco, índice de masa corporal mayor de 30 kg/m² ¹⁸

La evolución clínica de la gonartrosis es lenta e insidiosa, para la mayoría de los autores es poco invalidante en forma permanente, salvo en estadios avanzados, en donde existe gran destrucción articular mono o bilateral.¹⁹

Debemos tener en cuenta que el dolor favorece la inmovilización voluntaria del segmento afectado lo que deteriora la función que determina la aparición de complicaciones a nivel músculo articular. ²⁰

La osteoartrosis condiciona modificaciones para caminar, subir escaleras y otras actividades comunes dependientes de los miembros inferiores más que ningún otro padecimiento, lo que es particularmente cierto en la vejez,

además del impacto económico de la osteoartrosis es impresionantemente elevado. 21

La Guía Clínica del IMSS para la atención de pacientes con osteoartrosis de rodilla y cadera permite clasificarlas en 5 subgrupos: Subgrupo 1 caracterizada por Capacidad funcional normal, el Subgrupo 2 caracterizada por Dolor, limitación en una articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria. El subgrupo 3 se acompaña de dolor limitante, el subgrupo 4 de dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado y el subgrupo 5 de Limitación para el auto cuidado y la alimentación. Lo anterior aunado a los criterios para el diagnóstico (cuadro 1) nos permite definir un programa terapéutico. En lo referente al tratamiento farmacológico el objetivo es desaparecer el dolor para lo cual se recomienda el uso de acetaminofen a dosis máxima de 4 g. al día siendo la dosis recomendada de 500 a 1000 mg cada 8 hrs. Durante 6 semanas, en esta etapa de control del dolor se puede administrar a dosis bajas de otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos como son: naproxeno 250 a 500 mg cada 12 hrs., diclofenaco 100 mg cada 24 hrs., piroxicam 20 mg cada 12 hrs. En pacientes que el uso del paracetamol o AINES, no les proporciona control del dolor o bien en los casos en los que estos últimos están contraindicados, podemos utilizar los opiáceos menores como son la codeína, el dextropropoxifeno o el tramadol ya sea solos o en combinación con el paracetamol.

Las medidas conservadoras son efectivas en controlar la inflamación y el dolor articular, sin embargo no permiten reparar el cartílago y otras estructuras interarticulares dañadas durante el curso de la enfermedad. ⁶ Algunos estudios mencionan que uso de ejercicios puede mejorar la fuerza del cuadriceps incrementando la estabilidad articular que coadyuva a disminuir el dolor y por ende el consumo de analgésicos²² ya que la debilidad muscular puede producir una articulación inestable conduciendo al estiramiento del tejido inervado produciendo dolor e incapacidad resultando

por lo tanto una articulación en desuso y más debilidad creando un círculo vicioso. 23

Por otra parte, la calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas).

La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer una medición de una variable de expresión tipo subjetivo y poder obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud.

La UNESCO usa el término Calidad de Vida refiriéndose de forma integral a las necesidades humanas, no solo a un fragmento o parte de ella. Es indispensable que cada individuo debe ser considerado la única persona capaz de sopesar las satisfacciones de su vida.²⁴

La calidad de vida se ha descrito, como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad unido a un sentimiento de bienestar/malestar personal; pero, además, este juicio subjetivo se considera estrechamente conectado con determinados indicadores "objetivos" de tipo biológico, psicológico, conductual y social. Por otra parte, el concepto de calidad de vida ha sido definido por Smith (2001) como un equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños y realidades factibles en donde la evaluación de una calidad de vida es comprendida en términos de satisfacción, felicidad, salud y el enfrentamiento o adaptación efectiva a sucesos inesperados. 25 La percepción de la calidad de vida varía entre individuos y es un concepto dinámico en donde individuos con diferentes expectativas sobre su calidad de vida relacionada con la salud pueden tener una percepción de su calidad de vida diferente, incluso si tienen la misma enfermedad. 26

Los instrumentos específicos contienen dimensiones de la calidad de vida relacionados con la salud de una determinada patología que se quiere evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas que los clínicos

evalúan, el impacto de los síntomas en la medición de la calidad de vida extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física. Por lo tanto esta medida no permite comparaciones entre diferentes enfermedades.²⁷

La aparición del concepto de calidad de vida y la preocupación para su evaluación sistémica y científica es relativamente reciente, se consideran los factores psicológicos y sociales y la implicación que tiene en la vida del paciente o sea del deterioro o pérdida de calidad de vida causada por la presencia de la enfermedad. Esta perspectiva intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente, y lógicamente donde cobra más importancia es en las enfermedades de carácter crónico como el dolor crónico de origen osteo muscular donde tiene una marcada repercusión sobre la calidad de vida y los aspectos físicos y emocionales se encuentran significativamente influidos por las enfermedades reumáticas que originan dolor crónico.²⁸

La calidad de vida se concibe como un amplio concepto que abarca tres significados:

1. Calidad del entorno en que vivimos
2. Calidad de acción
3. Disfrute subjetivo de la vida (incluida la felicidad)

Al ser analizado la calidad de vida indica una combinación de cualidades de ahí que sólo debería ser utilizado como indicador.

En un concepto valorativo en el que convergen puntos de vista teóricos, filosóficos y políticos, que parte de proteger al hombre de cuanto pueda dañarlo para establecer mejores condiciones de vida. En medicina se define como "el equilibrio entre los estados de bienestar y malestar". Es la percepción del individuo respecto a su posición en la vida en el contexto en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones.²⁹

La calidad de vida en la salud puede adquirir una connotación particular y puede incluir todas las enfermedades y manifestaciones que afecten la salud, constriñan la libertad y dañen la felicidad de las personas. No debe

medirse, sino valorarse, pero sólo a partir de la propia actividad humana, su contexto, sus resultados y su percepción individual previamente adecuada.³⁰

CUADRO 1: CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE OSTEOARTROSIS DE RODILLA ³¹

CLINICOS Y DE LABORATORIO	CLINICOS Y RADIOLÓGICO	CLINICOS
Dolor en rodilla y al menos cinco de estas nueve condiciones	Dolor en rodilla y al menos una de estas cuatro condiciones	Dolor de rodilla y al menos tres de estas condiciones
<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor de 50 años • Crepitación • Crecimiento óseo • Hipersensibilidad ósea sin derrame palpable <ul style="list-style-type: none"> • Rigidez articular menor de 30 minutos • Eritrosedimentación menor de 40 mm/hr • Factor reumatoide menor de 1:40 • Líquido sinovial (claro, viscoso, conteo de leucocitos menor de 2000/mm cúbico) SENSIBILIDAD: 92% ESPECIFICIDAD: 75%	Dolor en rodilla y al menos de estas cuatro condiciones <ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor a 50 años • Crepitación • Osteofitos • Rigidez articular matutina menor a 30 minutos SENSIBILIDAD: 91% ESPECIFICIDAD: 86 %	Dolor de rodilla y al menos tres de estas seis condiciones <ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor de 50 años • Crepitación • Crecimiento óseo • Hipersensibilidad ósea • Sin derrame palpable • Rigidez articular menos a 30 minutos SENSIBILIDAD 95 % ESPECIFICIDAD: 69%

Fuente: Capítulo 9 Guía clínica para la atención de pacientes con osteoartrosis de rodilla y cadera (IMSS)

CUADRO I CLASIFICACION FUNCIONAL EN OSTEOARTROSIS

Subgrupo 1	Capacidad funcional normal
Subgrupo 2	Dolor, limitación en una articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria

Subgrupo 3	Dolor limitante
Subgrupo 4	Dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado
Subgrupo 5	Limitación para el auto cuidado y la alimentación

Fuente: Capitulo 9 Guía clínica para la atención de pacientes con osteoartrosis de rodilla y cadera (IMSS)

Los instrumentos de calidad de vida relacionados con la salud como es el SF-36 y su versión reducida el SF-12 es un instrumento genérico. Las encuestas que se enfocan a medir los diferentes aspectos del estado de salud deben de ser cortas y autoadministrables con resultados claros en los aspectos de salud medidos y el SF-36 cumple con estos requisitos.³²

Existen 2 versiones del SF-12 la primera desarrollada en 1994 en Estados Unidos de América y la segunda en el 2002 con el que se obtienen puntuaciones de las ocho dimensiones del SF-36. Consta de 12 ítems tomados de las ocho dimensiones del SF-36 que constan de los siguientes ítems: función física (2), función social (1), rol físico (2), rol emocional (2), salud mental (2), vitalidad (1), dolor corporal (1) y salud general (1).³³

Los ítems medidos no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional.³⁴

La asignación de puntuación es sencilla se transforma el puntaje a escala de 0 a 100 donde lo mejor será el 100, los ítems de 3 categorías serán 0, 50 y 100 respectivamente los de 5 categorías serán 0, 25, 50, 75 y 100, los de 6 categorías 0, 20, 40, 60, 80 y 100. Posteriormente los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran.³⁵

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población en general mediante múltiples acciones ha logrado una mayor longevidad debida en gran parte a medidas preventivas y curativas aunado al estilo de vida.

