UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

" FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON GONARTROSIS DE LA UMF No. 28 "

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. GUTIERREZ VILLARREAL ANGELA CLARISSA.

ASESOR CLINICO
DRA. NAVARRO SUSANO LOURDES GABRIELA

ASESOR EXPERIMENTAL
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

DRA. NAVARRO SUSANO LOURDES GABRIELA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
IMSS UMF No. 28 " GABRIEL MANCERA "

CD. DE MÉXICO, D. F. 2009.

No. De Registro: R 2009 3609-19

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

“ FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON GONARTROSIS DE LA UMF No. 28 ”

AUTORES

DRA. GUTIERREZ VILLARREAL ANGELA CLARISSA
DRA. NAVARRO SUSANO LOURDES GABRIELA
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 " GABRIEL MANCERA" DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UBICADO EN LA COLONIA DEL VALLE EN MÉXICO, DISTRITO FEDERAL.

“ FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON GONARTROSIS DE LA UMF No. 28 ”

ASESOR CLINICO

DRA.NAVARRO SUSANO LOURDES GABRIELA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD IMSS UMF No. 28 “GABRIEL MANCERA”

ASESOR EXPERIMENTAL

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR IMSS UMF No. 8

“ FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON GONARTROSIS DE LA UMF No. 28 ”

AUTORIDADES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N0. 28 IMSS “GABRIEL MANCERA”

_____

DR. OCAMPO HERNANDEZ JUVENAL

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28 “GABRIEL MANCERA”

_____

DRA. NAVARRO SUSANO LOURDES GABRIELA

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD. IMSS UMF No. 28 “GABRIEL MANCERA”

“Funcionalidad familiar en pacientes con Gonartrosis de la UMF No. 28 ”

Autores: Dra. Gutiérrez Villarreal Angela Clarissa, Dra. Navarro Susano Lourdes Gabriela, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto.

Introducciòn:
La Gonartrosis es la segunda causa principal de discapacidad en el anciano. Se presenta en un 25% de los pacientes mayores de 55 años con dolor articular en rodilla. Es más común en las mujeres.

Objetivo:
Identificar la funcionalidad familiar en pacientes con gonartrosis en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “ Gabriel Mancera ”.

Material y mètodos:
Estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Muestra obtenida con teorema del límite central. Variable dependiente: Funcionalidad familiar, (Test de percepción del funcionamiento Familiar FF-SIL) .Variable independiente: pacientes con gonartrosis. Ambos sexos, rango de edad de 35 años a 85 años. Análisis estadístico por medio del programa SPSS10 de Windows. En cuyo análisis se utilizará estadística descriptiva mediante gráficas y medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados esperados:
Familias disfuncionales en pacientes con gonartrosis.

Palabras clave: Gonartrosis, funcionalidad familiar.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad día a día de estar con mis seres queridos. Por darme fortaleza cuando creí estar sola, y me demostró lo grande que es, para conmigo y con los que amo.

A mi esposo por la paciencia y tolerancia, pero sobre todo por estar a mi lado y enseñarme a caminar juntos de la mano. A su familia por su apoyo en todo momento.

A Cami, que me acompañó durante mi residencia, siendo el motor que me impulsa a seguir cada mañana.

A Muñe que sabe que la adoro, por siempre apoyarme en mis decisiones y creer en que los sueños son posibles, por su cariño incondicional.

A toda mi familia que de alguna u otra manera se encuentran presentes.

A mis asesores Dra. Navarro y Dr. Gilberto por orientarme en este proyecto profesional y personal.

LOS DIAS Y LAS HORAS PASAN AUN EN LOS MOMENTOS MAS DIFICILES

INDICE

	PAGINAS
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y METODOS	13
TIPO DE ESTUDIO	13
POBLACION UNIVERSO	14
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	15
UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DEL ESTUDIO	16
MUESTRA	17
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	18
VARIABLES	19
DISEÑO ESTADISTICO	23
INSTRUMENTOS DE RECOLECIÓN DE DATOS	24

INDICE

	PAGINAS
METODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	25
CRONOGRAMA	26
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	28
CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
RESULTADOS	30
CONCLUSIONES	48
DISCUSION	49
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	55
CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO	55
ENCUESTA APLICATIVA	56
TEST	59

ANTECEDENTES

La osteoartrosis de rodilla o gonartrosis es considerada como uno de los padecimientos crónicos más antiguos. Es el resultado de cambios mecánicos y eventos biológicos que desestabilizan el equilibrio entre degradación y síntesis normal del cartílago articular, siendo una enfermedad del aparato locomotor con alta prevalencia en la población adulta. Caracterizada por cambios en el metabolismo del cartílago que culmina en la degradación de la matriz. [1, 2]

Representa uno de los problemas musculoesqueléticos más frecuente en las personas mayores de 50 años. Presentándose mas frecuentemente en las articulaciones de carga y de la columna vertebral. [3]

Durante las últimas dos décadas, la Osteoatrosis ha llegado a considerarse como una enfermedad que afecta a la articulación por completo en lugar de un problema primariamente del cartílago. [4]

La gonartrosis la prevalece un 10 % de la población mayor de 60 años y aumenta su incidencia con la edad. Es una enfermedad prevalente en nuestra sociedad, con distribución mundial que no se le ha dado la suficiente importancia, por los efectos que tiene en la economía, morbilidad y en los servicios de salud. Después de los 40 años la incidencia aumenta rápidamente, por cada década que pasa. [5]

La enfermedad Articular Degenerativa o también llamada Osteoatrosis, tiene tal importancia, que la Organización Mundial de la salud ha designado a la primera década de este siglo como la Década Osteoarticular, *Bone and Joint Decade*; en México y en el resto del mundo, es una de las principales causas de discapacidad más importantes, en personas de 40 años en adelante, siendo los pacientes de la tercera edad los más afectados. [6]

La Organización Mundial de la salud estima que un 10 % de la población mayor de 60 años padece Osteoartrosis. Un 80% de esto pacientes tienen limitado el movimiento y un 25 % no pueden realizar actividades diarias [7]

Se estima que para el año 2020, más de 60 millones serán afectados en Estados Unidos y de ellos 11.6 millones tendrán cierto grado de limitación en sus actividades.[8]

La Osteoatrosis supone un ausentismo laboral de 68 millones de días al año y 4 millones de hospitalizaciones al año. La Gonartrosis es la segunda causa principal de discapacidad en el anciano, detrás de la enfermedad cardiaca. [9]

En un estudio realizado en Italia demostraron que un 29% de los pacientes de su población padecía de gonartrosis, a la que seguía la Osteoartrosis de mano con 14% y de cadera con 7%. [10]

En México, Espinoza y colaboradores, en un estudio de ámbito Nacional, calcularon la prevalencia de manifestaciones osteoarticulares, que fue del 26% con predominio en mujeres; la articulación de la extremidad inferior con mayores síntomas fué la de rodilla, con un promedio del 16%, que se elevaba hasta el 35% en la octava década de la vida. Cardiel y Rojas-Serrano realizaron un estudio en una población cercana a la ciudad de México y describieron la prevalencia de manifestaciones locomotoras en un 17%, la gonartrosis fue de 2.3% y la lumbalgia de 6.3% en la población estudiada. [11]

La gonartrosis es un trastorno articular que se caracteriza por degeneración y pérdida de cartílago, que da lugar a dolor o deformidad. Dado que la rodilla es la articulación de carga, también es la de mayor prevalencia, ocasionando incapacidad en aproximadamente 10% de la población mayor a 55 años. [12]

La Osteoatrosis localizada en cadera y rodilla implica la mayor discapacidad que cualquier otra enfermedad en el anciano, existen reportes de hasta un 60%; de este grupo de pacientes que requiere el uso de un andador hasta en un 40%. [13]

Su impacto social y económico es cada vez mayor, en el 2001 la cuarta causa de dictámenes de invalidez en el Instituto Mexicano del Seguro Social correspondió a artropatías. [14]

Para conocer de forma certera la evolución de esta afección es absolutamente necesario dominar su fisiopatología, su composición normal y cómo actúan diferentes factores en ella. [15]

La osteoartrosis se presenta en un 25% de los pacientes mayores de 55 años con dolor articular en rodilla. Es más común en las mujeres. [16]

Diversos factores locales y generales contribuyen al desarrollo de la gonartrosis. Dentro de los factores generales están la edad, el sexo, genética, densidad ósea y elementos nutricionales, que pueden hacer al cartílago más vulnerable a la lesión y menos eficiente en la reparación. Los componentes biomecánicos, en combinación con los factores genéticos, tienen un efecto sinérgico en el proceso de degradación cartilaginosa. [17]

En lo que corresponde a la genética se ha estudiado que un defecto en la codificación del gen para la síntesis de colágeno tipo II, permite la degeneración temprana de éste tipo de colágeno. Este gen anormal se relaciona con un tipo de Osteoatrosis poliarticular temprana prematura y displasia epifisiaria leve observada en varias familias. [18]

Estudios recientes han mencionado, la existencia de Mediadores inflamatorios que se encuentran secuestrados dentro del cartílago hialino avascular y aneural, lo cual no provocan los signos clásicos de inflamación. Los mediadores inflamatorios producidos por los tejidos sinoviales y cartílago tienen una importante función en la gonartrosis. [19]

Al parecer el género es especialmente importante en la formación de Osteoartrosis erosiva de articulaciones interfalángicas distales y proximales, ésta variante es 10 veces más común en mujeres, es autosómica dominante y en varones es recesiva. [20]

Normalmente los condorcitos del cartílago hialino conservan la matriz extracelular al equilibrar las funciones catabólicas y anabólicas, la síntesis de la matriz se sincroniza con su degradación por enzimas proteolíticas. En la Osteoatrosis, la lesión inicial se caracteriza por una región de estrés mecánico muy focalizado y un defecto intrínseco en la matríz cartilaginosa. Si hay mutación de una sola base en el gen de procolágena tipo II, deja las fibrillas de colágeno propensas a la fragmentación y por lo tanto a la Osteoatrosis temprana. En la progresión temprana se incrementa la síntesis de proteoglucanos y colágeno, con algún grado de degradación, conforme se establece la Osteoatrosis, hay progresión tardía, en donde se disminuye la síntesis de proteoglucanos, lo que resulta en la pérdida neta de proteínas de la matriz. [21, 22]

Los cambios estructurales en las moléculas de proteoglucanos son la degradación de la proteína central, reducción en el tamaño de agregados de proteoglucanos y reducción en el contenido del ácido hialurónico, además de una síntesis de diferentes productos génicos de colágeno que alteran la red de fibras de éstas, caracterizando a la fase tardía. [23]

Dentro de los factores involucrados encontramos las enzimas proteolíticas, las cuales son enzimas degenerativas (metaloproteinasas) secretadas por los condrocitos. La actividad de las metaloproteinasas es controlada por inhibidores y activadores. En la Osteoatrosis hay un exceso de estas enzimas proteolíticas y una disminución de los inhibidores de metaloproteinasa. [24]

La IL-1, IL-6, IL-8, TNF, óxido nítrico y prostaglandinas E2 (PGE2) no reguladas, se relacionan con la patogenia de la Osteoatrosis. La IL-1, estimula la producción de proteasas al tiempo que suprime la síntesis de proteoglucanos y colágeno tipo II, además de inducir la producción de condorcitos, óxido nítrico y PGE2. [25]

Otros factores que se ven afectados son los factores anabólicos, los cuales se encargan de la restauración, como es el factor de crecimiento TGF-B, el cual se encarga de antagonizar la acción de la IL-1 y el factor de crecimiento 1 semejante a la insulina, que regula la formación de proteoglucanos.[26]

