

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3
“ DR. HECTOR GONZALEZ GUEVARA “
MAZATLAN., SINALOA**

TITULO:

**ATENCION MEDICA POR OSTEOARTROSIS DEGENERATIVA EN PACIENTES
ADULTOS MAYORES.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. LAURA BIBIANA URREA AGRAZ

MAZATLAN, SIN.

2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ATENCION MÉDICA POR OSTEOARTROSIS DEGENERATIVA EN PACIENTES
ADULTOS MAYORES.**

PRESENTA

LAURA BIBIANA URREA AGRAZ

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N. A.M.**

MAZATLAN, SIN.

2008

**ATENCION MÉDICA POR OSTEOARTROSIS DEGENERATIVA EN PACIENTES
ADULTOS MAYORES.**

PRESENTA

LAURA BIBIANA URREA AGRAZ

AUTORIZACIONES

**DR. JOSE GUSTAVO BAZA SALINAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR**

**DR. CARLOS E. CORBALA FUENTES
ASESOR METODOLOGICO**

**DR. CARLOS E. CORBALA FUENTES
ASESOR DE TEMA**

MAZATLAN, SIN.

2008

INDICE GENERAL

Título.....	1
Índice general.....	4
Antecedentes científicos.....	5
Planteamiento del problema.....	9
Justificación.....	10
Objetivo.....	12
Metodología.....	13
Variables.....	15
Método o procedimiento para capturar la información.....	17
Consideraciones éticas.....	19
Resultados.....	20
Discusión.....	22
Conclusiones.....	24
Referencias.....	25
Anexos.....	28

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

En la practica diaria de la consulta de medicina familiar, nos encontramos diversos criterios de diagnóstico, clasificación y manejo, en algunas de las patologías mas frecuentes que se manejan en el primer nivel de atención, por lo que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha instituido guías clínicas, en un intento de estandarizar el diagnóstico y el tratamiento⁽¹⁻²⁾, en el año del 2003 en la revista médica del IMSS⁽³⁾ se publicó la guía clínica para la atención de osteoartrosis de rodilla y cadera, con el objeto de proporcionar al médico familiar una herramienta basada en evidencias, que facilite el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes adultos mayores con esta patología, con el fin de limitar el daño y prevenir las secuelas de la población afectada. El objetivo de esta guía es: identificar al paciente portador de osteoartrosis de rodilla o cadera, mediante los criterios diagnósticos y de clase funcional acorde con el Colegio Americano de Reumatología⁽⁴⁾ y establecer el tratamiento específico en el primer nivel de atención, los usuarios de la guía son los médicos familiares del primer nivel de atención y la población blanco son los adultos que acuden al servicio con esta patología⁽⁵⁾ no incluye la patología con otra localización anatómica, en su definición operativa, se considera que es una enfermedad reumática con pérdida lenta y progresiva del cartílago articular, seguida de cambios reactivos en los márgenes articulares y afección del hueso subcondral. Se presenta en articulaciones de carga y en la columna vertebral, clínicamente se manifiesta con dolor, rigidez y aumento de volumen articular, con disminución de la movilidad y limitación funcional, que repercute en la calidad de vida y que es causa de invalidez laboral importante, su prevalencia a nivel mundial se reporta de 7 a 36%, con una discapacidad laboral de 1.4 a 10,4% y en pacientes adulto mayor es de 30%, en 2006 se encontró una prevalencia en población mexicana de 28.5%.^(6,7,8)

La construcción de la guía clínica para la atención de osteoartrosis de rodilla y cadera, se realizó de la siguiente manera: selección de evidencias con la búsqueda de artículos con las siguientes palabras claves: osteoarthritis, hip.knee, primary care y osteoarthritis treatment publicados después de 1990. En la base de datos de Cochranen Library se buscaron las revisiones sistemáticas; en los registros de investigaciones experimentales los ensayos clínicos relacionados con osteoartrosis en Medline y los ensayos clínicos controlados posteriores a las revisiones sistemáti-