Debido a ello se prevé que la población de adultos mayores en general aumente considerablemente para las próximas décadas estimándose que dentro de unos 30 años el 15% de la población alcanzara más de 60 años de vida.

Esto aumentará considerablemente la demanda de servicios de salud en el país por padecimientos crónico degenerativos y sus complicaciones mismas, por esta situación los objetivos de los programas de salud ya no están enfocados únicamente en lograr un incremento en la longevidad de la población si no también en que esta longevidad sea de la mayor calidad posible.

Si se conoce la calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores teniendo en cuenta los padecimientos crónicos degenerativos como es el caso de la osteoartrosis de rodilla se pueden determinar acciones preventivas y de fomento a la salud para mejorar su calidad de vida en estos pacientes.

La prevención y la protección son básicas y fundamentales para una buena calidad de vida en los pacientes que han logrado su longevidad.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida en los pacientes con artrosis de rodilla en la Unidad de Medicina Familiar Numero 44 de Valparaíso, Zacatecas?

3.- JUSTIFICACION

Los padecimientos crónicos degenerativos son hoy por hoy los que mayormente afectan a la población adulta mayor por lo que se justifica ampliamente el conocimiento de la calidad de vida de los mismos. Donde desde hace años se intenta mediante distintos estudios estudiar la calidad de vida de distintas maneras.

En 1990 se realizo un ensayo clínico por Morris David Morris en distintas entidades de la república Mexicana mediante el cuestionario PQLI que mide el bienestar social en donde tomo como bienestar social en conjunto de condiciones materiales necesarias para lograr el desarrollo integral de los individuos en la sociedad.

También se aplico por el mismo autor el HDI que es el índice de desarrollo humano, es un índice relativo cuyos resultados nos presentan las posiciones de los estados o países con respecto a otros. Fue calculado por primera vez por la United Nations Development Programme (UNDP). Este índice intenta medir el desarrollo humano, entendido este como un proceso de ampliación de las elecciones infinitas y variadas de la gente.

Los planes estatales de desarrollo en Zacatecas como es el caso del propuesto de 1990 a 2004 toman como un factor decisivo para la calidad de vida el desarrollo económico y social que se pueda alcanzar mediante la participación conjunta entre gobierno y población.

Sin embargo si se identifican mediante los estudios de calidad de vida las áreas que se encuentran más afectadas desde el punto de vista Médico y sus posibles causas podríamos influir en el mejoramiento de su calidad de vida.

Es innegable que los factores que influyen en una buena calidad de vida son múltiples y muy variados sin embargo los datos que se logran recolectar influyen directamente sobre la población y su Médico Familiar a tener una visión propia y más amplia sobre las perspectivas sobre la calidad de vida.

De ahí, que el Médico Familiar en el primer nivel de atención conozca las dimensiones del área de la salud que son vulnerables en los pacientes longevos con padecimientos crónico degenerativos como la osteoartrosis de rodilla incluso su comorbilidad y que si bien no se podrán

modificar todos los factores que las condicionan, si permitirá determinar las acciones a mejorar las que sean modificables lográndose de esta manera en forma definitiva una prevención del daño y un mejoramiento en la calidad de vida de nuestros pacientes.

4.- OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- v Identificar la calidad de vida del paciente con artrosis de rodilla en la Unidad de Medicina Familiar No 44 de Valparaíso, Zacatecas.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- v Identificar la prevalencia de osteoartrosis de rodilla
- v Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con artrosis de rodilla. (edad, sexo, estado civil, ocupación, dependencia económica, escolaridad)
- v Identificar el estadio funcional de los pacientes con artrosis de rodilla. (subgrupo I, subgrupo II, subgrupo III, subgrupo IV y subgrupo V)
- v Identificar las características antropométricas de los pacientes con artrosis de rodilla, mediante la determinación del Índice de masa corporal
- v Determinar la comorbilidad asociada a la osteoartrosis de rodilla (diabetes, hipertensión, gastritis)

5. MATERIAL Y METODOS

5.1 DISEÑO: Encuesta descriptiva

- v Transversal.
- v Retrospectivo
- v Descriptiva
- v Observacional

5.2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes derechohabientes del IMSS de ambos sexos mayores de 50 años de edad, adscritos a la UMF No. 44 con osteoartrosis de rodilla y que acudan a ésta a solicitar atención médica.

5.2.2. LUGAR

Unidad de Medicina Familiar No. 44 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Valparaíso, Zacatecas.

5.2.3 TIEMPO

En el período del 01 de Junio al 30 de Julio del 2007.

5.3. CRITERIOS DE SELECCION

5.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Derechohabiente de ambos sexos, mayores de 50 años de la UMF 44

5.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no acepten participar en el estudio

5.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACION

Cuestionarios incompletos

6.- MUESTREO

6.1.- DISEÑO DE LA MUESTRA:

6.2.- TÉCNICA MUESTRAL: se utilizó muestreo no probabilístico por cuota, se incluyeron por conveniencia a todos aquellos pacientes que reunían los criterios de inclusión que acudieron a la UMF 44 de Valparaíso Zacatecas

6.3.-

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La UMF 44 tiene 743 derechohabientes mayores de 50 años, de los cuales 367 son del sexo masculino y 376 mujeres. Al total de la población

mencionada se les aplicó los criterios para el diagnóstico de osteoartrosis de rodilla encontrándose solo a 116 pacientes con resultados positivos a este padecimiento a quienes se les aplicó la encuesta para el estudio.

7.0 VARIABLES RECOLECTADAS

7.0.1 VARIABLE DEPENDIENTE

- **Calidad de vida**

7.0.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

Sociodemográficas:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación

Clínicos:

- Índice de masa corporal
- Artrosis de rodilla
- Comorbilidad

7.0.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CALIDAD DE VIDA

Definición conceptual: Percepción de individuo sobre su posición en la vida dentro

de el contexto cultural y del sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

Definición operacional: El resultado de la encuesta para calidad de vida SF-12

Escala de Medición: Nominal

Categorías: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. De 0 (peor salud) a 100 (mejor salud) puntos en sus distintas dimensiones.

EDAD

Definición conceptual: Tiempo transcurrido de una persona desde el momento del nacimiento hasta el momento del estudio de investigación.

Definición operacional: Edad cumplida al momento del estudio

Escala de medición: Cuantitativa Discontinua

Categoría: Edad en años

SEXO

Definición conceptual: Características anatómicas y biológicas que define y diferencia al hombre de la mujer

Definición operacional: característica fenotípica socialmente determinadas

Escala de medición: Nominal dicotómica

Categorías: masculino y femenino

ETADO CIVIL:

Definición conceptual: Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Definición operacional: Es el estado o condición civil que refiere la persona en el momento de la aplicación de la entrevista

Escala de medición: Nominal Policotómica

Categoría: Soltero, casado, viudo, unión libre

ESCOLARIDAD:

Definición conceptual: Grado de estudios alcanzados

Definición operacional: Grado escolar máximo cursado al momento de aplicar la encuesta

Escala de medición: Cualitativa Ordinal

Categoría: Primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta,

preparatoria completa, preparatoria incompleta, licenciatura completa, licenciatura incompleta, técnica completa, técnica incompleta, posgrado completo, posgrado incompleto, analfabeta.

OCUPACION

Definición conceptual: Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la posición en el trabajo

Definición operacional: Trabajo u oficio que desempeña al momento del estudio

Escala de medición: Politómica

Categoría: Peón, campesino, obrero, cargador, independiente, desempleado, pensionado con actividad productiva, pensionado sin actividad productiva.

INDICE DE QUETELET

Definición Conceptual: Valoración cuantitativa relativa que valora el grado de nutrición a fin de que el organismo realice sus funciones para recuperar energía y sustancias necesarias para la vida.