Existen cambios cartilaginosos y óseos, dentro de los primeros encontramos cambio en la coloración del cartílago de azul a amarillos por la pérdida de proteoglucanos, uno de los primeros cambios histopatológicos en la gonartrosis son las áreas de reblandecimiento. Cuando la enfermedad se encuentra mas avanzada encontramos melladuras y descamación del cartílago, por lo tanto la fibrillas verticales en el cartílago indican progresión. Posteriormente hay erosiones confluentes al final de la evolución de la gonartrosis con pérdida del espesor completo del cartílago. [27]

Puede haber formación de nuevo hueso bajo el cartílago llamados osteofitos o en el borde articular. Los quistes subcondrales, pueden formarse por la transmisión de mayor fuerza mecánica sobre el hueso, éstos quistes no cicatrizan debido a una perfusión deficiente por microfracturas subcondrales. [28]

La osteoartrosis primaria es la forma más frecuente de artritis en Norteamérica y en Europa Occidental y afecta a 21 millones de americanos. La historia natural de la enfermedad tarda aproximadamente 20 años en expresarse, sin embargo la mayoría de los pacientes son mayores de 60 años. No tiene una causa subyacente de daño articular. Comúnmente afecta articulaciones interfalángicas distales, proximales y las primeras articulaciones carpometacarpianas de pies, rodilla, cadera y columna. Influyen factores como son el envejecimiento, mecánicos por desgaste, factores genéticos y bioquímicos. [29, 30, 31]

La osteoartrosis puede ser secundaria a enfermedades que lesionan las superficies de las articulaciones y producen cambios en el cartílago. Estas enfermedades pueden ser alteraciones congénitas del crecimiento, traumatismos, cirugías, enfermedad articular inflamatoria previa, enfermedades óseas, discrasias hemorrágicas, enfermedad articular neuropática, por inyecciones excesivas de esteroides intraarticulares, endocrinopatías y enfermedades metabólicas, por lo general se presenta en adultos jóvenes. [32]

La Clasificación funcional de la osteoartrosis, permite al médico definir un programa terapéutico, establecer un pronóstico y tomar decisiones de posibles alternativas de tratamiento disponibles en otros niveles de atención, de igual forma posibilita llevar un control de la evolución de la enfermedad y de la discapacidad consecuente. [33]

Clasificación Funcional de la Osteoatrosis:

1.- Subgrupo I	Capacidad funcional normal.
2.- Subgrupo II	Dolor, limitación en una articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria.
3.- Subgrupo III	Dolor limitante.
4.- Subgrupo IV	Dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado.
5.- Subgrupo V	Limitación para el autocuidado y la alimentación.

Los síntomas varían según la articulación afectada y la gravedad de la enfermedad, la mayoría de los pacientes presentan dolor en la articulación, de inicio gradual , que empeora con la actividad y cede con el reposo. En el caso de la enfermedad más grave puede presentarse dolor aún en reposo, que interfiere con el sueño. La rigidez matutina es breve , menor a 30 minutos en contraste con la observada en trastornos reumáticos inflamatorios que en general la duración es mucho mayor. Existe un fenómeno de congelamiento el cual se refiere a la sensación de rigidez en articulaciones luego de una inactividad prolongada. [34]

En cuanto a los signos clínicos de la enfermedad se encuentra la hipersensibilidad de leve o moderada en articulaciones afectadas. La amplitud de movimiento es dolorosa en articulaciones grandes (rodillas y cadera) y es la equivalente de la hipersensibilidad de las articulaciones pequeñas. La crepitación, puede percibirse algunas veces cuando las articulaciones se ejercitan en toda la amplitud del movimiento, es causada por irregularidades superficiales en la articulación. Puede haber aumento de la temperatura en las articulaciones durante las exacerbaciones de la enfermedad. En algunas ocasiones se observa, tumefacción de tejidos blandos si se encuentra derrame. Puede haber deformidad en angulación en varo (medial) o valgo (lateral) de las articulaciones en etapas avanzadas de la enfermedad, como también se observa crecimiento macroscópico óseo y subluxación articular. [35]

El diagnóstico se establece mediante criterios clínicos y radiológicos, ya que se ha documentado mayor sensibilidad y especificidad que con la valoración clínica aislada. La anamnesis combinada con los datos de la exploración física los estudios de laboratorio y las radiografías constituye la base del diagnóstico. [36, 37]

El líquido sinovial característico en la gonartrosis es ligeramente turbio, no contiene cristales y tiene un recuento de leucocitos que apenas es inflamatorio es decir menos de 2 mil células/mm3 y menos de 25% de neutrófilos. [38]

Los datos radiológicos sólo se observan en personas mayores de 40 años de edad, con articulaciones típicamente afectadas por osteoartrosis, la cual a menudo es asintomática. Las proyecciones radiográficas deben de ser de rodilla, simple bilateral en posición anteroposterior y lateral con flexión de 60 grados. Para una adecuada valoración del espacio articular es necesario que la vista anteroposterior se realice con la rodilla flexionada a 45 grados y de pie, en caso de osteoatrosis patelofemoral son necesarias las vistas laterales y Marchant. Las proyecciones deberán de ser comparativas con la articulación contralateral. [39]

La clasificación de Outerbridge es la más útil desde el punto de vista práctico, además de ser una clasificación muy compatible con otras muy utilizadas en el mundo, en donde valora la estrechez del espacio articular, la esclerosis subcondral, presencia de osteofitos y quistes subcondrales.[40]

Criterios para el Diagnóstico de Osteoartrosis de Rodilla: [41]

CLINICOS Y DE LABORATORIO	**CLINICOS Y RADIOLÓGICOS**	**CLÍNICOS**
Dolor en rodilla y al menos cinco de estas nueve condiciones.	Dolor en rodilla y al menor una de estas cuatro condiciones.	Dolor en rodilla y al menos tres de estas seis condiciones.
(1) Edad mayor a 50 años. (2) Crepitación. (3) Crecimiento óseo. (4) Hipersensibilidad ósea. (5) Sin derrame palpable. (6) Rigidez articular menor a 30 minutos. (7) Eritrosedimientación menor a 40 mm/hr. (8) Factor Reumatoide menor de 1:40 (9) Líquido sinovial (claro, viscoso, conteo de leucocitos menor 2000/mm3	(1) Edad mayor a 50 años. (2) Crepitación. (3) Osteofitos. (4) Rigidez articular matutina menor a 30 minutos.	(1) Edad mayor a 50 años. (2) Crepitación. (3) Crecimiento óseo. (4) Hipersensibilidad ósea. (5) Sin derrame palpable. (6) Rigidez articular matutina menor a 30 minutos.
Sensibilidad: 92% Especificidad: 75%	Sensibilidad: 91% Especificidad: 86%	Sensibilidad: 95% Especificidad: 69%

El tratamiento se basa en los síntomas leves con paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos . En ocasiones para controlar el dolor local se utilizan inyecciones de corticoesteroides intraarticulares. [42]

El tratamiento no farmacológico está determinado por pérdida de peso, fisioterapia y ejercicio de bajo impacto. En casos graves en quienes falla el tratamiento médico y coexiste limitación en las actividades diarias se lleva a cabo el reemplazo articular. Así como también la utilización de aditamentos para la marcha, bastón muletas o andadera. Algunas veces se utiliza un braguero para la rodilla cuando exista inestabilidad de los ligamentos. [43,44]

El fortalecimiento isométrico de los músculos de sostén alrededor de las articulaciones es útil ejercicios para el cuadriceps, la natación y los aeróbicos son la mejor forma de ejercicio en pacientes con osteoartrosis de cadera o rodilla, estos enfermos deben evitar correr. La aplicación de calor húmedo o almohadillas calientes, o incluso de hielo a menudo puede reducir temporalmente el dolor . [45] [46]

Algunas veces las inyecciones intraarticulares de corticoesteroides pueden tener un beneficio temporal en las exacerbaciones, pero el uso repetido de esteroides conlleva al riesgo de ocasionar otros problemas mayores. [47]

Tratamiento de complementación con ácido hialurónico intraarticular, se dispone en dos preparados de ácido hialurónico intraarticular para usarse en la gonartrosis leve. Los estudios han demostrado que estos productos son eficaces para modular el dolor originado en la articulación de la rodilla y se ha comprobado que estos agentes pueden tener un efecto positivo en la biología del cartílago articular. [48]

Agentes como inhibidores de citocinas proinflamatorias, receptores de citocinas solubles y citocinas antiinflamatorias, tienen propiedades terapéuticas que pueden ser benéficas. [49]

El Trasplante de cartílago, una vez perfeccionada esta técnica se limita a paciente jóvenes con lesiones cartilaginosas en ausencia de de cambios óseos. Aún se realiza osteotomía de angulación en la osteoartritis de la rodilla para tratar la enfermedad de un solo compartimiento. [50, 51]

Funcionalidad familiar.-

La familia es uno de los grupos fundamentales a intervenir con el fin de mejorar su funcionamiento. La salud como categoría individual y social es el producto de estrategias y acciones de promoción, prevención y rehabilitación que realizan los individuos, las familias y la sociedad. Se considera funcionamiento familiar a la dinámica y sistémica producida en el interior hogareño y se evalúa a través de las categorías armonía, cohesión, rol, comunicación, afecto, permeabilidad y adaptabilidad. [52]

La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar. En la actualidad la familia se enfrenta a difíciles retos y experimenta cambios que afectan su funcionalidad. [53,54]

En general, la evaluación de la familia se ha basado en la teoría sistémica, en donde, la familia se define como una unidad organizada, integrada por elementos, como individuos y subunidades como padres e hijos, que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. [55]

En la actualidad la familia se enfrenta a diferentes retos y experimenta cambios que alteran su funcionalidad, esta situación representa un problema de salud pública emergente en las comunidades, con adultos mayores quienes son marginados por sus familiares, situación que tiende a generalizarse en los próximos años con el envejecimiento poblacional. [56]

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. [57]

En la familia funcional, las relaciones familiares están bien establecidas y son de tipo positivo para todos los miembros, se muestran satisfechos de estar juntos, reconocen que cada uno de ellos tienen intereses y necesidades individuales, no existen coaliciones, los límites son claros, tienen estructura de negociación de conflictos y hay apoyo emocional. En las familias disfuncionales, se presenta poca atención a sentimientos y opiniones de los demás, límites imprecisos, no existe actitud negociadora, con pautas de interacción rígidas y las funciones de sus miembros no son claras. [58]

En base a que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. [59]

En un estudio realizado en funcionalidad familiar y adolescentes embarazadas, se identificó que la disfunción familiar constituye en realidad un riesgo que se agrava si está asociado con la edad, escolaridad, ocupación, y estado civil. Se reafirma en este estudio que la disfunción familiar es un factor que predispone para el desarrollo de conductas en las personas. [60]

En el artículo de Patricia María Herrera Santí “Familia funcional y disfuncional, un indicador de salud”, se nos aporta una serie de indicadores para medir el funcionamiento familiar, cumplimiento eficaz de sus funciones, desarrollo de identidad y autonomía de miembros, flexibilidad de reglas y roles, comunicación clara y capacidad de adaptación. [61]

Test Funcionamiento Familiar FF-SIL.-

Dolores de la Cuesta Freijomil y colaboradores, en 1996 elaboraron el FF-SIL para determinar las categorías, que ha su juicio son las que evalúa el funcionamiento familiar. [62]