cas localizadas en Cochranen Library, de donde se extrajeron todos los artículos sin importar su metodología, se realizó una búsqueda sistematizada de las guías para la práctica clínica que existieran publicadas en las diferentes páginas electrónicas, se identificaron ocho revisiones sistemáticas en Cochranen Library; 97 ensayos clínicos en el registro de investigaciones controladas relacionadas con osteoartritis; 111 artículos en la base de datos de Medline. El material fue reproducido y entregado para su lectura individual a cada uno de los elementos del grupo constructor de la guía. La selección de los artículos, para la decisión de su inclusión final fue realizada por discusión entre los elementos del grupo, con base en los criterios de las guías para los usuarios de la literatura médica, publicada en JAMA en 1993 y 2000. Esta guía clínica fue realizada en la Unidad de Investigación, Hospital “Gabriel Mancera” del Instituto Mexicano del Seguro Social en Distrito Federal. recomendaciones para el diagnóstico de osteoartritis de cadera y rodilla, clasificación funcional, manejo no farmacológico, el cual incluye: educación, control de peso, ejercicio físico y fisioterapia, aditamentos para la marcha, terapia ocupacional, higiene postural, protección articular, integración social.

Si consideramos la definición propuesta por la Agency for Health Care Policy and Research, en la cual se señala que la guía clínica es un conjunto de estatutos desarrollados sistemáticamente, para asistir al médico y al paciente, sobre la mejor decisión para la adecuada atención a la salud, que bajo circunstancias clínicas específicas, ésta debería ser una herramienta de uso cotidiano, aún con sus limitaciones,^(9,10,11) con mayor énfasis en los grupos vulnerables de la población, como son los pacientes adultos mayores, que requieren que su diagnóstico y manejo sea lo más eficiente posible, para evitar complicaciones, y disminuir en lo posible, los efectos colaterales de la terapia farmacológica y no farmacológica que reciben estos pacientes, que por lo general presentan una mayor “fragilidad corporal,⁽¹²⁾ entendida esta como: una mayor susceptibilidad a presentar un estado patológico, en cualquier sistema de su cuerpo, en comparación con los pacientes adultos jóvenes; esto implica que los pacientes con mayor cantidad de patologías, tienen que tomar un mayor número de fármacos, lo que potencializa los efectos colaterales e indeseables y sinergias no esperadas.^(13,14)

El envejecimiento poblacional es el resultado de una serie de factores relacionados entre sí, que tienen como base la transición demográfica, y desde luego, la

epidemiológica. La disminución en las tasas de mortalidad infantil y de la población general, la mejoría en el nivel de vida, la amplitud en los servicios sanitarios y el mayor nivel educativo, entre otros factores, dan lugar a que el promedio y la esperanza de vida sean superiores en una población determinada. Al aproximarse el final del siglo XX, numerosas naciones en desarrollo, fueron experimentando una transición en la salud, lo cual ha originado una población cada vez más numerosa de pacientes adultos mayores.^(15,16)

El fenómeno de envejecimiento paulatino de la población, que todo país ha sufrido o sufre de acuerdo con sus condiciones peculiares, ha repercutido en México, donde efectivamente se ha observado disminución franca de las tasas de natalidad y aumento en la esperanza de vida; el proceso, sin embargo, ha sido más rápido de lo esperado, situación que plantea problemas por resolver en el momento actual y en el futuro cercano, ya que se considera que para 2020, 12% de la población mundial tendrá más de 60 años, en México, las personas de 60 años y más representan ya 8% de la población,^(17,18) en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Sinaloa, alcanzan 7.4%. Esta situación resulta compleja, puesto que la necesidad de atención aumentan, tanto en el plano social como en salud y requiere de múltiples opciones institucionales oficiales y privadas, con amplia cobertura de servicios, que logren un impacto en la calidad de vida del adulto mayor, término acuñado dentro del propio IMSS para denominar a la persona con 60 años o más. El aumento en la esperanza de vida trae como consecuencia, la posibilidad de sufrir más enfermedades y sus complicaciones. La accesibilidad a recursos diagnósticos tradicionales o a los de tecnología avanzada, por parte de un mayor número de personas, generan problemas, como la posibilidad de prescripción de más medicamentos en los grupos de edad avanzada, y con ello los complejos regímenes farmacológicos, al que se agregan la automedicación. Estas dos últimas situaciones, deben considerarse como problemas de salud pública, que afectan la calidad de vida de los pacientes.⁽¹⁶⁾