Definición operacional: resultados del IMC peso/talla ⁽²⁾, (peso corporal de la Persona expresado en kilogramos entre la talla al cuadrado expresada en metros)

Escala de medición: Cualitativa Ordinal

Categorías: Normal de 18.4 a 24.9
Sobrepeso de 25 a 26.9
Obesidad grado I de 27 a 29.9
Obesidad grado II de 30 a 39.9
Obesidad grado III de 40 o más

ARTROSIS DE RODILLA

Definición conceptual: Enfermedad reumática más frecuente que afecta la articulación de la rodilla caracterizada por pérdida lentamente progresiva de cartílago articular seguida de cambios reactivos en los márgenes articulares y afección al hueso subcondral que se presenta sobre todo en las articulaciones de carga.

Definición operacional: clasificación funcional de la artrosis de rodilla de acuerdo a la guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la osteoartrosis de rodilla del instituto mexicano del seguro social.

Escala de medición: Cualitativa Ordinal

Categoría:

Subgrupo 1 Capacidad funcional normal

Subgrupo 2 Dolor, limitación en una articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria

Subgrupo 3 Dolor limitante

Subgrupo 4 Dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado

Subgrupo 5 Limitación para el auto cuidado y la alimentación

COMORBILIDAD:

Definición conceptual: Asociación de patologías secundarias en un paciente determinado

Definición operacional: Presencia de enfermedades crónico degenerativas en pacientes con artrosis de rodilla (Diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.)

Escala de medición: Cualitativa Nominal Dicotómica

Categorías: Si, No

8.0 DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Una vez aprobado el Protocolo por el Comité de Investigación del HGZ No. 1 de Zacatecas, Zacatecas el investigador procedió a la obtención de datos y aplicación de la encuesta durante la consulta médica cotidiana de primer nivel de los derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no. 44 previa autorización del consentimiento informado correspondiente, para determinar la prevalencia y en qué subgrupo de osteoartrosis se encuentran, se determinó su perfil clínico epidemiológico de los mismos y la comorbilidad con otras entidades patológicas y la aplicación del instrumento SF-12 para valorar su calidad de vida relacionada con la salud, al tenerse completa la información necesaria se procedió a la captura de la base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 14, programa Excel de Microsoft Vista y se presentan en cuadros y graficas para concluir con el escrito final.

9.0 INSTRUMENTOS

- Cedula de recolección de datos
- Encuesta de salud SF-12

10.- CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio no contraviene los aspectos éticos contemplados en la Declaración de Helsinki y sus modificaciones de Octubre del año 2000 en Edimburgo Escocia. Así como las consideradas en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos ya que por sus características se considera un estudio sin riesgo ya que no existe ningún tipo de intervención.

Se solicitó consentimiento informado a todos los participantes y se guardó la confidencialidad de los datos obtenidos.

11.- RESULTADOS

Se realizó tamizaje del total de los 743 pacientes mayores de 50 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no. 44 de Valparaíso Zacatecas, con la finalidad de determinar la prevalencia de la osteoartrosis de rodilla mediante los criterios para el diagnóstico de osteoartrosis de rodilla contenida en la Guía Clínica para la atención de pacientes con osteoartrosis de rodilla y cadera del Instituto Mexicano del Seguro Social, encontrándose con 116 pacientes con osteoartrosis de rodilla, con lo cual se determina que la prevalencia de la osteoartrosis de rodilla en los pacientes mayores de 50 años de esta unidad médica es del 15.61%.

Dentro del análisis realizado se encontró que la edad mínima fue de 50 años la máxima de 85 con una media de 64.48 y su desviación estándar de 8.933

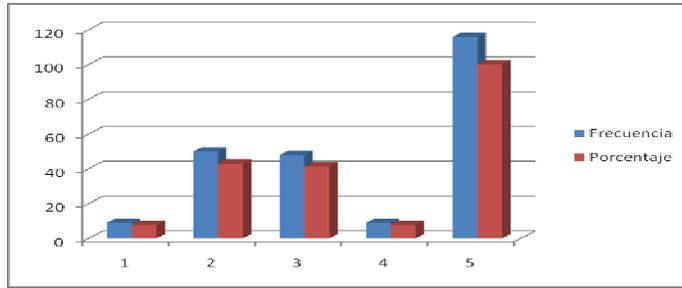
Posteriormente mediante los criterios de la clasificación funcional contenida en la misma Guía Clínica se determinó en que subgrupo se encuentra cada uno de los 116 detectados con osteoartrosis de rodilla encontrándose 9 en el subgrupo 1 que corresponde 7.8%, 50 en el subgrupo 2 con el 43.1%, 48 al subgrupo 3 con el 41.4% y finalmente 9 en el subgrupo 4 con el 7.8%. Obteniéndose el cuadro y grafica no 1.

Cuadro no. 1
Clasificación funcional en pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007

Subgrupos	Frecuencia	Porcentaje
Subgrupo1	9	7.8
Subgrupo2	50	43.1
Subgrupo3	48	41.4
Subgrupo4	9	7.8
Total	116	100.0

Fuente: Encuesta

Grafica no. 1
Clasificación funcional en pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007



Fuente: Cuadro No. 1

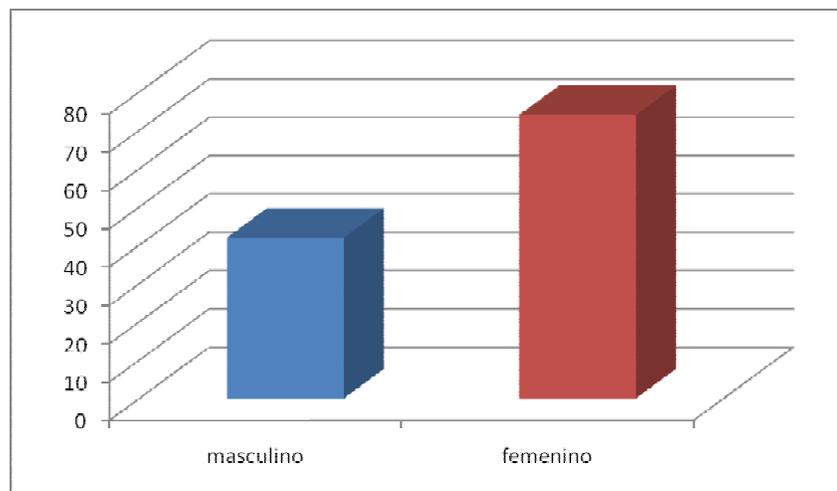
A cada paciente que se le encuentra con osteoartritis de rodilla se procede a la aplicación de la encuesta para la recolección de datos sociodemográficos como fueron sexo, estado civil, ocupación, y escolaridad obteniéndose los cuadros y graficas siguientes.

Cuadro no. 2
Distribución por sexo en pacientes mayores de 50 años de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	42	36.2
Femenino	74	63.8
Total	116	100.0

Fuente: Encuesta

Grafico no. 2
Distribución por sexo en pacientes mayores de 50 años de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007



Fuente: Cuadro no. 2

En la grafica anterior podemos observar que es en relación al total el 36.2% corresponde al sexo masculino con 42 pacientes y el 63.8% a mujeres con 74 pacientes por lo que se comprueba que es más frecuente en el sexo femenino que el masculino.

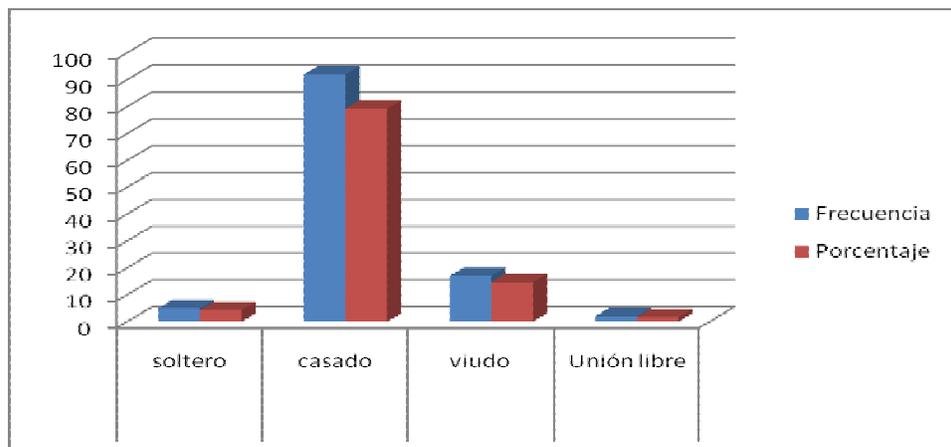
En relación a el estado civil se muestra en el cuadro no. 3 donde se observa que el 4.3% con 5 individuos son solteros, el 79.3% con 92 pacientes son casados, se encontraron 17 viudos siendo el 14.7% y tan solo 2 en unión libre siendo el 1.7%.