El Test de funcionamiento Familiar FF-SIL, consiste en la percepción de cada miembro de la familia de una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia; En éste instrumento se miden siete variables como son la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Según la puntuación obtenida se traduce la información a familias funcionales, familias moderadamente funcionales, familias disfuncionales y familias severamente disfuncionales. El test consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, en donde se valora un total de 14 cuestionamientos, correspondiendo a un valor de 2 a cada una de las siete variables que mide el instrumento; Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que ésta a su vez tiene una escala de puntos, la aplicación del instrumento mostrará el grado de disfuncionalidad y se identifica el área afectada, sirve para delimitar el factor relacionado a la "alteración de los procesos familiares". De ésta forma se podrá dirigir un plan de acción familiar. [63]

Además de los factores genéticos, los patrones de relación social entre los miembros de la familia pueden aumentar el riesgo individual y la vulnerabilidad a padecer la enfermedad, o por el contrario, amortiguar el efecto de éstas poniendo en marcha mecanismos del sistema familiar para proveer de la atención necesaria al enfermo, contribuyendo así a su recuperación. Se han identificado alteraciones somáticas y síntomas que son indicativos de conflicto familiares.[64, 65]

Si el enfermo es una persona optimista, no se aislará socialmente y tratará de seguir haciendo su vida como normalmente la hacía, siendo mas probable que se informe de su enfermedad y que siga las indicaciones de su médico. Sin embargo si es una persona pesimista o negativa sentirá su enfermedad como algo catastrófico, se aislará socialmente, sintiéndose inútil e incapaz de seguir haciendo su vida como antes lo hacía; son personas que se reprimen y no son capaces de llevar su tratamiento como debe de ser, se rebelan ante el hecho de estar enfermos y, por tanto, viven su enfermedad como algo incapacitante, deteriorando de manera importante su calidad de vida. [66]

El deterioro de la capacidad física es el efecto mas desfavorable asociado al envejecimiento, este se proyecta en la necesidad de atención y cuidado que precisan los adultos mayores para el desarrollo de sus actividades básicas de la vida diaria, alimentación, higiene, vestido y movimiento. [67]

En México existen muy pocos estudios dirigidos a investigar el efecto de los factores sociales y económicos sobre la calidad de vida en sujetos, y existe también cierto desconocimiento sobre las dimensiones que se encuentran asociadas con la calidad de vida en adultos mayores. Además de que este grupo es un gran demandante de servicios de salud y de alto costo en su atención, y dado que conforma actualmente a 6.54% de la población mexicana, se vuelve prioridad estudiar estos factores. [68]

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Gonartrosis, forma parte de una enfermedad tan importante como es la osteoartrosis, tiene tal importancia que la Organización Mundial de la Salud ha designado a la primera década de éste siglo como la Década Osteoarticular; en México y en el resto del mundo es una de las principales causas de discapacidad más importantes, en personas mayores de 40 años.

Su impacto social y económico es cada vez mayor, en el 2001, la cuarta causa de dictámenes de invalidez en el Instituto Mexicano del Seguro Social correspondió a artropatías.

Por lo cual en el presente estudio se plantea:

¿ Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con Gonartrosis de la UMF No. 28 ?

JUSTIFICACION

En México en donde asciende la población mayor de 60 años, es esencial relacionarse con patologías crónico degenerativas, como la Gonartrosis, siendo una de las principales causas de consulta por dolor articular, llegando a ocasionar invalidez.

La Gonartrosis tiene un impacto social y económico importante, el cual va en aumento.

En el 2001, la osteoartrosis, fue la 4ta causa de invalidéz en el Instituto Mexicano del Seguro Social, dentro de las artropatías. Siendo la más frecuente la artrosis de cadera y después la de rodilla. El grupo de edad más afectado fue el mayor de 60 años.

Cuesta el doble ser tratado por el ortopedista que ser prevenido por el médico familiar en la consulta de primer contacto.

Por lo tanto es trascendental usufructuar en las unidades de medicina familiar, el conocimiento de la gonartrosis para prevenirla, proporcionando al paciente información, limitando el daño, realizando un diagnóstico oportuno, ofreciendo tratamiento y rehabilitación, para así brindarle una mejor calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la funcionalidad familiar mediante el test FF-SIL en pacientes con gonartrosis de la unidad de medicina familiar No.28.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar datos sociodemográficos de los pacientes.
- Evaluar los signos clínicos y de funcionalidad de los pacientes con gonartrosis.
- Identificar los signos radiológicos predominantes de los pacientes en estudio.
- Conocer los diferentes medicamentos utilizados por los pacientes con gonartrosis.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

A) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:

- Prospectivo.

B) Según el número de una variable o el periodo y secuencia del estudio:

- Transversal.

C) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados:

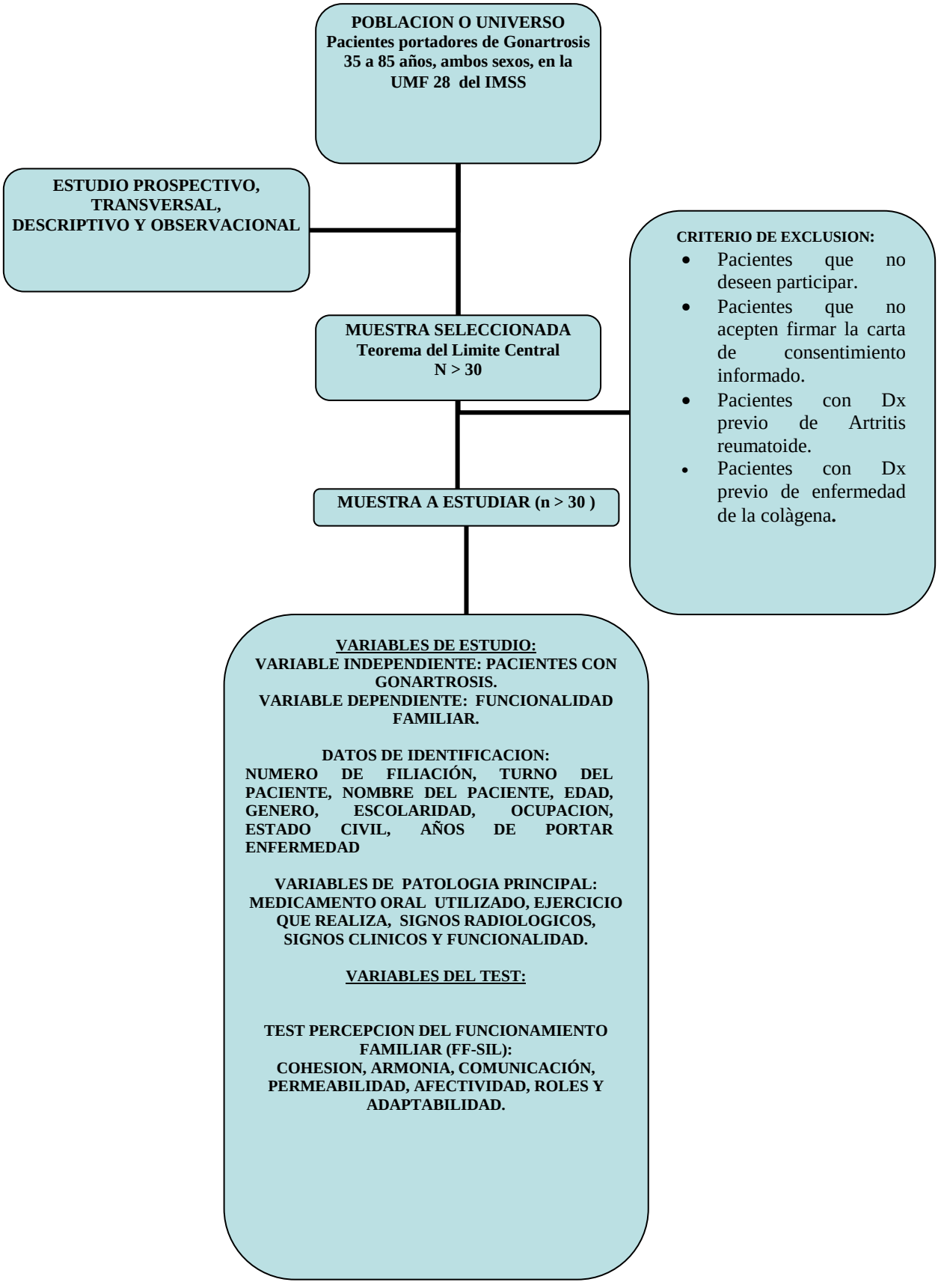
- Descriptivo.

D) De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se realiza:

- Observacional.

POBLACION UNIVERSO

El estudio se realizó en pacientes portadores de Gonartrosis de 35 a 85 años, derechohabientes en la Unidad de Medicina Familiar número 28, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en una población urbana del Distrito Federa, .en la Ciudad de México.


POBLACION O UNIVERSO
Pacientes portadores de Gonartrosis
35 a 85 años, ambos sexos, en la
UMF 28 del IMSS
ESTUDIO PROSPECTIVO,
TRANSVERSAL,
DESCRIPTIVO Y OBSERVACIONAL
MUESTRA SELECCIONADA
Teorema del Limite Central
N > 30
CRITERIO DE EXCLUSION:
Pacientes que no deseen participar.
Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.
Pacientes con Dx previo de Artritis reumatoide.
Pacientes con Dx previo de enfermedad de la colàgena.
MUESTRA A ESTUDIAR (n > 30)
VARIABLES DE ESTUDIO:
VARIABLE INDEPENDIENTE: PACIENTES CON GONARTROSIS.
VARIABLE DEPENDIENTE: FUNCIONALIDAD FAMILIAR.
DATOS DE IDENTIFICACION:
NUMERO DE FILIACIÓN, TURNO DEL PACIENTE, NOMBRE DEL PACIENTE, EDAD, GENERO, ESCOLARIDAD, OCUPACION, ESTADO CIVIL, AÑOS DE PORTAR ENFERMEDAD
VARIABLES DE PATOLOGIA PRINCIPAL:
MEDICAMENTO ORAL UTILIZADO, EJERCICIO QUE REALIZA, SIGNOS RADIOLOGICOS, SIGNOS CLINICOS Y FUNCIONALIDAD.
VARIABLES DEL TEST:
TEST PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL):
COHESION, ARMONIA, COMUNICACIÓN, PERMEABILIDAD, AFECTIVIDAD, ROLES Y ADAPTABILIDAD.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DEL ESTUDIO

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar Número 28, Gabriel Mancera, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en la Colonial del Valle, la cual se encuentra en el Distrito Federal, de la Ciudad de México, se llevó a cabo en Abril del 2007 a Enero del 2008.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra de un estudio descriptivo, para una variable dicotómica utilizará el teorema del límite central.

Teorema del límite central, una muestra es lo bastante grande (n>30), sea cual sea la distribución de la variable de interés, la distribución de la media muestral será aproximadamente normal.

Método de muestreo, no probabilístico de forma casual.

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA EN DONDE:

N= # total de individuos requeridos.