De acuerdo con la literatura especializada los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), se encuentran entre los cinco fármacos más usados. “En los últimos cinco años la prescripción de estos fármacos en el ámbito del IMSS ha sido muy frecuente y continua en aumento. Se sabe que los antiinflamatorios no

esteroideos, cuyo uso crónico en el paciente adulto mayor se estima en 20% tienen efectos secundarios e interacciones frecuentes y graves,^(13,14) por lo que la prescripción razonada aconseja restringir su uso sobre todo en pacientes con toma de múltiples medicamentos, utilizarlos durante el menor tiempo posible a dosis mínimas eficientes y probar de ser posible otras alternativas más seguras como pueden ser medidas de rehabilitación física, psicológica o fármacos con menos efectos secundarios como el metamizol.

Existen varias guías clínicas para el manejo de la osteoartritis degenerativa que los médicos deberían de seguir,^(19,20,21) en un intento de mejorar la calidad de la atención que brindan, ya que en éstas el uso de medicamentos es temporal y se hace mayor énfasis al uso de medidas no farmacológicas para limitar daño y evitar complicaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se ha observado en la consulta externa de Medicina Familiar, que los pacientes adultos mayores que padecen osteoartrosis degenerativa de cadera y rodilla, no reciben el manejo adecuado, acorde a los lineamientos que la guía clínica institucional, lo que repercute en ineficiente manejo de su patología, no mejora su clase funcional y lo que es peor aún evoluciona a la siguiente etapa, lo que repercute en su calidad de vida.

De acuerdo a lo anterior nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la evolución de los pacientes adultos con osteoartrosis de cadera y rodilla en el Hospital General de Zona con Unidad Medicina Familiar No. 3 Mazatlán, Sin.?

JUSTIFICACION:

El presente estudio se realiza en uno de los grupos etáreos de la población que con mayor frecuencia acude a solicitar atención médica a nuestro servicio de medicina familiar como es el paciente adulto mayor, el cual en nuestro medio ya representa el 7.4% de nuestra población y cuyos requerimientos en salud son mas complejos que el resto de la población ya que su capacidad corporal se encuentra disminuida y se acompaña de patologías múltiples como son las enfermedades crónico degenerativas: diabetes mellitus 2, hipertensión arterial sistémica ,sobrepeso u obesidad etc. En este tipo de patologías destaca la osteoartritis degenerativa de rodilla y cadera, la cual imposibilita a los pacientes en múltiples aspectos de su vida diaria como son la movilización el desplazamiento la carga de objetos y el traslado para acudir a los servicios de atención medica etc. además de limitarlos para llevar las medidas higiénicas de movilización y ejercicio que se sugieren en el manejo de sus enfermedades crónico degenerativas, su prevalencia aproximadamente es el 89% de los pacientes adultos mayores que sufren osteoartritis degenerativa principalmente de cadera y rodilla.⁽⁵⁾ Es un problema importante de salud ya que queda dentro de las diez primeras causas de atención en medicina familiar y es una de las principales causas de limitación física para el desempeño de las labores diarias de las personas que padecen osteoartritis.

La patología puede ser abordada desde dos aspectos, el manejo no farmacológico y el manejo farmacológico, se debe hacer a través de un equipo multidisciplinario el primer manejo ya que sus resultados son mejores y más duraderos, fomentado el auto cuidado y mayor apego a un estilo de vida sana. Además los medicamentos únicamente mejoran los síntomas y no la evolución de la enfermedad, la cual tiende a agravarse conforme aumenta la edad.

En la institución contamos con el equipo multidisciplinario adecuado para poder fomentar el manejo no farmacológico, principalmente a través de trabajo social, nutrición, rehabilitación, centro de seguridad social y consulta externa de medicina familiar, además contamos con el programa de prevención IMSS lo que facilita la realización del presente estudio.

El estudio tiene viabilidad y factibilidad ya que los resultados del manejo de estos pacientes es posible evaluarse dentro de las primeras seis a ocho semanas de tratamiento, los pacientes adulto mayor son los que presentan en mayor grado esta patología, por lo que son la población motivo de estudio, además de que el presente no pretende ser un estudio experimental, sino que únicamente quiere apearse a los lineamientos de una guía clínica, la cual esta oficialmente aceptada y documentada en el IMSS, se cumple además con los lineamientos éticos ya que no se afecta la dignidad del paciente y se solicita consentimiento informado.