Cuadro no. 3
Estado civil de pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	5	4.3
Casado	92	79.3
Viudo	17	14.7
Unión libre	2	1.7
Total	116	100.0

Fuente: Encuesta

Grafico no. 3
Estado civil de pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007



Fuente: Cuadro no. 3

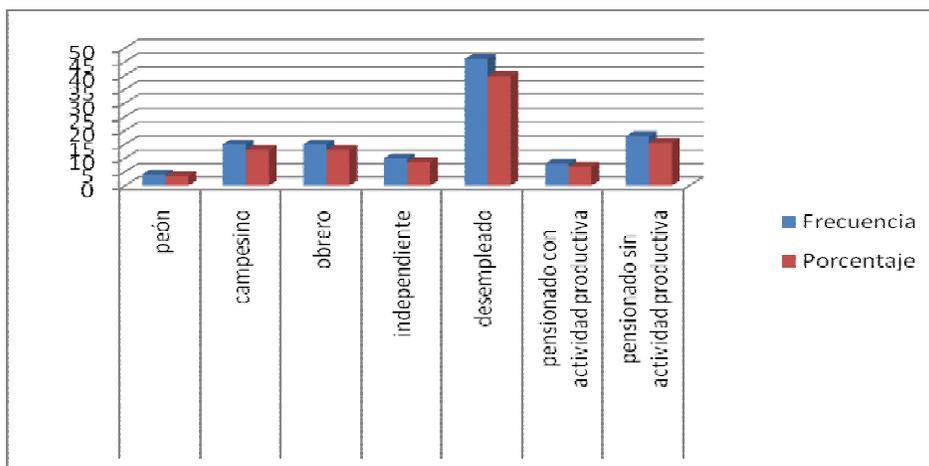
Dentro de la ocupación se encuentra con 4 que laboran como peones siendo un 3.4%, 15 como campesinos con 12.9%, 15 como obreros con un 12.9%, independientes 10 con un 8.6%, desempleados 46 con un 39.7%, pensionados con actividad productiva 8 con un 6.9%, pensionados sin actividad productiva 18 con un 15.5%.

Cuadro no. 4
Ocupación en los pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007

Ocupación general	Frecuencia	Porcentaje
Peón	4	3.4
Campesino	15	12.9
Obrero	15	12.9
Independiente	10	8.6
Desempleado	46	39.7
Pensionado con actividad productiva	8	6.9
Pensionado sin actividad productiva	18	15.5
Total	116	100.0

Fuente: Encuesta

Grafico no. 4
Ocupación en los pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007



Fuente: Cuadro no. 4

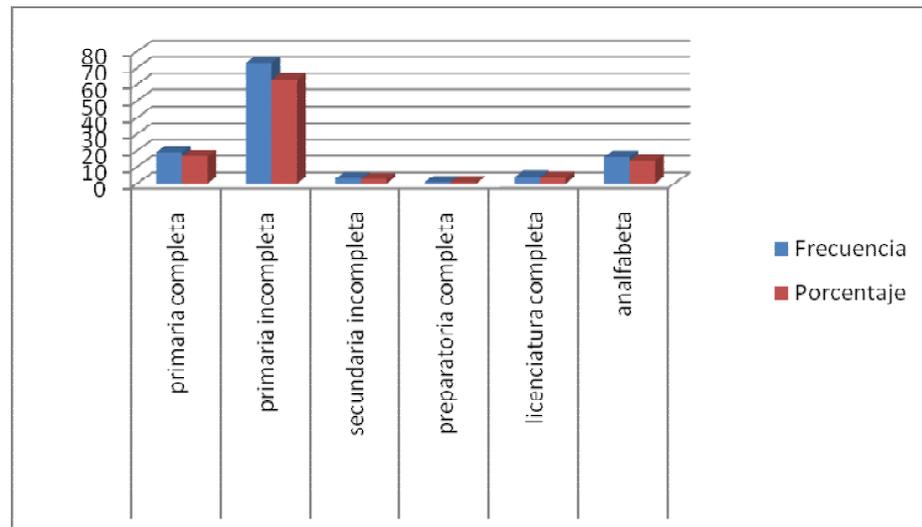
En cuanto a la escolaridad se encuentra con 19 personas con primaria completa siendo un 16.4%, primaria incompleta 73 con un 62.9%, secundaria incompleta 3 con un 2.6%, preparatoria completa 1 con un 0.9%, licenciatura completa 4 con un 3.4% y finalmente 16 analfabetas con un 13.8%.

Cuadro no. 5
Escolaridad de los pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44 Valparaíso, Zac. 2007

Grado de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	19	16.4
Primaria incompleta	73	62.9
Secundaria incompleta	3	2.6
Preparatoria completa	1	.9
Licenciatura completa	4	3.4
Analfabeta	16	13.8
Total	116	100.0

Fuente: Encuesta

Grafica no. 5
Escolaridad de los pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44 Valparaíso, Zac. 2007



Fuente: Cuadro no. 5

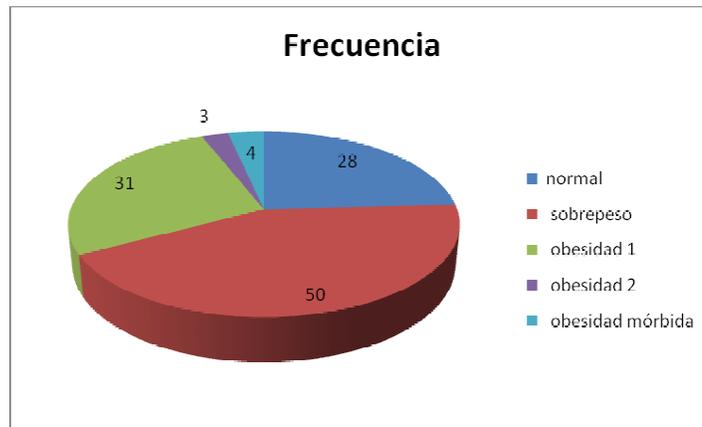
Se realiza la determinación del Índice de Masa Corporal por la importancia que reviste en relación con la osteoartrosis de rodilla en donde se encuentra que 28 pacientes siendo un 24.1% se encuentran en peso normal, 50 pacientes ocupando el 43.1% están con sobrepeso, 31 personas con el 27.7% con obesidad 1, 3 con el 2.6% se encuentran en obesidad 2 y solo 4 con el 3.4% se encuentran con obesidad mórbida.

Cuadro no. 6
Índice de masa corporal en pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44 Valparaíso, Zac. 2007

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	28	24.1
Sobrepeso	50	43.1
Obesidad 1	31	26.7
Obesidad 2	3	2.6
Obesidad mórbida	4	3.4
Total	116	100.0

Fuente: Encuesta

Grafica no. 6
Índice de masa corporal en pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44 Valparaíso, Zac. 2007



Fuente: Cuadro no. 6

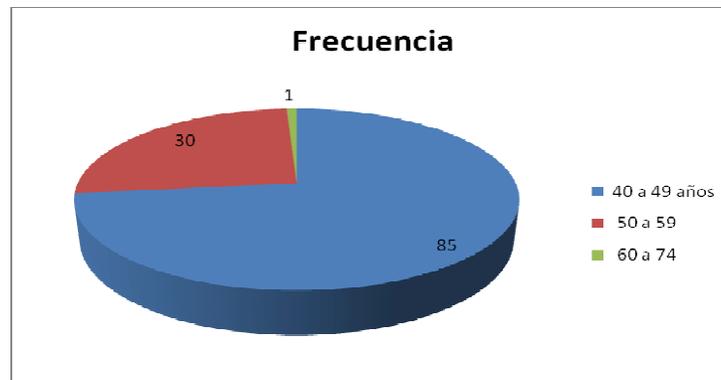
En cuanto al inicio de la osteoartritis de rodilla se encontró que 85 personas lo refieren de los 40 a 49 años con un 73.3%, 30 personas de los 50 a 59 años con un 25.9% y tan solo 1 paciente lo refiere entre los 60 y 74 años de edad con un 0.9%.