FORMULA PARA CALCULAR EL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

$$N > 30$$

CRITERIO DE INCLUSION

La población en estudio está integrada por pacientes con gonartrosis de 35 a 85 años de edad, ambos sexos de la UMF No.28, que deseen participar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Se excluyó a los pacientes que no quisieran participar.
- A pacientes que no firmaron la carta de consentimiento informado.
- Pacientes que tengan un diagnóstico previo de Artritis Reumatoide, séptica o alguna enfermedad inmunológica.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes con pérdida de la historia clínica, que no se encontraron en tres intentos en los archivos de la unidad de medicina familiar número 28.
- Que el paciente no fuera derechohabiente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

VARIABLES

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** GONARTROSIS.
- **VARIABLE DEPENDIENTE:** FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES	PRUEBA ESTADISTICA
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS	Moda, mediana, valor min. Valor max. Desv. Estandar
GENERO	CUALITATIVA	NOMINAL SIMPLE DICOTOMICA	1=FEMENINO 2=MASCULINO	Frecuencias y porcentajes
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL AMPLIADA	1=PRIMARIA 2=SECUNDARIA 3=PREPARATORIA 4=LICENCIATURA 5=NINGUNO	Frecuencias y porcentajes
OCUPACIÒN	CUALITATIVA	NOMINAL SIMPLE DICOTOMICA	1= EMPLEADO 2= DESEMPLEADO	Frecuencias y porcentajes
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL AMPLIADA	1=SOLTERO 2=CASADO 3=DIVORCIADO 4=VIUDO 5=UNIO LIBRE	Frecuencias y porcentajes

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES	PRUEBA ESTADISTICA
MEDICAMENTO ORAL UTILIZADO	CUALITATIVA	NOMINAL AMPLIADA	1= PARACETAMOL 2= DICLOFENACO 3= NAPROXENO 4= PIROXICAM 5= MELOXICAM 6= OTRO 7= NINGUNO	Frecuencias y porcentajes
EJERCICIO QUE REALIZA	CUALITATIVA	NOMINAL AMPLIADA	1= SI 2= NO 3= ESPECIFICAR	Frecuencias y porcentajes
SIGNOS RADIOLÓGICOS	CUALITATIVA	NOMINAL AMPLIADA	1= ESTRECHEZ DEL ESPACIO ARTICULAR 2= ESCLEROSIS SUBCONDRAL 3= OSTEOFITOS MARGINALES 4= QUISTES SUBCONDRALES	Frecuencias y porcentajes
SIGNOS CLINICOS	CUALITATIVA	NOMINAL AMPLIADA	1= CREPITACIÓN 2= CRECIMIENTO ÓSEO 3= HIPERSENSIBILIDAD ÓSEA 4= SIN DERRAME PALPABLE 5= RIGIDEZ MATUTINA MENOR A 30 MINUTOS	Frecuencias y porcentajes
PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL	CUALITATIVA	NOMINAL AMPLIADA	70- 57 PUNTOS = FAMILIA FUNCIONAL 56 – 43 PUNTOS = FAMILIAR MODERADAMENTE FUNCIONAL 42 – 28 PUNTOS = FAMILIA DISFUNCIONAL 27 - 14 PUNTOS = FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	Frecuencias y porcentajes

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

- NÚMERO DE FOLIO: Serie numerada de encuestas aplicadas.
- TURNO DEL PACIENTE: División de la jornada de la consulta.
- NÚMERO DE AFILIACIÓN: número establecido que le pertenece a cada paciente en la institución de salud.
- NOMBRE DEL PACIENTE: Identidad de la persona.
- EDAD: Tiempo que una persona ha vivido.
- GÉNERO: indica el sexo del individuo.
- ESCOLARIDAD: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
- OCUPACIÓN: empleo u oficio de la persona.
- ESTADO CIVIL: Estado o condición ante la sociedad.
- MEDICAMENTO ORAL UTILIZADO: sustancias administradas oralmente con fines terapéuticos en una enfermedad.
- REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO: acción o esfuerzo corporal realizado por el paciente por un periodo de tiempo al día, mayor a 30 minutos.
- SIGNOS RADIOLÓGICOS DE OUTERBRIDGE: Clasificación basada en signos radiológicos utilizada para el diagnóstico de la osteoartrosis.
- SIGNOS CLINICOS: Manifestación objetiva del estado de un paciente o detectado por el médico a la inspección, palpación, percusión, auscultación o medición.
- PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL: Instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

- FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: dinámica relacional sistemática que se dá a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

- COHESIÓN: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

- ARMONÍA: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

- COMUNICACIÓN: los miembros de la familia son capaces de trasmitir sus experiencias de forma clara y directa.

- PERMEABILIDAD: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

- AFECTIVIDAD: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

- ROLES: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

- ADAPTABILIDAD: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

DISEÑO ESTADISTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 12 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalecía. El estudio de variables se aplicar Ji cuadrada para mayor sensibilidad y especificidad de resultados.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÒN

Se diseño un formato de presentación con los datos de identificación personalizada, como son numero de folio, turno del paciente, nombre del paciente, edad, estado civil, ocupación, además que se agregaron variables de la enfermedad a estudiar y los instrumentos de evaluación familiar. El constructo se encuentra en anexos.

METODO DE RECOLECCIÓN

Se realizó una entrevista individual a los pacientes que asistían a consulta de forma ordinaria en la unidad de estudio correspondiente y en grupos de aquellos pacientes que acudían a pláticas de trabajo social. Se otorgó un tiempo de 30 minutos para la realización del instrumento de evaluación familiar.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se aplicó el instrumento de evaluación familiar en forma individual. A pacientes de 35 a 85 años, quienes pudieran leer. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, debió trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tenía dificultades para leer la primera pregunta, se interrumpió la aplicación de la prueba. La prueba se realizó en 30 minutos. Es importante recordar que las respuestas no requirieron ayuda de otras personas. No se mencionó de lo que con el test se obtendría como resultado al inicio de la aplicación. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario. A los sujetos se les informó de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador les refirió a los pacientes que podían dejar una pregunta en blanco si lo deseaban, cuando no estaban seguros de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable al paciente, pero antes de dejarla en blanco intentaran dar una respuesta. El examinador no debió discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto preguntaba el significado de una palabra, se otorgó la definición de la misma. El examinador debió revisar la prueba, para asegurarse de que solo una de las respuestas alternativas habían sido señaladas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

" FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON GONARTROSIS DE LA UMF No. 28 "

2007

FECHA	MAR 2007	ABR 2007	MAY 2007	JUN 2007	JUL 2007	AGO 2007	SEP 2007	OCT 2007	NOV 2007	DIC 2007	ENE 2008	FEB 2008
ELECCIÓN DEL TEMA Y TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
MARCO TEÓRICO		X										
BIBLIOGRAFIA		X										
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		X										
PORTADA (Hoja Frontal)			X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X									
JUSTIFICACIÓN			X									
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS			X									
HIPÓTESIS			X									
MATERIAL Y MÉTODOS			X									
DISEÑO METODOLÓGICO				X								
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO				X								
MUESTRA				X								
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN				X								
VARIABLES (tipo y escala de medición)				X								
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES					X							
DISEÑO ESTADÍSTICO					X							
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS					X							
MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS					X							
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS					X							
CONSIDERACIONES ÉTICAS					X							
ANEXOS					X							
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO						X						
PRUEBA PILOTO								X	X			

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

" FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON GONARTROSIS DE LA UMF No. 28 "

2008

FECHA	MAR 2008	ABR 2008	MAY 2008	JUN 2008	JUL 2008	AGO 2008	SEP 2008	OCT 2008	NOV 2008	DIC 2008	ENE 2009	FEB 2009
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO				X								
RECOLECCIÓN DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIEN-TO DE DATOS								X				
ANÁLISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVICIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIO-NES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACIÓN												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Para la realización de este proyecto se contó con médico investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, como también la participación en cuanto a la orientación para la investigación de los asesores clínicos y experimentales. Además del test de evaluación familiar. En ésta investigación se contó con una computadora Toshiba centrino Satellite M55, con procesador Windows XP, disco compacto y unidad de almacenamiento (USB) para acopiar todos los registros. Servicio de fotocopiado para reproducir el test de evaluación familiar y cuestionario de presentación, lápices, borradores. Los gastos en general fueron solventados por residente de tercer grado de medicina familiar.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. La percepción de la funcionalidad familiar se encuentra en los anexos. Se apega a la normatividad institucional en el IMSS.

RESULTADOS

- Se estudió a 55 pacientes portadores de gonartrosis, observándose 34 (61.8%) de sexo femenino, 21 (38.2%) de sexo masculino.

- La media de edad encontrada es de 63.65 años, valor mínimo de 38 años, valor máximo de 87 años, con una desviación estándar de 11.40 años.

- En la escolaridad, se observó 10 (18.2%) en nivel primaria, 14 (25.5%) nivel secundaria, 20 (36.4%) nivel preparatoria, 10 (18.2%) nivel licenciatura, 1 (1.8%) analfabeto.

- Sin embargo en la ocupación se encontró 24 (43.6%) empleados, 31 (56.4%) con desempleo.

- Por otro lado en el estado civil, se ubican 3 (5.5%) solteros, 30 (54.5%) casados, 17 (30.9%) viudos, 5 (9.1%) separados.

- Los principales medicamentos utilizados en gonartrosis, se encontró, 14 (25.5%) paracetamol, 22 (40%) diclofenaco, 17 (30.9%) naproxeno, 1 (1.8%) piroxicam, 1 (1.8%) otros.

- En la actividad física, se encontró, 17 (30.9%) realizó ejercicio, 38 (69.1%) con sedentarismo.

- En relación a los signos radiológicos, se observó, 28 (50.9%) con estrechez articular, 19 (34.5%) con osteofito marginal, 6 (10.9%) con esclerosis subcondral, 2 (3.6%) con quiste subcondral.

- Mientras que los signos clínicos predominantes de la gonartrosis, 33 (60%) con crepitación ósea, 4 (7.3%) crecimiento óseo, 13 (23.6%) con hipersensibilidad ósea, 3 (5.5%) sin derrame palpable, 2 (3.6%) con rigidez matutina menor a 30 minutos.

- En la función articular, 15 (27.3%) con capacidad funcional normal, 31 (56.4%) dolor limitante de una articulación, sin limitación de la vida diaria, 4 (7.3%) dolor limitante, 4 (7.3%) dolor incapacítante para realizar actividades de la vida diaria, 1 (1.8%) limitación para el autocuidado y alimentación.

- En la funcionalidad familiar mediante el test de percepción de funcionamiento familiar FF-SIL, se encontraron los siguientes resultados, 36 (65.5%) con familia moderadamente funcional, 17 (30.9%) familia disfuncional, 2 (3.6%) familia severamente disfuncional.

- La relación entre sexo y signos radiológicos en el sexo femenino: 16 (29.1%) con estrechez articular, 6 (10.9%) esclerosis subcondral, 11 (20%) osteofito marginal, 1 (1.8%). Mientras que en el sexo masculino: 12 (21.8%) estrechez articular, 0 (0%) esclerosis subcondral, 8 (14.5%) osteofito marginal, 1 (1.8%) con quiste subcondral.

- En la correspondencia de sexo y signos clínicos de gonartrosis: en el sexo femenino 19 (34.5%) crepitación, 1 (1.8%) crecimiento óseo, 9 (16.4%) hipersensibilidad ósea, 3 (5.5%) sin derrame palpable, 2 (3.6%) con rigidez matutina menor a 30 minutos. Por otro lado en el sexo masculino 14 (25.5%) crepitación, 3 (5,5%) crecimiento óseo, 4 (7.3%) hipersensibilidad ósea, 0 (0%) sin derrame palpable, 0 (0%) con rigidez matutina menor a 30 minutos.

- La concordancia entre sexo y funcionalidad articular: en el sexo femenino 9 (16.4%) capacidad funcional normal, 17 (30.9%) dolor, limitación en una articulación, sin limitación en la actividades de la vida diaria, 3 (5.5%) dolor limitante, 4 (7.3%) dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado, 1 (1.8%) limitación para el autocuidado y la alimentación.
- En el sexo masculino 6 (10.9%) capacidad funcional

normal, 14 (25.5%) dolor, limitación en una articulación, sin limitación en la actividades de la vida diaria, 1 (1.8%) dolor limitante, 0 (0%) dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado, 0 (0%) limitación para el autocuidado y la alimentación.