OBJETIVO:

Determinar la evolución de los pacientes adultos mayores con osteoartrosis degenerativa de cadera y rodilla, en la consulta externa de medicina familiar.

METODOLOGIA

Diseño de estudio: Longitudinal.

Tipo: observacional, prospectivo.

Población estudiada: Pacientes adulto mayor (de 60 años y más) que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar

Lugar de realización: Consulta externa de Medicina Familiar, Hospital General de Zona No.3 con Unidad de Medicina Familiar, IMSS, Mazatlán, Sinaloa.

Tiempo de estudio: 2 de marzo 2005 a 31 de marzo 2006.

Tipo de muestra: Por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Ambos sexos
- Diagnósticos clínico y radiológico de osteoartrosis de cadera o rodilla acorde a los criterios propuestos por la guía clínica de osteoartrosis⁽³⁾ de rodilla (cuadro I) y de cadera (cuadro II).
- En clasificación funcional I y II. (cuadro III)
- Consumo de A.I.N.E., más de 12 semanas.
- Sin evidencia de inflamación aguda por trauma.
- Que no esté tomando otro tipo de inflamatorios como esteroides o analgésicos en forma crónica.
- No tener prescripción de manejo no farmacológico.

Criterios de no inclusión:

- Enfermedades reumáticas diferente a la osteoartritis
- Con clase funcional III-IV-V
- DM2 de larga evolución con complicaciones graves.
- Obesidad mayor al 2º. Grado,
- Pacientes traumatizados o con cirugía previa en articulaciones.
- Otras enfermedades de la colágena, como amiloidosis y sarcoidosis.
- Enfermedades crónico degenerativas muy avanzadas.

Criterios de eliminación:

- No acudir a las citas de seguimientos en más del 20 por ciento.
- No realizar las recomendaciones médico dietéticas especificadas,
- Agregar medicación antiinflamatoria distinta a la indicada,
- No apego a las condiciones generales.

CUADRO DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición teórica	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Guía clínica Osteoartrosis cadera y rodilla	Instrumento que trata de estandarizar criterios, para el manejo de una patología determinada.	Guía Clínica para la atención de la Osteoartritis de rodilla y cadera Rev. Med. IMSS 2003; 41 (sup1) Pág. 99-107.	Nominal	Clasificación Diagnóstico Tratamiento
Adulto mayor	Persona de la tercera edad	Mayor de 60 años	Razón	Años cumplidos
Comorbilidad	Estado patológico diferente a la enfermedad principal que se trate.	Enfermedades que padece el paciente además de osteoartrosis	Nominal	Diagnósticos de las enfermedades
Medicación	Drogas utilizadas para el manejo de una patología determinada.	Fármacos usados por el paciente, previo al estudio	Nominal	Nombre y tiempo de uso del fármaco
Seguimiento	Continuar la vigilancia de un paciente, después de haber sido dado de alta hospitalaria o de	Acudir a consulta externa cuando menos una vez a la semana a	Razón	Número de consultas realizadas

	haber recibido consulta médica.	evaluación de su clase funcional (12 semanas)		
Clase funcional	Estrato en el que se encuentra una enfermedad determinada	Subgrupo en el que las características clínicas de la enfermedad son susceptibles de asociarse.	Ordinal	Subgrupo I Subgrupo II Subgrupo III Subgrupo IV Subgrupo V
Manejo no farmacológico	Todo el manejo que reciba el paciente, independientemente de su manejo farmacológico.	Todas aquellas indicaciones que propone la guía, en el inciso de manejo no farmacológico.	Nominal	Si o no

Método para captar la información.

Los pacientes incluidos en el estudio, no cumplían con los lineamientos que propone la guía clínica de osteoartritis de rodilla y cadera de Goicochea Robles,⁽³⁾ en la que se da importancia primordial al manejo no farmacológico, el uso de antiinflamatorio por uso limitado y enfatiza que la historia natural de la enfermedad no se modifica con fármacos sintomáticos. Se les hizo una entrevista en el consultorio de medicina familiar, donde se llenó un cuestionario y se procedió al apego de la guía clínica mencionada, posteriormente fueron seguidos por doce semanas, por lo menos en la consulta externa y se volvió a evaluar su clase funcional para fines del estudio.