Cuadro no. 7
Inicio de enfermedad de rodillas en mayores de 50 años
de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007

Edad de inicio de la osteoartritis	Frecuencia	Porcentaje
40 a 49 años	85	73.3
50 a 59	30	25.9
60 a 74	1	.9
Total	116	100.0

Fuente: Encuesta aplicada

Cuadro no. 7
Inicio de enfermedad de rodilla en mayores de 50 años
De la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007



Fuente: Cuadro no. 7

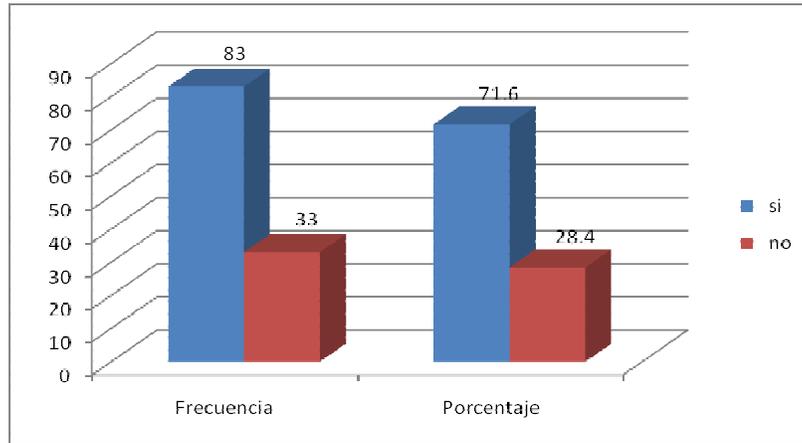
Se investigó la comorbilidad con otras enfermedades por la importancia que puede revestir en relación a su calidad de vida de los pacientes con osteoartritis de rodilla en donde se encontró que 83 de los 116 pacientes presentan comorbilidad correspondiendo al 71.6% y 33 pacientes negaron la comorbilidad siendo un 28.4%.

Cuadro no. 8
Existencia de comorbilidad en pacientes mayores de 50 años
De la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007

Existencia de comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	83	71.6
No	33	28.4
Total	116	100.0

Fuente: Encuesta aplicada

Grafico no. 8
Existencia de comorbilidad en pacientes mayores de 50 años
De la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007



Fuente: Cuadro no. 8

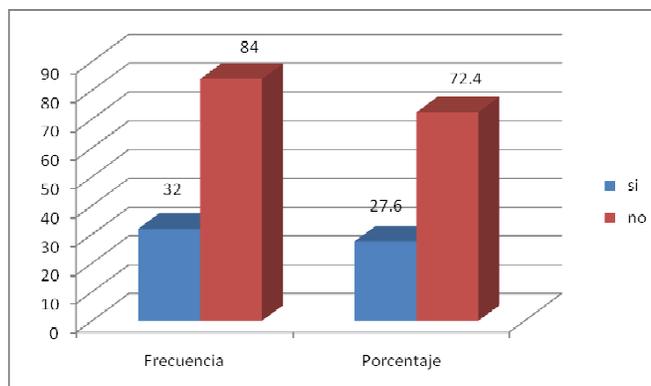
Encontrando dentro de la comorbilidad más importante la diabetes y la hipertensión se encontraron en caso de la diabetes 32 personas con comorbilidad de diabetes siendo un 27.6% y 84 que negaron la existencia de esta siendo un 72.4%.

Cuadro no. 9
Comorbilidad con Diabetes en pacientes mayores de 50 años
De la UMD 44, Valparaíso Zac. 2007

Existencia de diabetes	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	27.6
No	84	72.4
Total	116	100.0

Fuente: Encuesta aplicada

Grafico no. 9
Comorbilidad con diabetes en los pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007



Fuente: Cuadro 9

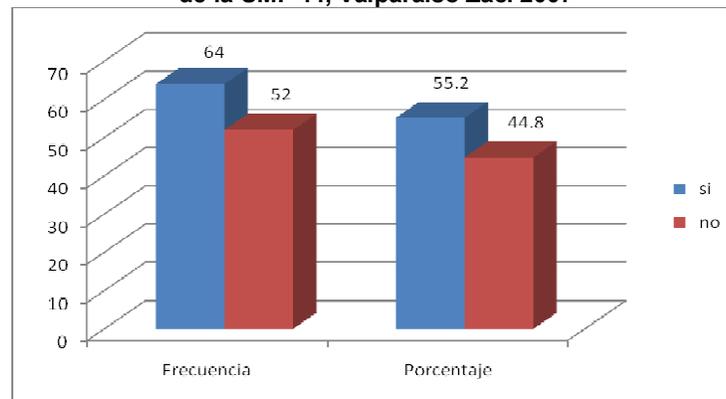
La hipertensión se encontró con 64 personas de las 116 que presentan comorbilidad con hipertensión correspondiendo al 55.2% y 52 que negaron esta comorbilidad con un 44.8% del total.

Cuadro no. 10
Comorbilidad con Hipertensión en pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007

Existencia de hipertensión	Frecuencia	Porcentaje
Si	64	55.2
No	52	44.8
Total	116	100.0

Fuente: Encuesta aplicada

Grafico no. 10
Comorbilidad con hipertensión en pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007



Fuente: Cuadro no. 10

Al analizar el índice masa corporal por sexo encontramos los siguientes datos relevantes, si observamos el cuadro no. 11 del total de los hombres que fueron 42 que se les aplicó la encuesta 8 se encuentran en peso normal siendo un 19%, 22 con sobrepeso siendo un 52.38%, 10 con obesidad grado 1 con un 23.80%, y 2 con obesidad mórbida siendo un 4.76%.

En relación a las 74 mujeres encontramos 20 en peso normal siendo un 27%, 28 con sobrepeso siendo un 36.48%, 21 con obesidad grado 1 siendo un 28.37% 3 con obesidad grado 2 siendo un 4.05% y 2 en obesidad mórbida con un 2.70%.

De lo anteriormente descrito se concluye que dentro del sexo masculino solo el 19% presentan un peso normal contra un 80.95% que presentan un aumento de peso corporal,

y en el sexo femenino se encuentra con solo 20 en peso normal siendo un 27% contra un total de 54 pacientes fuera de rango de peso normal siendo un 46.55%.

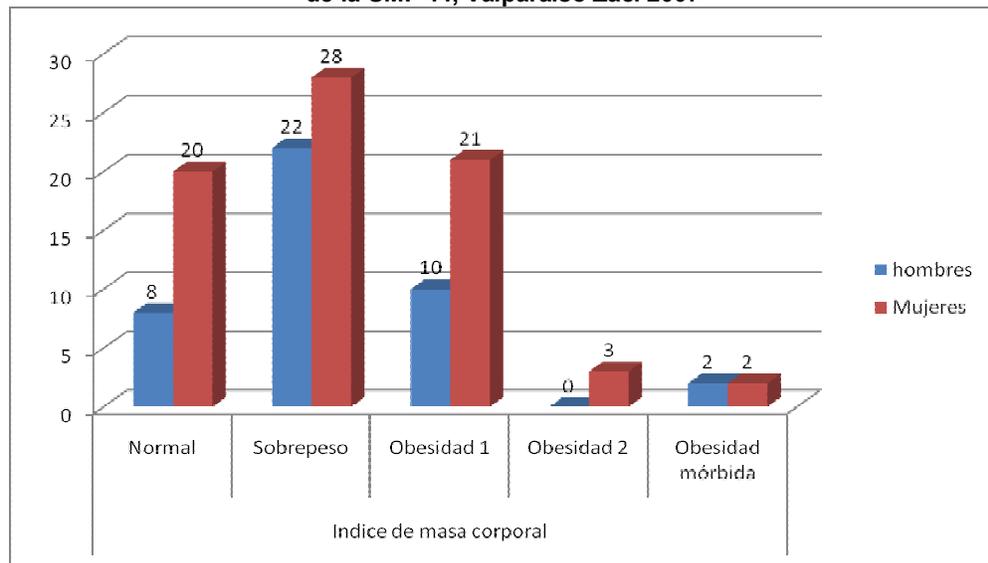
Donde es importante destacar que la gran mayoría de los pacientes están fuera de rango del peso normal, esta alteración afecta indiscutiblemente sobre la calidad de vida y la osteoartrosis misma.