- La relación de sexo con funcionalidad familiar según el test de percepción del funcionamiento familiar FF-SIL; en el sexo femenino 25 (45.5%) familia moderadamente funcional, 8 (14.5%) familia disfuncional, 1 (1.8%) familia severamente disfuncional. Por otro lado en el sexo masculino 11 (20%) familia moderadamente funcional, 9 (16.4%) familia disfuncional, 2 (3.6%) familia severamente disfuncional.

- La correspondencia entre la ocupación y signos radiológicos de gonartrosis en pacientes con empleo los signos radiológicos observado son: 19 (34.5%) estrechez radicular, 1 (1.8%) esclerosis subcondral, 4 (7.3%) osteofito marginal, 0 (0%) no hay quiste subcondral. En paciente con desempleo, 9 (16.4%) estrechez radicular, 5 (9.1%) esclerosis subcondral, 15 (27.3%) osteofito marginal, 2 (3.6%) quiste subcondral.

- La concordancia entre ocupación y signos clínicos de gonartrosis en pacientes empleados: 19 (34.5%) crepitación, 4 (7.3%) crecimiento óseo, 0 (0%) no hay hipersensibilidad ósea, 1 (1.8%) sin derrame palpable, 0 (0%) no hay rigidez matutina menor a 30 minutos. En paciente desempleados 14 (25.5%) crepitación, 0 (0%) crecimiento óseo, 13 (23.6%) hipersensibilidad ósea, 2 (3.6%) sin derrame palpable, 2 (3.6%) no hay rigidez matutina menor a 30 minutos.

- La relación entre ocupación y funcionalidad articular, pacientes empleados: 9 (16.4%) capacidad funcional normal, 13 (23.6%) dolor limitante de una articulación, sin limitación de la vida diaria, 1 (1.8%) dolor limitante, 1 (1.8%) dolor incapacítante para realizar actividades

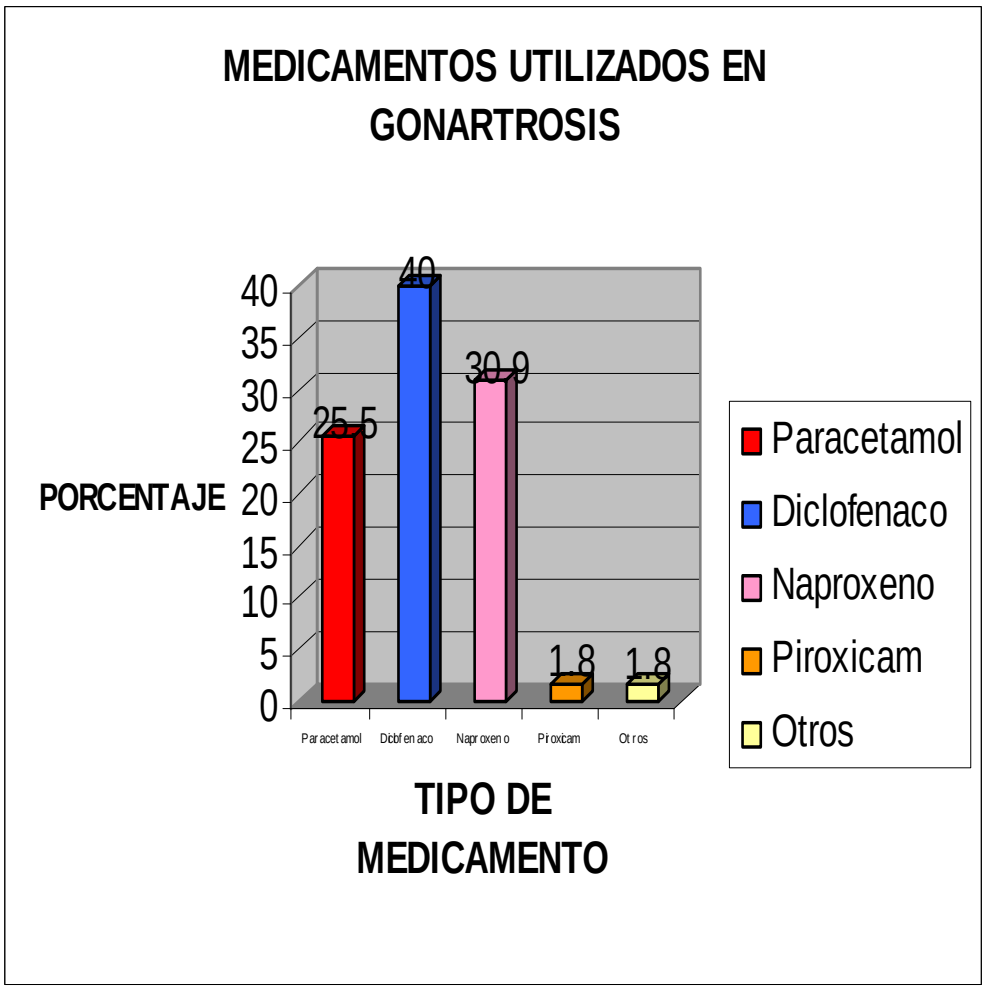
de la vida diaria, 0 (0%) limitación para el autocuidado y la alimentación. En pacientes desempleados: 6 (10.9%) capacidad funcional normal, 18 (32.7%) dolor limitante de una articulación, sin limitación de la vida diaria, 3 (5.5%) dolor limitante, 3 (5.5%) dolor incapacítante para realizar actividades de la vida diaria, 1 (1.8%) limitación para el autocuidado y la alimentación.

- La correspondencia entre ocupación y funcionalidad familiar mediante el test de percepción de funcionamiento familiar FF-SIL, se encontró los siguientes resultados, pacientes empleados: 18 (32.7%) familia moderadamente funcional, 5 (9.1%) familia disfuncional, 1 (1.8%) familia severamente disfuncional. En pacientes desempleados: 18 (32.7%) familia moderadamente funcional, 12 (21.8%) familia disfuncional, 1 (1.8%) familia severamente disfuncional.

CUADROS Y GRÁFICOS

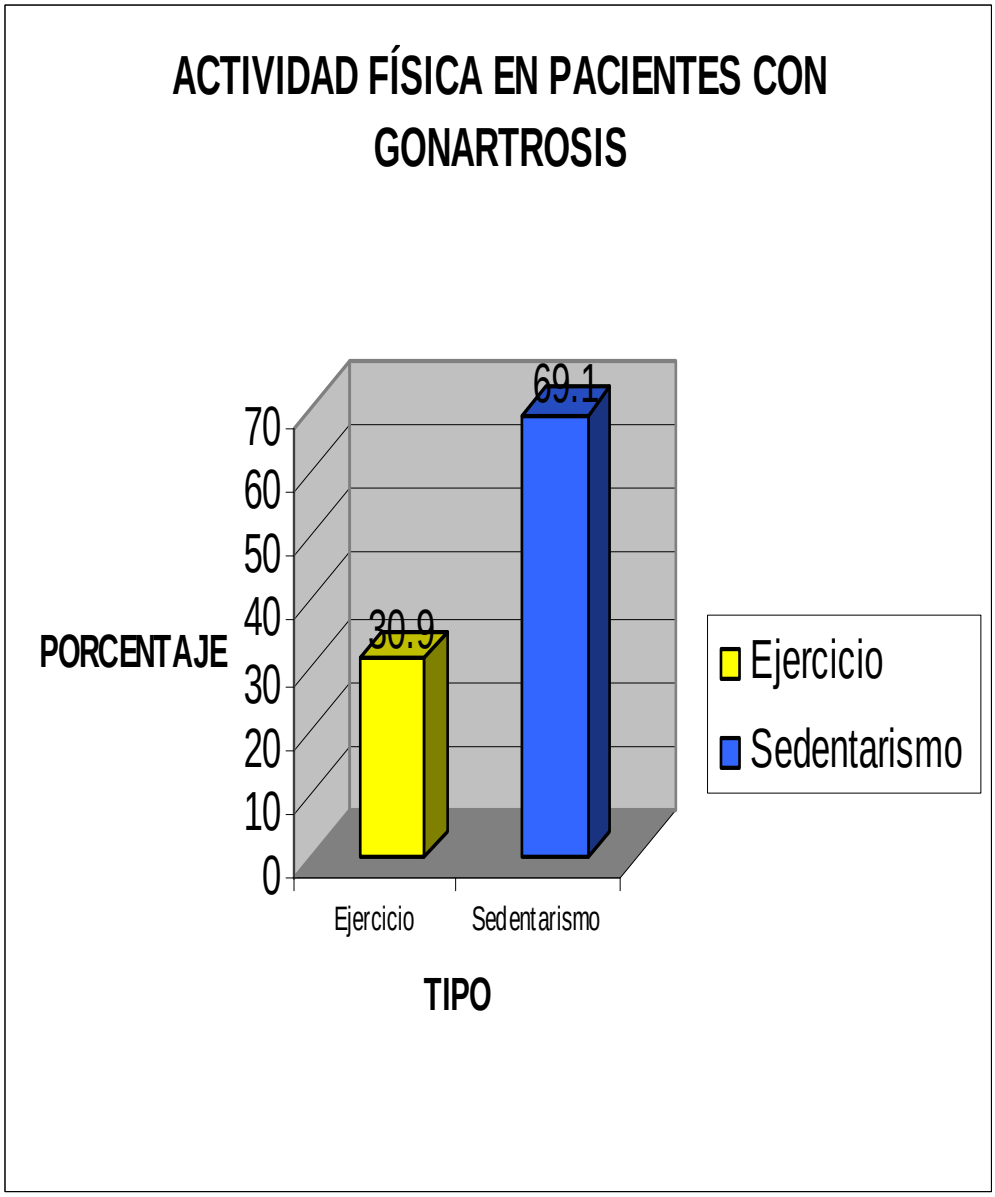
MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN GONARTROSIS

Tipo de Medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Paracetamol	14	25.5%
Diclofenaco	22	40%
Naproxeno	17	30.9%
Piroxicam	1	1.8%
Otros	1	1.8%
Total	55	100