Tratamiento no farmacológico.-

Educación: Los programas de educación en los pacientes con artrosis han resultado ser un complemento efectivo al tratamiento médico tradicional, pues proporcionan las estrategias y herramientas para aceptar y participar en el manejo de la enfermedad. En el tratamiento integral del paciente con osteoartrosis se formaron grupos de pacientes para que conocieran la historia natural de la enfermedad y se fomentó la participación activa del paciente en su enfermedad y grupos de auto ayuda por trabajo social, control de peso con evaluación periódica apoyado por el servicio de nutriología en la consulta externa, ejercicio físico y fisioterapia por el servicio de medicina física, se le sugirieron al paciente participar en actividades deportivas acorde con su edad con ejercicio aeróbico de bajo impacto como: yoga, tei-chi, caminata etc.

El fortalecimiento muscular depende de un adecuado programa de ejercicio físico y de la constancia en su cumplimiento. Por su parte, la fisioterapia debe incluir también capacitación para un uso adecuado de los aditamentos de marcha como el bastón, muletas andadera ect. También en higiene postural, terapia ocupacional, protección articular, identificación y modificación de otros factores de riesgo factibles de modificación: tabaquismo, ocupación de riesgo, interacción de medicamentos y el control de patologías agregadas: diabetes, hipertensión, menopausia, enfermedades de depósito de cristales a nivel articular, pueden modificar los cambios cartilagosos degenerativos y mejorar el cuadro doloroso provocado por la osteoartritis.

Manejo farmacológico: acorde a la guía clínica para el manejo farmacológico de esta patología, los antiinflamatorios no esteroideos no deben darse por espacio mayor de 12 semanas por lo que se suspendieron en la mayoría de los pacientes, y en una minoría de casos se instituyó paracetamol a bajas dosis, metamizol o ambos por un espacio de tiempo no mayor de 2 semanas.

Todos los pacientes fueron evaluados después de la modificación del manejo farmacológico, con seguimiento semanal en la consulta externa de cuando menos 8 semanas y canalizados a los servicios de nutriología, trabajo social, medicina física y rehabilitación, en los que se evaluó primordialmente si existía un deterioro en la clase funcional, con la suspensión de los antiinflamatorios no esteroideos, al finalizar se reevaluó su clase funcional.

Análisis estadístico.

Se utilizó estadística descriptiva.

CONSIDERACIONES ETICAS

Para las consideraciones éticas se tomaron las establecidas en los principios enunciados de Helsinki de 1964 y su modificación en Tokio de 1975 y su enmienda en 1983 con relación a los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos ya que de acuerdo a la norma oficial de investigación se sujeta a su reglamentación ética por lo que solo se requiere el consentimiento informado de los participantes garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de los mismos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio y con la disponibilidad de la información acerca de los resultados.

Otro aspecto importante desde el punto de vista ético es la modificación de fármacos en el presente estudio, sin embargo no se trata de un ensayo clínico controlado sino de adecuar el manejo de los pacientes a una guía que ha sido aceptada institucionalmente y que concuerda con el manejo de guías internacionales de la misma patología.^(3,5,19)

Anexamos hoja de consentimiento informado (Anexo 1).

RESULTADOS:

De un total de 320 pacientes seleccionados 130 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión de los cuales el 67% (n=87) fueron del sexo femenino y 33% (n=43 del sexo masculino), la edad promedio fue de 70.1 años, el seguimiento de los pacientes fue semanal con un promedio de 12 semanas como mínimo, el 100% de los pacientes acudió a sus citas para valorar su clase funcional, la enfermedad de osteoartritis se diagnosticó en el 100% de los casos, de los cuales 90% con grado II y 10% grado I, respecto a la comorbilidad la hipertensión arterial sistémica se presentó en el 88% de los casos (n=114), la diabetes mellitus 2 en el 32% (n=42) dislipidemias 43% (n=56), los fármacos usados con anterioridad al estudio fueron diclofenaco 77%(n=100), naproxeno 32%(n=42) y otros 1%, los pacientes que de acuerdo a los lineamientos de la guía tenían mas de 3 meses de uso con AINES, se les suspendieron (100%), sin embargo algunos pacientes n=26 (20%), requirieron continuar con fármacos y recibieron: solo analgésico (metamizol 500mg. 3 veces al día) por espacio no mayor de 2 semanas (5%), solo acetaminofèn (5%) y la combinación de ambos (10%) ninguno por espacio mayor de 4 semanas, no se utilizaron en los pacientes otros AINES o productos tópicos o parenterales. Al 100% se le incluyó en la terapia no farmacológica, principalmente en las siguientes maniobras: educativa se les explicó en que consiste la enfermedad y lo que puede ocasionar la ingesta prolongada de AINES, principalmente en el tracto digestivo y renal,(100 %), se envió a solicitar apoyo a nutriología a los que presentaban sobrepeso, obesidad y desnutrición con evaluación periódica de peso y orientación nutricional, en un intento de llevar al paciente a un peso ideal, se les hizo la recomendación de practicar actividad física principalmente caminata, ejercicio aeróbico de bajo impacto, bicicleta y baile, por lo que nos apoyamos en el Centro de Seguridad Social, quien les llevó la constancia de capacitación y cumplimiento, en algunos casos se recomendaron aditamentos para la marcha, se les sugirió terapia ocupa-