Cuadro no. 11
Valoración de Sexo con el índice de masa corporal en pacientes mayores de 50 años de la UMF 44, Valparaíso, Zac. 2007

Sexo	Índice de masa corporal					Total
	Normal	Sobrepeso	Obesidad 1	Obesidad 2	Obesidad mórbida	
Masculino	8	22	10	0	2	42
Femenino	20	28	21	3	2	74
Total	28	50	31	3	4	116

Fuente: Encuesta aplicada

Grafico no. 11
Índice de masa corporal en relación con el sexo en pacientes mayores de 50 años de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007



Fuente: Tabla no. 11

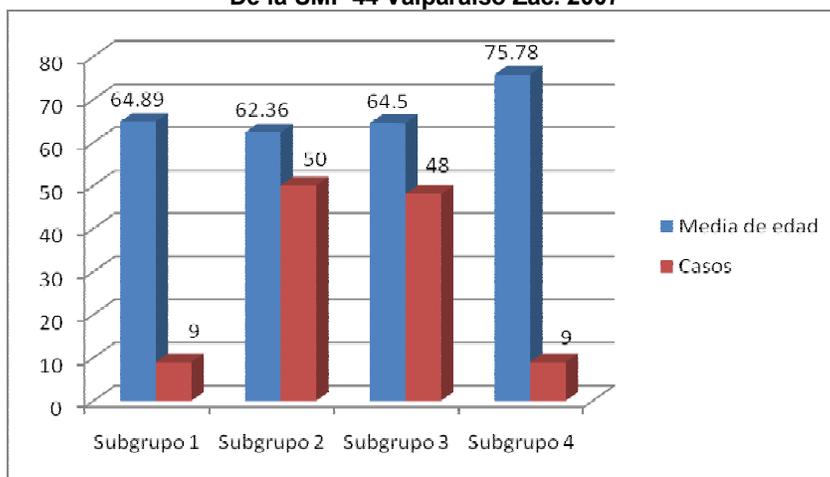
Analizando las medias de las edades de los 116 encuestados encontramos que la media de las edades entre 62 y 64 en comparación con la clasificación funcional prevalecen los subgrupos 2 y 3 lo cual reviste importancia clínica para el padecimiento de la osteoartrosis de rodilla ya que el Médico Familiar podrá de esta manera tener mayor enfoque al cuadro clínico para medidas preventivas secundarias y terciarias sobre este padecimiento.

Cuadro no. 12
Medias de edades por clasificación funcional en pacientes mayores de 50 años
De la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007

Clasificación funcional	Media de edad	No. de Casos	Desviación estándar
Subgrupo 1	64.89	9	8.724
Subgrupo 2	62.36	50	8.717
Subgrupo 3	64.50	48	8.220
Subgrupo 4	75.78	9	6.058
Total	64.48	116	8.933

Fuente: Encuesta aplicada

Grafico no. 12
Medias de edades por clasificación funcional en pacientes mayores de 50 años
De la UMF 44 Valparaíso Zac. 2007



Fuente: Cuadro no. 12

En cuanto a la calidad de vida de los pacientes con osteoartrosis de rodilla en el caso del sexo masculino encontramos que la gran mayoría 39 de los 42 se encuentra sobrepasando la media estándar de buena calidad de vida y tan solo 3 no logran la media.

Sin embargo en el caso del total de las mujeres de 74 de ellas 40 logran pasar la media y 34 no la sobrepasan estando por debajo del estándar medio. Consideramos en base a lo anterior que todo aquel que no logra pasar la media se encuentra con una mala calidad de vida y los que pasan la media estándar tienen una buena calidad de vida.

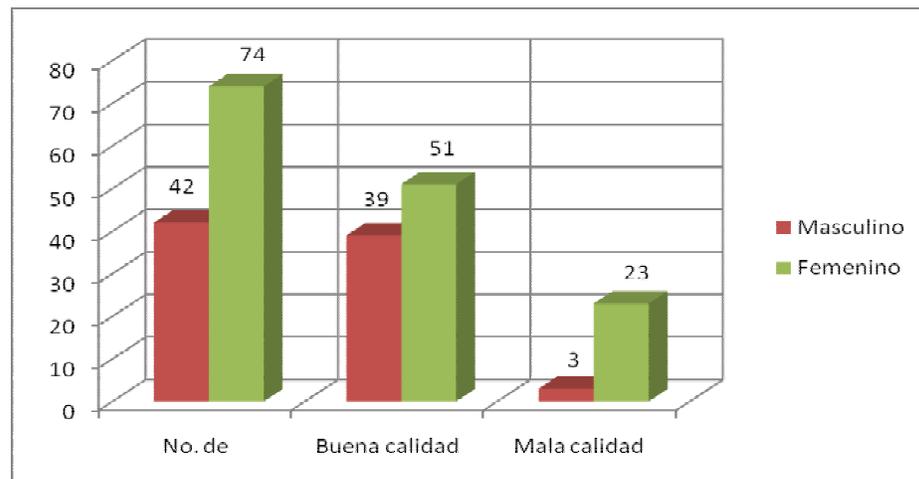
Valorando los puntos o rubros en los que condicionan la disminución en la calidad de vida aun en aquellos que lograron pasar la media se encuentra el rol físico condicionado por la osteoartrosis de rodilla, sin embargo hay que considerar otros factores como es el sobrepeso que condiciona mayor afectación a este mismo rol.

Cuadro No. 13
Calidad de vida por sexo en pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007

Sexo	No. de casos	Buena calidad De vida	Mala calidad De vida
Masculino	42	39	3
Femenino	74	51	23

Fuente: Encuesta aplicada

Gráfico no. 13
Calidad de vida por sexo en pacientes mayores de 50 años
de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007



Fuente: Cuadro no. 13

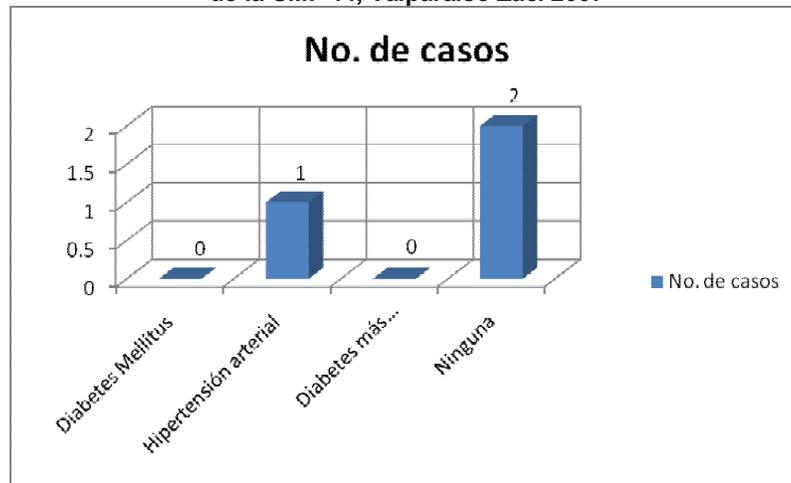
Se realizo un análisis a los casos de mala calidad de vida en ambos sexos en busca de alguna comorbilidad existente encontrándose el siguiente resultado en el cuadro 15.

Cuadro no. 14
Mala calidad de vida masculina y existencia de comorbilidad en pacientes mayores de 50 años de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007

Comorbilidad	No. de casos
Diabetes Mellitas	0
Hipertensión arterial	1
Diabetes más Hipertensión	0
Ninguna	2
Total de casos	3

Fuente: encuesta aplicada

Grafico no. 14
Mala calidad de vida masculina y existencia de comorbilidad en pacientes mayores de 50 años de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007



Fuente: Cuadro No. 14

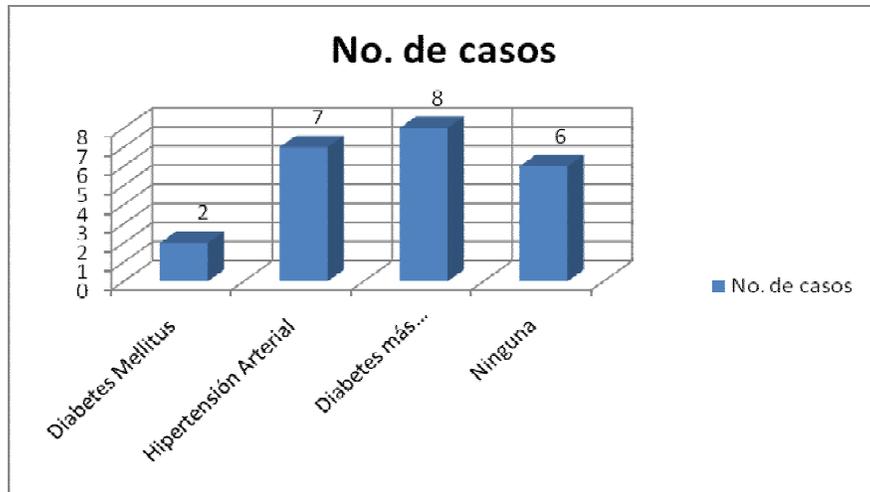
En el caso del sexo femenino en relación a la mala calidad de vida relacionada con alguna comorbilidad se encontraron los siguientes datos en la tabla no. 16.