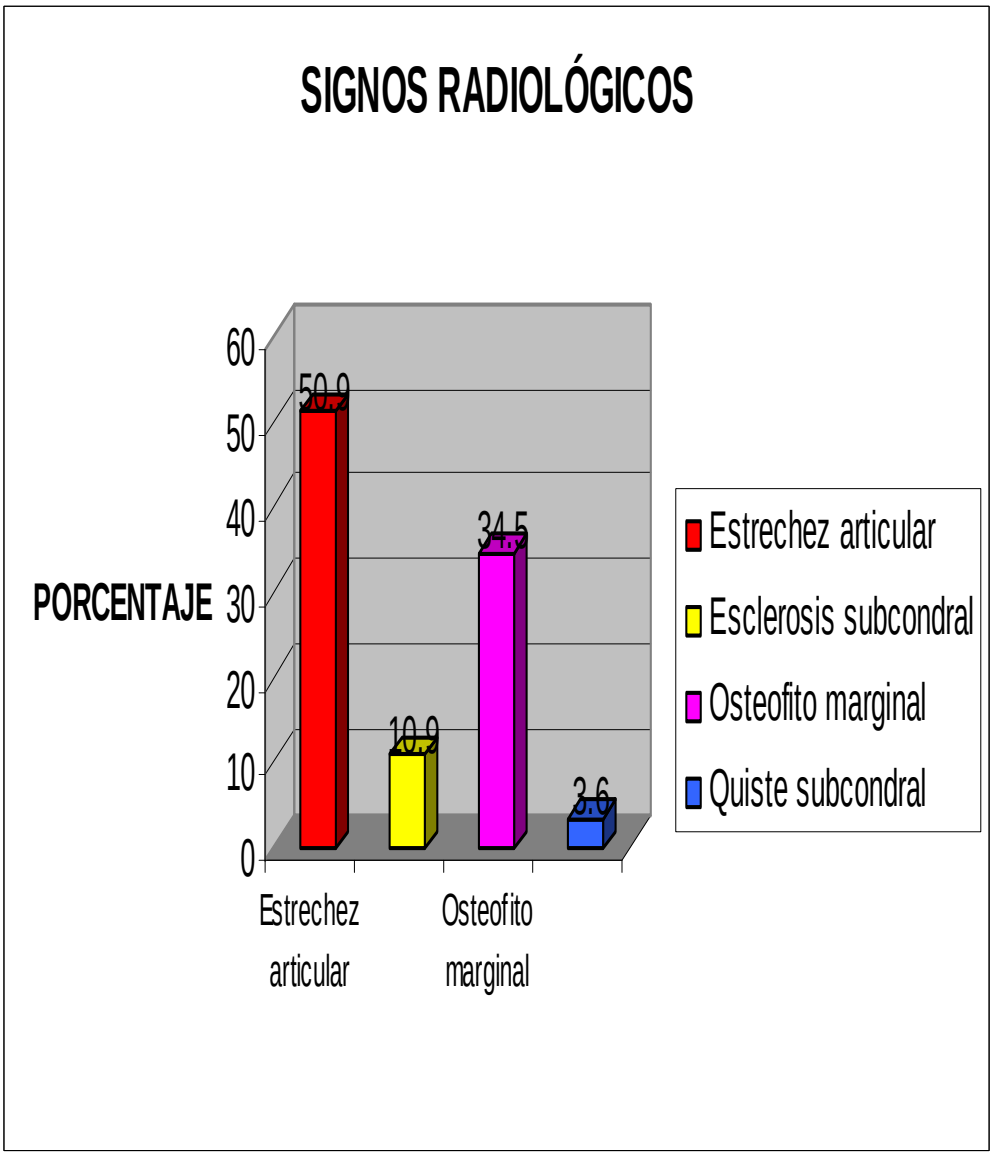
ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON GONARTROSIS

Actividad Física	Frecuencia	Porcentaje
Ejercicio	17	30.9%
Sedentarismo	38	69.1%
Total	55	100%



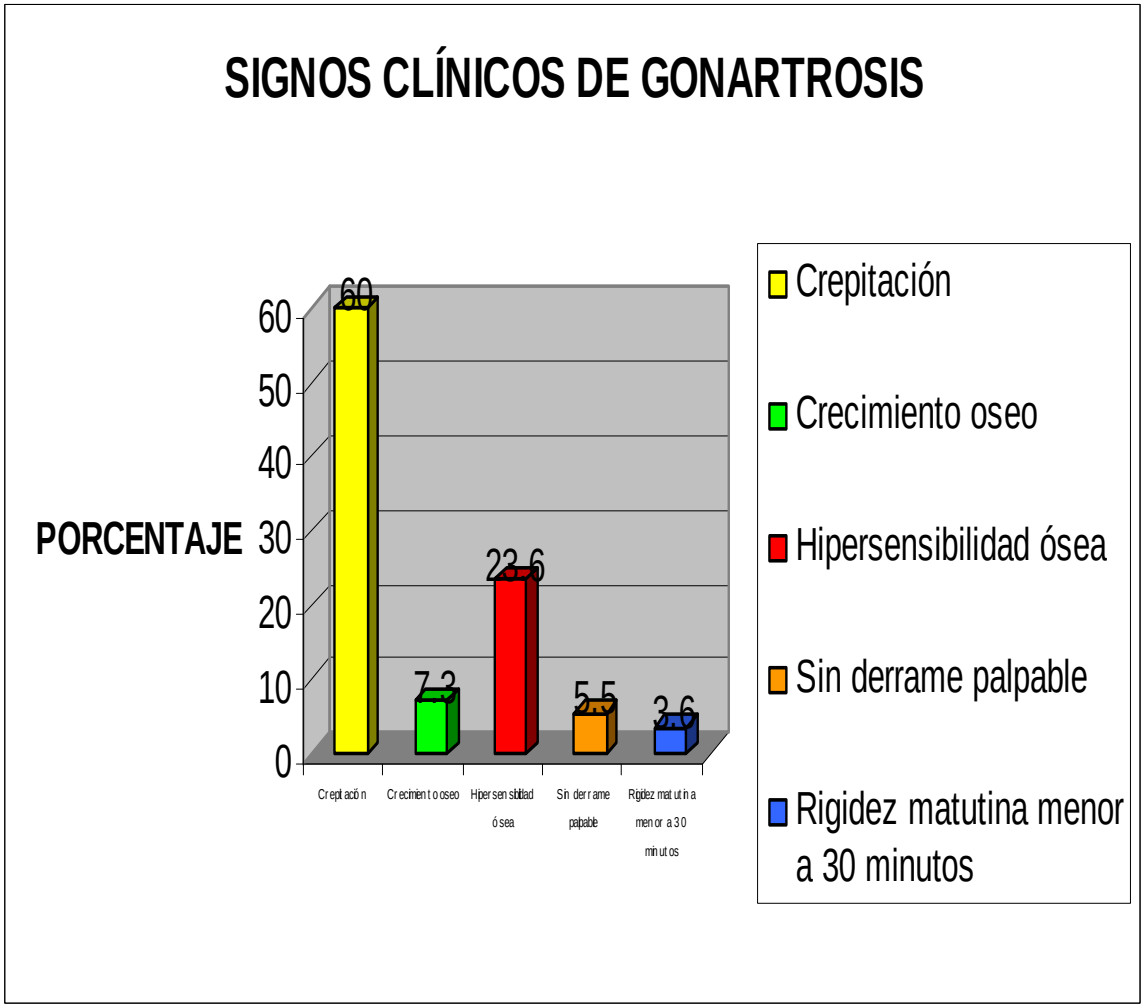
SIGNOS RADIÓLOGICOS DE GONARTROSIS

	Frecuencia	Porcentaje
Estrechez articular	28	50.9%
Esclerosis subcondral	6	10.9%
Osteofito marginal	19	34.5%
Quiste subcondral	2	3.6%
Total	55	100%



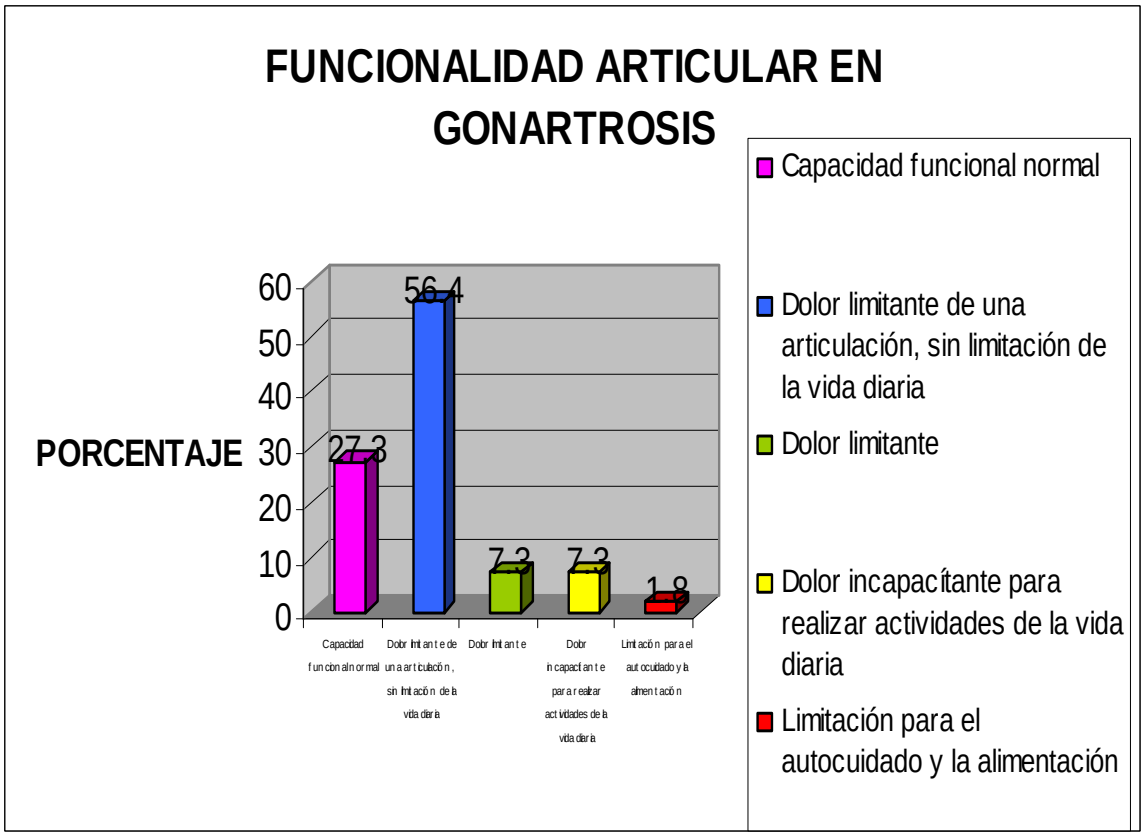
SIGNOS CLÍNICOS EN GONARTROSIS

Signos clínicos	Frecuencia	Porcentaje
Crepitación	33	60%
Crecimiento óseo	4	7.3%
Hipersensibilidad ósea	13	23.6%
Sin derrame palpable	3	5.5%
Rigidez matutina menor a 30 minutos	2	3.6%
Total	55	100%