cional y se les recomendó posturas de higiene postural, el 100% acudió a su cita de seguimiento, al concluir el estudio el 20% de los pacientes(n=26) se encontraba en clase I y el 80% (n=104) en clase funcional II. Los pacientes en su totalidad expresaron sentirse mejor en relación al inicio de su tratamiento ya que gracias a la terapia no farmacológica realizaban mayor número de actividades diarias, ningún paciente utilizaba AINES en forma crónica por razón necesaria únicamente acetaminofen o analgésico como el metamizol, y un grupo muy pequeño la combinación, ningún paciente cambió su clase funcional al grado superior y los fármacos de la comorbilidad no se modificaron.

DISCUSION:

El presente estudio nos demuestra que en ocasiones, la prescripción de algunos fármacos no se realiza en apego a las guías de manejo, ya que los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión no se apegaban a los lineamientos que la guía clínica para el manejo de osteoartrosis establece al no cumplir con el tiempo de uso que propone, respecto a los antiinflamatorios no esteroideos (no más de 8 semanas) y el uso de manejo no farmacológico, los AINES son un buen ejemplo del riesgo que pueden tener estos pacientes, ya que pueden presentar efectos indeseables muy desfavorables, principalmente a nivel del tubo digestivo alto como es la gastritis por medicamentos e incluso el sangrado cuando se prescribe en forma prolongada^(14,23) o en pacientes vulnerables como el adulto mayor o con insuficiencia renal crónica la cual se incrementa significativamente cuando lo empleamos con otro AINE como la aspirina, la cual se utilizó en el 43% de los pacientes estudiados con la finalidad de obtener el beneficio farmacológico como antiagregante y como antiadhesivante plaquetario pero incrementando las posibilidades de tener insuficiencia renal crónica, de no haberse modificado la prescripción en el presente estudio los gastos por prescripción de AINES implicarían un gasto innecesario y además se evitaron los costos del manejo de las posibles complicaciones de los efectos indeseables de los fármacos como el sangrado de tubo digestivo, enfermedad gastroesofágica o de insuficiencia renal crónica.⁽²²⁾ El otro aspecto importante del manejo de este tipo de pacientes es el hecho que demuestra el presente trabajo, respecto a la importancia de la terapia no farmacológica⁽²³⁾ con la cual el paciente presenta mejoría clínica de su enfermedad y un mayor grado de autosuficiencia con el uso de aditamentos para la marcha, reducción de peso ejercicio físico y fisioterapia, protección articular, higiene postural y la terapia ocupacional.

Finalmente se observó que con el apego a las guías clínicas de manejo, mejoró la calidad de la atención que brindamos a nuestros pacientes como en el presente estudio.

Se enfatiza que el presente no es un ensayo clínico controlado, ya que el cambio en el esquema de manejo terapéutico se apega a una guía clínica institucional, con la intención de mejorar la prescripción y evitar el uso indiscriminado de los antiinflamatorios no esteroideos por periodos mayores a los que propone la guía, lo que

posiblemente disminuya los efectos indeseables que se presentan a largo plazo y enfatiza el manejo no farmacológico de la patología.