Cuadro no. 15
Mala calidad de vida femenina y existencia de comorbilidad en pacientes mayores de 50 años de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007

Comorbilidad	No. de casos
Diabetes Mellitas	2
Hipertensión Arterial	7
Diabetes más Hipertensión	8
Ninguna	6
Total de casos	23

Fuente: Encuesta aplicada

Grafico no. 15
Mala calidad de vida femenina y existencia de comorbilidad en pacientes mayores de 50 años de la UMF 44, Valparaíso Zac. 2007



Fuente: Cuadro no. 15

12.- DISCUSION

Por medio del presente estudio fue posible determinarse en primer lugar la prevalencia de la osteoartrosis de rodilla en la Unidad de Medicina Familiar No. 44 de Valparaíso zacatecas, así como su calidad de vida de los mismos, sin embargo su validez externa es limitada ya que difícilmente se puede generalizar ya que es un estudio enfocado a la osteoartrosis de rodilla en una población aislada.

La determinación de la clasificación funcional en cada uno de los pacientes reviste sin lugar a dudas gran importancia ya que la mayoría se encuentra en los subgrupos 2 y 3 que con el paso del tiempo y la progresión misma de la patología tenderán a aumentar su disfuncionalidad y por ende afectación de la calidad de vida de los mismos

La calidad de vida se encuentra en general por arriba de la media que es de 50 puntos a comparación con otros estudios realizados en la república mexicana en el estado de Oaxaca y Sonora.

Así mismo se encontró que a mayor edad hay menor calidad de vida y más si se acompaña de un alto grado de osteoartrosis de rodilla. La comorbilidad desempeña un factor importante para empeorar la calidad de vida.

El sobrepeso detectado en la mayoría de los pacientes por osteoartrosis es un factor determinante para la progresión de la enfermedad como se encontró en el presente estudio y en otros estudios realizados en distintas partes del mundo.

El inicio de los síntomas que predominó entre los 40 a 49 años de edad reviste también importancia ya que es la edad en la que se puede realizar mayor prevención para modificar y esperar una mejor calidad de vida mediante estas acciones.

13.- CONCLUSIONES

Si bien la osteoartrosis de rodilla es un padecimiento crónico degenerativo y que por las condiciones de vida, trabajo y posibles lesiones durante el transcurso de la vida misma se presenta en nuestros derechohabientes, el Médico Familiar quien tiene el primer contacto con este padecimiento debe tener plena conciencia y conocimiento de la patología para proporcionar a su población adscrita un trato oportuno, de calidad y digno en este grupo etario tan vulnerable.

El médico familiar debe de tener y conocer los instrumentos existentes para medir la calidad de vida que llevan sus derechohabientes ya que se miden varios roles de la vida del paciente y con ellos se puede determinar en qué área están más afectados y encaminar en ellos por grupos etarios acciones encaminadas a mejorar su calidad de vida.

Este estudio es de utilidad en este grupo etario y para el Médico familiar ya que en la medida en que podemos determinar los factores que influyen y el conocimiento del subgrupo del padecimiento podremos tomar las acciones necesarias para modificar de forma positiva la deteriorada calidad de vida de los derechohabientes y mantener en lo posible la calidad de vida adecuada.

En relación a la investigación de la calidad de vida en la población que está en boga aún falta mucho por hacer por lo que sería de importancia continuar con la realización de más estudios a detectar como ya se menciona antes los factores condicionantes o influyentes en los padecimientos crónico degenerativos y su relación con la vida misma para intervenir de manera positiva como su Médico Familiar.

Las recomendaciones a seguir por los resultados obtenidos son que el Médico Familiar determine oportunamente el subgrupo en el que se encuentra el paciente con osteoartrosis y darle el manejo oportuno y de calidad que merecen los pacientes.

Derivación si es requerido a otros niveles de atención de manera oportuna cuando se requiera incluyéndose dietología, traumatología y ortopedia y medicina física y rehabilitación así como el seguimiento de cada caso en particular modificando en lo posible los factores de riesgo en los que se incluyen la disminución del peso corporal, rehabilitación y tratamiento médico adecuado.

Por ello, se propone el uso del cuestionario SF-12 para medir calidad de vida en pacientes nuevos detectados con este padecimiento y los pacientes que se les aplico la presente que se encuentran en cualquiera de los subgrupos de la osteoartrosis de rodilla se deberán de hacer énfasis en la disminución de su peso ya que tendrá gran importancia en la evolución del padecimiento.

No debemos olvidar promover las normas técnicas ya establecidas para el manejo de pacientes con osteoartrosis de rodilla y cadera al igual que cualquier otra existente a los Médicos Familiares institucionales por medio de talleres en beneficio de los derechohabientes.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL ZACATECAS
UMF 44 VALPARAISO ZACATECAS
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento acepto participar en el proyecto de investigación titulado **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA EN PRIMER NIVEL DE ATENCION** el cual se encuentra registrado ante el comité local de investigación del Hospital General de Zona no. 1 de Zacatecas, Zacatecas.

El objetivo de este estudio es la determinación de la Prevalencia y Calidad de vida de los pacientes con osteoartrosis de rodilla en la Unidad de Medicina Familiar No. 44 de Valparaíso, Zacatecas.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en acudir a una cita médica el día que se me indique siendo atendido por el investigador principal y se me incluirá en un grupo de pacientes que se encuestará con fines de obtención de datos demográficos, clínicos terapéuticos y del estrato socioeconómico.

Así mismo entiendo que conservo el derecho de retirarme de este estudio en el momento que yo crea conveniente.

El investigador principal me a indicado que los datos obtenidos se manejaran en forma confidencial y no se incluirán nombres ni identificación de los participantes y que sólo se publicarán los resultados obtenidos.

Se me informa que los números telefónicos a los que me puedo comunicar en caso de dudas o aclaraciones son el 044-4571000049 o al 01-45793-60387 y al 01-457-9360739.

De igual manera, para cualquier duda o aclaración me proporcionaron el teléfono del Dr. José Armando Pérez Ramírez, Secretario del Comité Local de Investigación 33-01 en el H.G.Z. No 1 De Zacatecas, Zac. de lunes a viernes de las 8:00 a 16:0 hrs con número telefónico 492 92 63 73 extensión 4113.