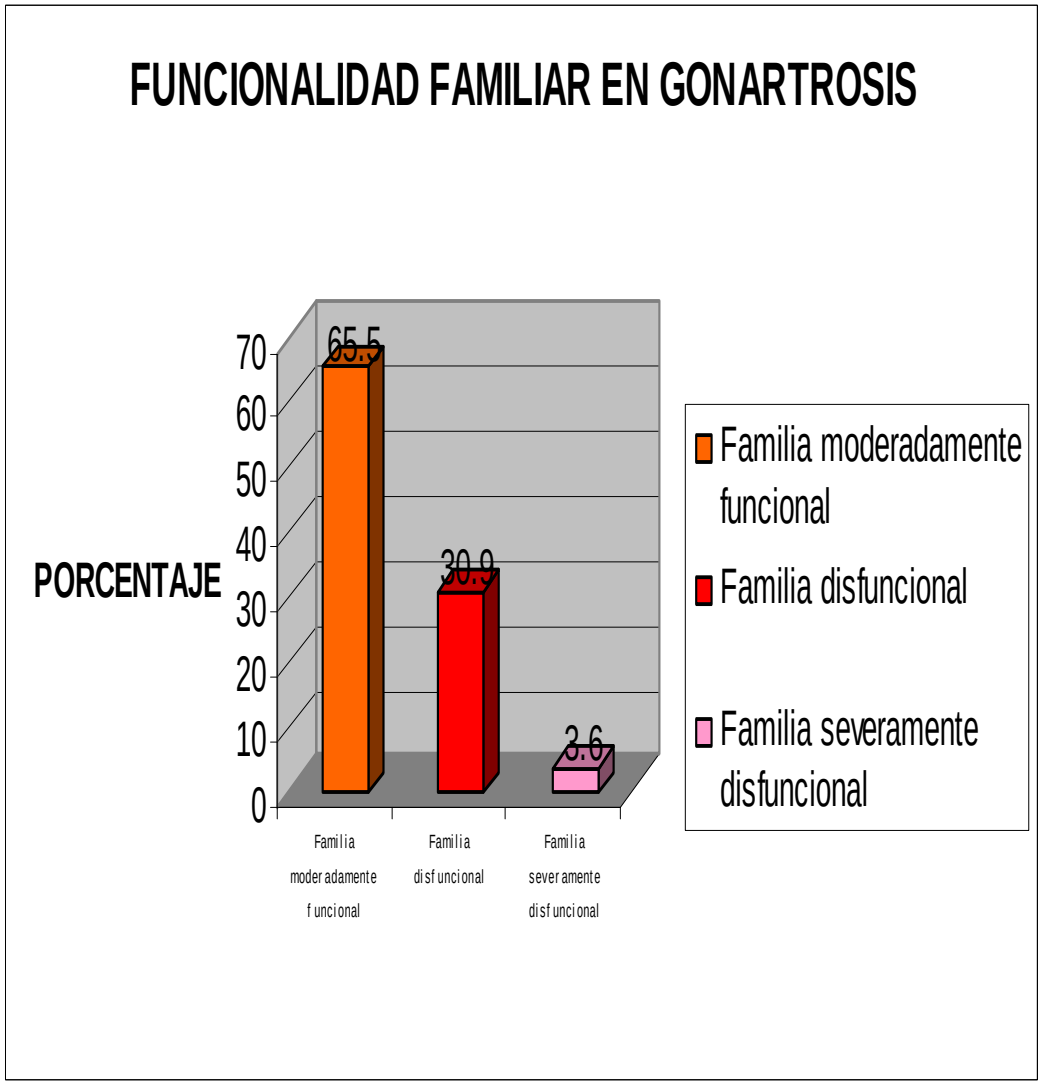
FUNCIONALIDAD ARTICULAR EN GONARTROSIS

Funcionalidad articular	Frecuencia	Porcentaje
Capacidad funcional normal	15	27.3%
Dolor limitante de una articulación, sin limitación de la vida diaria	31	56.4%
Dolor limitante	4	7.3%
Dolor incapacítante para realizar actividades de la vida diaria	4	7.3%
Limitación para el autocuidado y la alimentación	1	1.8%
Total	55	100%

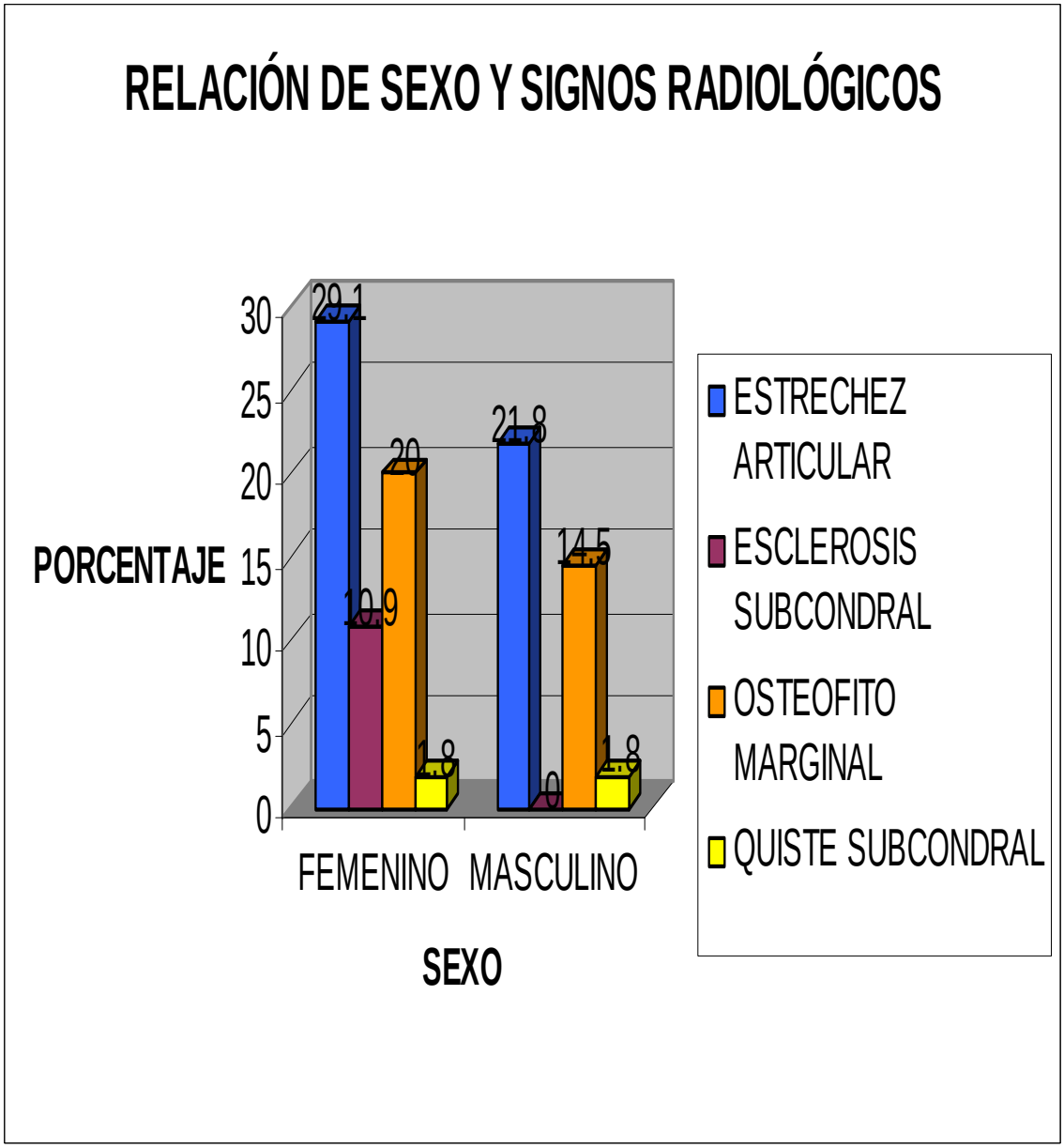


FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN GINARTROSIS

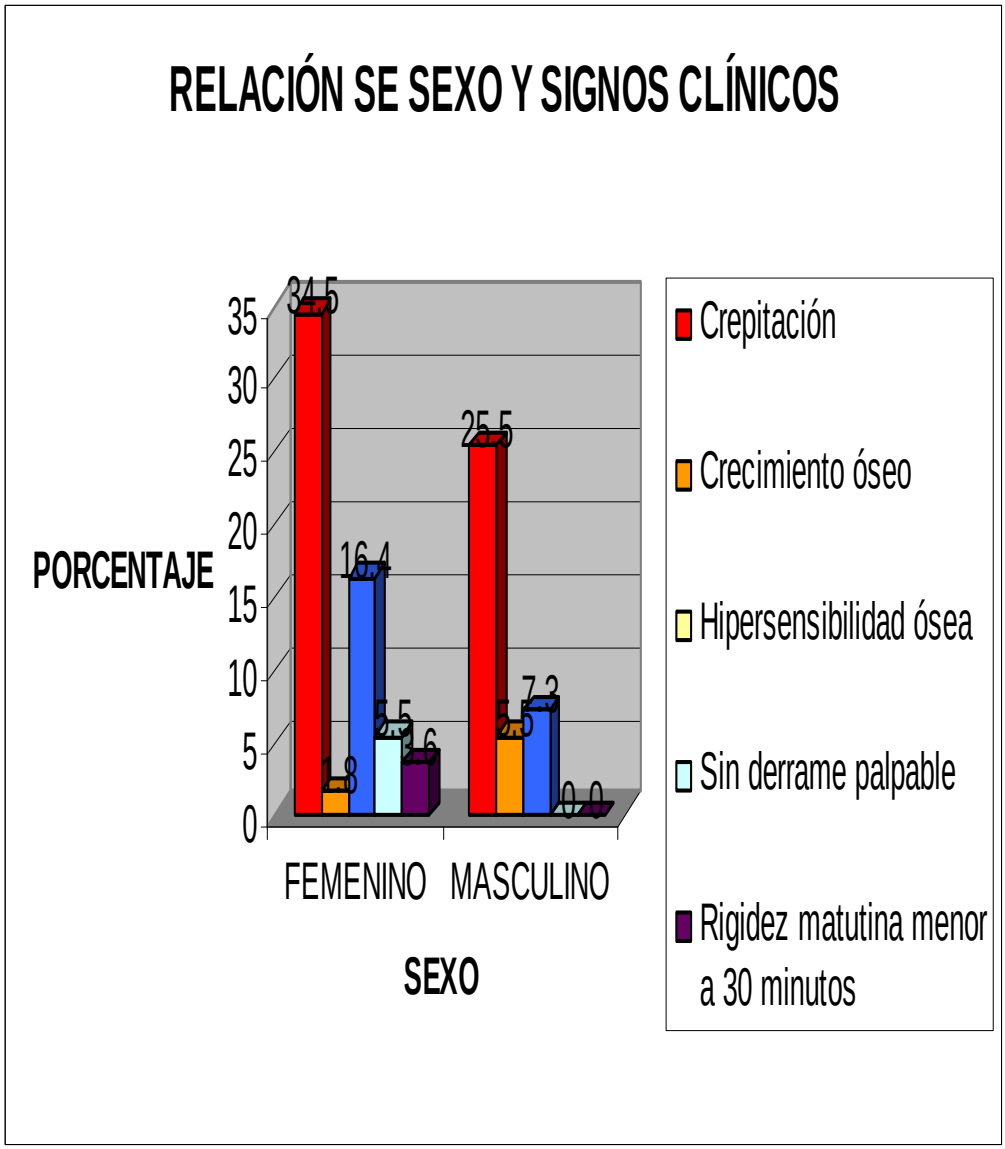
Funcionalidad familiar	Frecuencia	Porcentaje
Familia moderadamente funcional	36	65.5%
Familia disfuncional	17	30.9%
Familia severamente disfuncional	2	3.5%
Total	55	100%