CONCLUSIONES:

En los pacientes adultos mayores con osteoartrosis degenerativa grado I y II, el apego a la guía clínica para la atención de osteoartrosis de rodilla y cadera mejora su atención médica, a través de disminuir la clasificación funcional en que se encuentra el paciente, realizar una mejor prescripción de medicamentos, ya que se disminuye la utilización de antiinflamatorios no esteroideos, que son potencialmente dañinos para la función renal y el aparato digestivo, no se modificó significativamente los fármacos de las enfermedades concomitantes, sin embargo los pacientes expresaron aumento de su autoestima, al poder realizar un mayor número de funciones cotidianas, como consecuencia de la terapia no farmacológica, no obstante lo corto del periodo de seguimiento, en ninguno de los casos, el apego a la guía ocasionó mejora en la clase funcional, fue bien aceptada por los pacientes ya que sintieron que se les prestaba mayor atención por ser un manejo multidisciplinario, en el cual cada servicio aportó su experiencia, sin embargo es probable que se puedan tener mejores resultados si el seguimiento fuese durante un tiempo mayor, principalmente en la comorbilidad que acompaña a la mayoría de los pacientes, por lo que es necesario realizar estudios de seguimiento a mayor plazo, para sustentar esta afirmación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Hernández-Castro IC, Moreno MC, Soto-González Y. Medicina de familia, guías diagnóstico-terapéuticas para el médico familiar. México: IMSS, Dirección Regional La Raza, Comisión de Atención y Evaluación Médicas; 1999.
- 2.- Morgan NJ, Nutting PA. Clinical guidelines development: Opportunities for family physicians. *J Fam Pract* 1990;33(2):129-131.
- 3.- Goicoechea M. López R. Guía clínica para la atención de la osteoartritis de rodilla y cadera *Rev. Med. IMSS* 2003;41 (sup1) 99-107.
4. - Hochberg MC, Chang RW, Dwosh I, et al. THE American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status. *Arthritis Rheum* 1992; 35:498-502.
- 5.- Lanen N, Thompson JM. Management of Osteoarthritis in primary care setting and evidence-based approached to treatment. *Am J Med* 1997; 103(6 A):25s-30s.
- 6.- Snih S, Markides K.S, Ray L, Freeman JL, Goodwin JS, Prevalence of arthritis in older Mexican Americans. *Arthritis Care Res* 2000;13:409-416.
- 7.- Sangha O, Epidemiology of the rheumatic diseases. *Rheumatology* 2000;39(Suppl 2):3-12.
- 8.- Laiho K, Tuomilehto J, Tilvis R. Prevalence of rheumatoid arthritis and musculoskeletal diseases in the elderly population. *Rheumatol Int* 2001;20:85-87.
- 9.- Corbalá F, Benitez F, Reyna J, ¿Qué es una guía clínica? *Rev. Med. IMSS* 2000;38(2):113-117.
- 10.- Harris JS. Development, use, and evaluation of clinical practice guidelines *J Occup Environ Med* 1997;39(1):23-34.

- 11.- Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing Guidelines. BMJ 1999;318:593-596.
12. - McLean C. Quality indicators for the management of osteoarthritis in vulnerable elders ACOVE. Ann Intern Med 2001; 135:711-721.
- 13.- F. Díaz, J. Morales, C. Sanchez. Prescripción de naproxen en el adulto mayor; Rev.Med.IMSS 2002; 40(5):409-414.
- 14.- Vargas-Rivera J, Islas-Andrade S, Ponce-Monter H. Monitoreo de medicamentos en ancianos. Posibilidad de reducir los efectos adversos. Rev Med IMSS 1995;33(4):419-423.
- 15.- Lara-Rodríguez MA, Benítez-Martínez MG, Fernández-Gárate IH, Zárata-Aguilar A. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Publica Mex 1996;38:448-457.
- 16.- Borges-Yáñez SA, Gómez-Dántes h. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Salud Pública Mex 1998;40:13-23.
- 17.- Castro V. Gómez-Dantes H. Negrete-Sánchez J. Las enfermedades crónicas en las personas de 60 a 69 años. Salud Pública Mex. 1996; 438-447.
- 18.- Lozano Ascencio R, Frenk-Mora J, González-Block MA. El peso de la enfermedad en adultos mayores. México,1994. Salud Pública Mex 1996; 38:419-429.
- 19- American College of Rheumatology Subcommittee on osteoarthritis. Recommendations for the medical management of the Osteoarthritis of the hip and knee. Arthritis Rheum 2002;43:1905-1915.
- 20.-Hochberg M, Altman R, Brandt K, Clark B, Dieppe P, Griffin M. Guidelines For the medical management of osteoarthritis. Part I. Osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum 1995;38:1535-1540.