Valparaíso, Zacatecas a _____ de _____ del 2007

Nombre, firma y dirección
del paciente

DR. Omar Pérez Bortolini
Matricula IMSS 8499268

Nombre, firma y dirección
del testigo

Nombre, firma y dirección
del testigo

ANEXO 2 FORMULARIO RECOLECCION DE DATOS

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTROSIS DE RODILLA EN PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 44 VALPARAISO, ZACATECAS

DATOS DE IDENTIFICACION: 1.- FOLIO: _____

FECHA :

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
-------------------------	-------------------------	-------------------

No. DE AFILIACION	EDAD
--------------------------	-------------

SEXO

2.- ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO UNION LIBRE

3.- OCUPACION: PEON CAMPESINO OBRERO CARGADOR INDEPENDIENTE DESEMPLEADO

PENSIONADO CON ACTIVIDAD PRODUCTIVA PENSIONADO SIN ACTIVIDAD PRODUCTIVA

4.- ESCOLARIDAD: **COMPLETA** **INCOMPLETA** **COMPLETA** **INCOMPLETA**

PRIMARIA SECUNDARIA
PREPARATORIA LICENCIATURA
ANALFABETA
TECNICA POSGRADO

5.- IMC (INDICE DE QUETELET)

PSO ACTUAL _____ KG. ESTATURA _____ **IMC = P/E⁽²⁾ =**

(NORMAL 18.4 A 24.9) (SOBREPESO 25 A 29.9) (OBESIDAD I 30 A 34.9) (OBESIDAD II 35 A 39.9) (OBESIDAD III 40 O MAS)

ENFERMEDADES AGREGADAS (MARQUE EL CUADRO SI ESTA ENFERMO DE ALGUNA DE ELLAS)

DIABETES HIPERTENSION

EN RELACION A SUS RODILLAS (EDAD DE INICIO, DATOS CLINICOS DISGNOSTICOS Y CLASIFICACION FUNCIONAL)

EDAD DE INIICO DE ENFERMEDAD DE RODILLAS

ENTRE 40 A 49 ENTRE 50 A 59 ENTRE 60 A 74 ENTRE 75 A 79 ENTRE 80 Y MÁS

DATOS CLINICOS DIAGNOSTICOS CON EDAD MAYOR DE 50 AÑOS

DOLOR DE RODILLA (S) SI NO

TIENE CREPITACION DE RODILLAS (TRONIDO ARTICULAR) SI NO

TIENE CRECIMIENTO O ENSANCHAMIENTO DE RODILLAS SI NO
TIENE MUCHA SENSIBILIDAD EN LAS RODILLAS SI NO
SUFRE RIGIDEZ ARTICULAR MENOR DE 30 MINUTOS AL INICIAR ALGUNA ACTIVIDAD SI NO

CLASIFICACION FUNCIONAL

LE FUNCIONAN EN FORMA NORMAL LAS RODILLAS (CAPACIDAD FUNCIONAL NORMAL, SUBGRUPO 1)

----- SI NO

EXISTE DOLOR CON LIMITACION DE UNA RODILLA PERO NO LE INCAPACITA PARA REALIZAR SUS
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (SUBGRUPO 2)

----- SI NO

EXISTE DOLOR LIMITANTE (SUBGRUPO 3)

----- SI NO

EXISTE DOLOR INCAPACITANTE PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, DE SU AREA
LABORAL, RECREATIVA Y DE TRASLADO (SUBGRUPO 4)

----- SI NO

EXISTE LIMITACION PARA EL AUTOCUIDADO Y SU ALIMENTACION (SUBGRUPO 5)

----- SI NO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELGACION ESTATAL ZACATECAS
UMF 44 VALPARAISO ZACATECAS
ANEXO 3 ENCUESTA SF-12**

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.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

**Sí, me limita Sí, me limita No, no
mucho un poco limita
nada**

2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

3. Subir varios pisos por la escalera

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

**Nunca Siempre Casi Algunas Solo
siempre veces alguna
vez**

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

Durante el último mes, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	Nunca	Siempre	Casi	Algunas	Solo
			siempre	veces	alguna

vez

6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?

8. 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)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	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. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...

		Siempre	Casi	Muchas	Algunas
Solo	Nunca		siempre	veces	veces
					alguna

vez

9. se sintió calmado y tranquilo?

10. tuvo mucha energía?

11. se sintió desanimado y triste?

12. 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)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez
Nunca			

BIBLIOGRAFIA

1. Goycochea RM, López VM, Colín M. Guía Clínica para la Atención de Osteoartrosis de Rodilla. Rev Med IMSS 2003; 41 (Sup): S99-S107
2. Abud C. Situación Actual de los Padecimientos Reumáticos. Rev Med del Hospital General de México S.S. 2001; 64 (1) 7 -12.
3. Castañón A, Díaz JJ, Castro B. Artrosis. Guías Clínicas en Atención Primaria. Guías Clínicas 2003; 3 (18)
4. Codines S. Artículo de revisión Alteraciones Músculo esqueléticas y Obesidad. Rev Endocrino y Nutri 2001; 9 (2): 86-90
5. López JC, González LT. Enfermedades Asociadas a la Obesidad. Rev Endoc Nut 2001; 9 (2): 77-85
6. Guzmán JM. Servicios de Rehabilitación en Unidades de Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, DF México. Rev Méd Instit Mexicano del Seguro Soc 2004; 42 (5): 369
7. Barrera K, Chávez D, Díez MP, Coronado R, León S, Pérez R. Ejercicios Isométricos de Angulo Fijo VS Angulo Variable en Pacientes con Osteoartrosis de Rodilla. Acta Ortopédica Mexicana 2004; 18(1): 1-5
8. Rona R. Función y calidad de vida de los pacientes con gonartrosis antes y después de la artroplastia de sustitución. Coste de la gonartrosis según la esperanza de vida y de la cirugía. (<http://www.tdx.cesca.es/TDX-0806101-094008>)
9. <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/reumatologia/enfreuma.htm>.
10. De Pavía E, Larios MG, Briseño G. Manejo de la Osteoartrosis en Medicina Familiar y Ortopedia. Arch Med Fam 2005; 7 (3) 93-98
11. Friol JE, Puupo J, Rodríguez E, Rodríguez C. Gonartrosis Enfoque Multidisciplinario. Rev Cub de Reumat 2002 ; 4(1): 9-22
12. Ehrlich EG. The rise of osteoarthritis. 2003; 81(9): 630
13. Farma Atención. Atención Farmacéutica por Patología. Artrosis I Fases Iniciales. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2003; 2-11
14. Salinas A, Apuntes Sobre la Epidemiología de la Osteoartrosis en Nuestro País, Rev. Perú Reuma 1997: 3(3): 137-41
15. Rodríguez J, Palomo VM, Bartolomé S, Hornillos M. Osteoartrosis, Tratado de Geriatria para Residentes 2005; 689-96
16. Góngora YL, Friol JE, Rodríguez EM, González JL, Castellanos SM, Álvarez R. Calidad de Vida en

Pacientes con Osteoartrosis de Cadera y Rodilla. Rev Cubana Reumat 2006; 8: 9-19

17. http://db.doyma.es/cgibin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_resumen?esadmin=si&pident=10021933
18. Gutfraind E. La Artrosis, Actualizaciones en Reumatología 2004: 13-46
19. <http://www.emedicum.com/newsletters/dolorInflamacion/verNoticia.php?noticia=37100>
20. Franco V, Kasek I. Abordaje Fisiátrico del Dolor de Origen Músculo Esquelético. 2003; 1-7
21. <http://www.ser.es/Contenidos PracticaClinica/Criterios Diagnosticos.html>
22. Domínguez LG. Fortalecimiento del cuádriceps en gonartrosis. Acta Medica Grupo Ángeles 2004; 2 (2): 107-116
23. Pech G, Coronado R, Díez MP, León S, Chávez D. Valoración funcional en pacientes con osteoartrosis de rodilla tratados con glucosamina y un programa de rehabilitación. Acta Ortopédica Mexicana 2003; 17 (4): 179-183
24. Llanta M, Grau J, Chacón M. Calidad de vida en oncopediatria: problemas y retos. Rev Cubana Oncol 2000; 16(3): 199-205
25. Bonilla Muñoz MP, Balcázar Nava P, Gurrola Peña GM, Virseda Heras JA, Trejo González L. Validez factorial de una escala de percepción de vida. Rev Neurocirugía y Psiquiatría 2006; 39 (4): 127-131
26. Badia Llach X, Lizán Tudela L. Estudios de Calidad de Vida. Capitulo 15. (www.elsevier.es/librosvivos/martinzurro)
27. http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/21/8.La%20Calidad%20de%20Vida.pdf
28. Noceda JJ, Moret C, Alonso IL; Calidad de vida en el dolor osteo muscular crónico; 2006 (2) 6, 298-301
29. Lugo J, Bacalao J, Rodríguez G, Validez de contenido de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Rev. Cubana Oncol 2 (16) 2000: 100-6
30. San Martín H. Calidad de vida. Concepto, representación, medición, importancia en medicina. Epidemiología de la vejez. Ed. Mc Grau Hill Interamericana de España, 1990
31. Abud C. Situación Actual de Padecimientos Reumáticos. Rev Med Hospital General de México 2001; 64 (Sup 1): 7-12

32. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, Santed R, Balderas JM, Santed R, Balderas JM, Rivera A, Domingo-Salvany A, Alonso J. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit; 2005;19(2) 135-50
33. http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion_SF-12_BiblioPRO.pdf
34. <http://www.seh-lelha.org/cucadevi.htm#TIPOS>
35. <http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hc1.pdf>