21.-Hochberg M, Altman R, Brandt K, Clark B, Dieppe P, Griffin M. Guidelines For the medical management of osteoarthritis. Part II. Osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum* 1995;38:1541-1546.

22.- Langman MJ, Jensen DM, Watson DJ, et al. Adverse upper gastrointestinal Effects of rofecoxib compared with NSAIDS. *JAMA* 1999;282:1929-1933.

23.- Ettinger WH, Burns R, Messier SP, Applegate W, Rejski WJ, Morgan T, et al. A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercicse with a Health education program in older adults with a health education program in Older adults with knee osteoarthritis. The fitness arthritis and seniors trial (FAST), *JAMA* 1997;277:25-31.

ANEXOS:

ANEXO I. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA	
PACIENTE: _____ AFILIACION: _____ CONS: _____	
Lugar y Fecha	MAZATLAN SINALOA A DE DEL 200__
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: _____	
ATENCION MEDICA MEDIANTE UNA GUIA CLINICA DE OSTEOARTROSIS DEGENERATIVA EN PACIENTES ADULTO MAYOR	
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____	
El objetivo del estudio es:	DETERMINAR SI EL USO DE UNA GUIA CLINICA PARA EL MANEJO DE OSTEOARTROSIS EN PACIENTES ADULTO MAYOR MEJORA LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.
Se me ha explicado que mi participación consistirá en:	Acudir a las citas que se me programen así como a los servicios de interconsulta a los que se me envíe.
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
<p>El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.</p> <p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.</p> <p>El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.</p>	
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE	NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE O CUIDADOR
_____	_____
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;">Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable. DRA. LAURA BIBIANA URREA AGRAZ _____</div>	
TESTIGO 1: _____	2: _____
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: <u>983 27 99</u>	

CUADRO I

Criterios para el diagnóstico de osteoartritis de rodilla		
Clínicos y de laboratorios	Clínicos y radiológicos	Clínicos
<p>Dolor en rodilla y al menos cinco de estas nueve condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad > 50 años • Crepitación • Crecimiento óseo • Hipersensibilidad ósea • Sin derrame palpable • Rigidez articular < 30 minutos • Eritrosedimentación < 40 mm/hora • Factor reumatoide < 1:40 • Líquido sinovial (claro, viscoso, conteo de leucocitos < 2000/mm³). <p>Sensibilidad: 92% Especificidad: 75%</p>	<p>Dolor en rodilla y al menos una de estas cuatro condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad > 50 años • Crepitación • Osteofitos • Rigidez articular matutina < 30 minutos <p>Sensibilidad: 91% Especificidad: 86%</p>	<p>Dolor en rodilla y al menos tres de estas seis condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad > 50 años • Crepitación Crecimiento óseo • Hipersensibilidad ósea • Sin derrame palpable • Rigidez articular matutina < 30 minutos <p>Sensibilidad: 95% Especificidad: 69%</p>

CUADRO II

Criterios para el diagnóstico de osteoartrosis de cadera		
Clínicos y de laboratorios	Clínicos y radiológicos	Clínicos
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en cadera • Dolor a la rotación interna • Dolor a la rotación > 15 grados • Edad > 50 años • Rigidez articular matutina de cadera < 60 minutos • Velocidad de sedimentación globular < 45 mm/hora <p>Sensibilidad: 89%</p> <p>Especificidad: 91%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en cadera • Dolor a la rotación interna • Flexión < 115 grados <p>Radiografía de cadera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución axial del espacio articular • Osteofitos acetabulares o femorales 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en cadera • Dolor a la rotación interna • Flexión < 115 grados

CUADRO III:

Clasificación funcional en osteoartrosis	
Subgrupo I	Capacidad funcional normal
Subgrupo II	Dolor, limitación en una articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria
Subgrupo III	Dolor limitante
Subgrupo IV	Dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado
Subgrupo V	Limitación para el auto cuidado y la alimentación