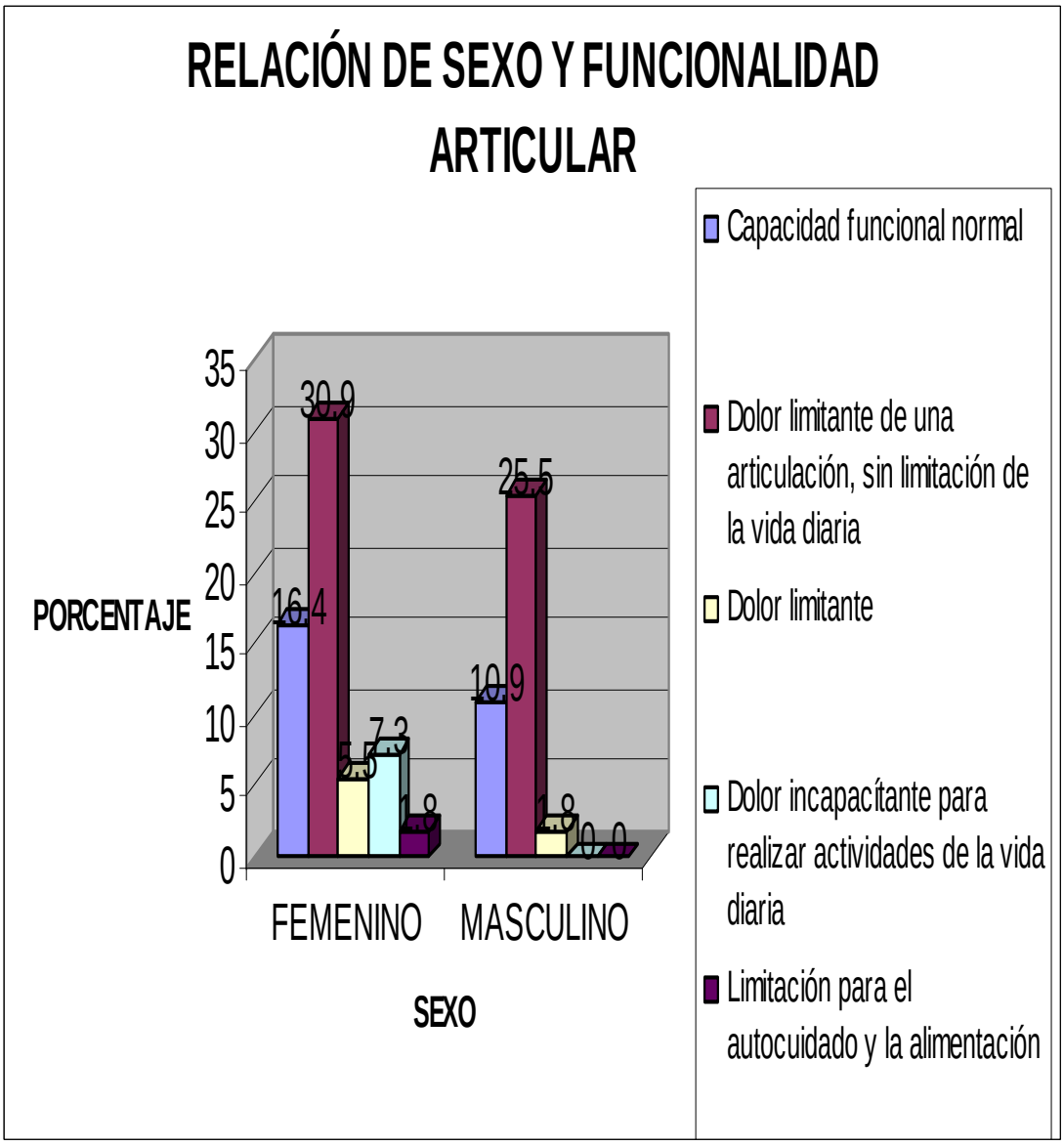
Relación de sexo y signos radiológicos de gonartrosis					
Sexo	Signos radiológicos en gonartrosis				
	Estrechez articular	Esclerosis subcondral	Osteofico marginal	Quiste subcondral	Total
Femenino	16 29.1%	6 10.9%	11 20%	1 1.8%	34 61.8%
Masculino	12 21.8%	0 0%	8 14.5%	1 1.8%	21 38.2%
Total	28 50.9%	6 10.9%	19 34.5	2 3.6%	55 100%



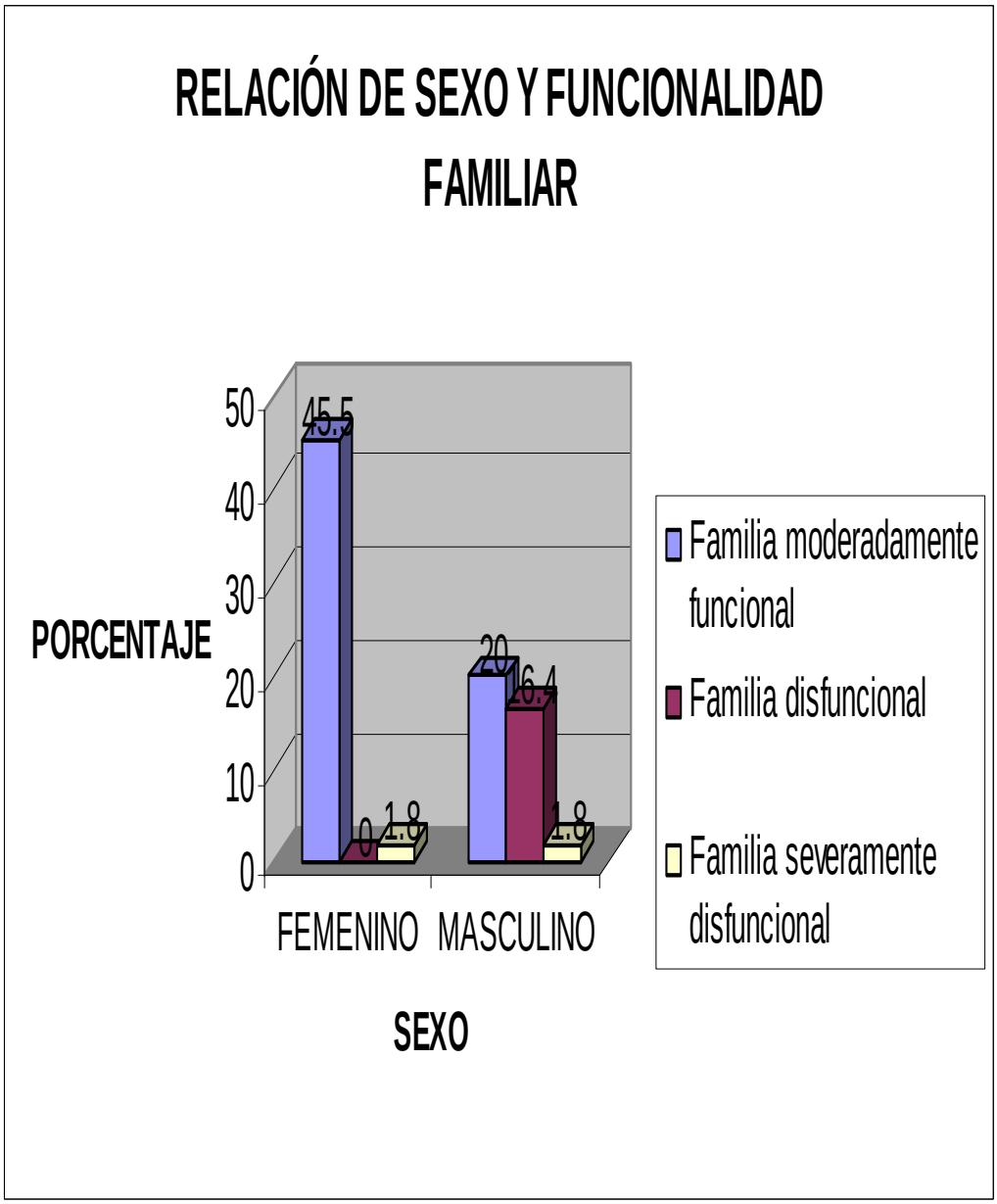
Relación de sexo y signos clínico de gonartrosis						
Sexo	Signos clínico de gonartrosis					
	Crepitación	Crecimiento óseo	Hipersensibilidad ósea	Sin derrame palpable	Rigidez matutina menor a 30 minutos	Total
Femenino	19 34.5%	1 1.8%	9 16.4%	3 5.5%	2 3.6%	34 61.8%
Masculino	14 25.5%	3 5.5%	4 7.3%	0 0%	0 0%	21 38.2%
Total	33 60%	4 7.3%	13 23.6%	3 5.5%	2 3.6%	55 100%



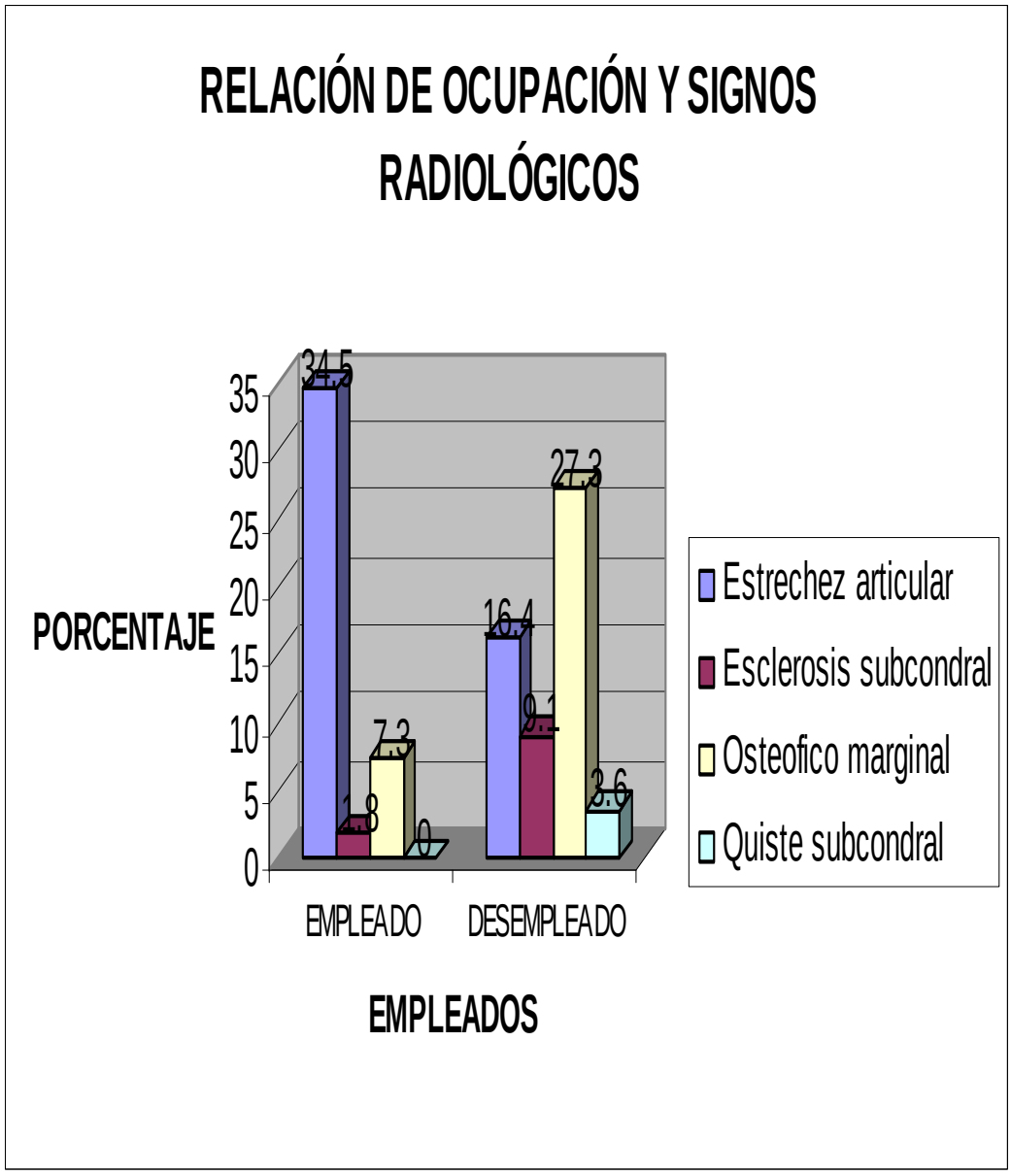
Relación de sexo y funcionalidad articular en gonartrosis						
Sexo	Funcionalidad articular					
	Capacidad funcional normal	Dolor limitante de una articulación, sin limitación de la vida diaria	Dolor limitante	Dolor incapacítante para realizar actividades de la vida diaria	Limitación para el autocuidado y la alimentación	Total
Femenino	9 16.%	17 30.9%	3 5.5%	4 7.3%	1 1.8%	34 61.8%
Masculino	6 10.9%	14 25.5%	1 1.8%	0 0%	0 0%	21 38.2%
Total	15 27.3%	31 56.4%	4 7.3%	4 7.3%	1 1.8%	55 100%



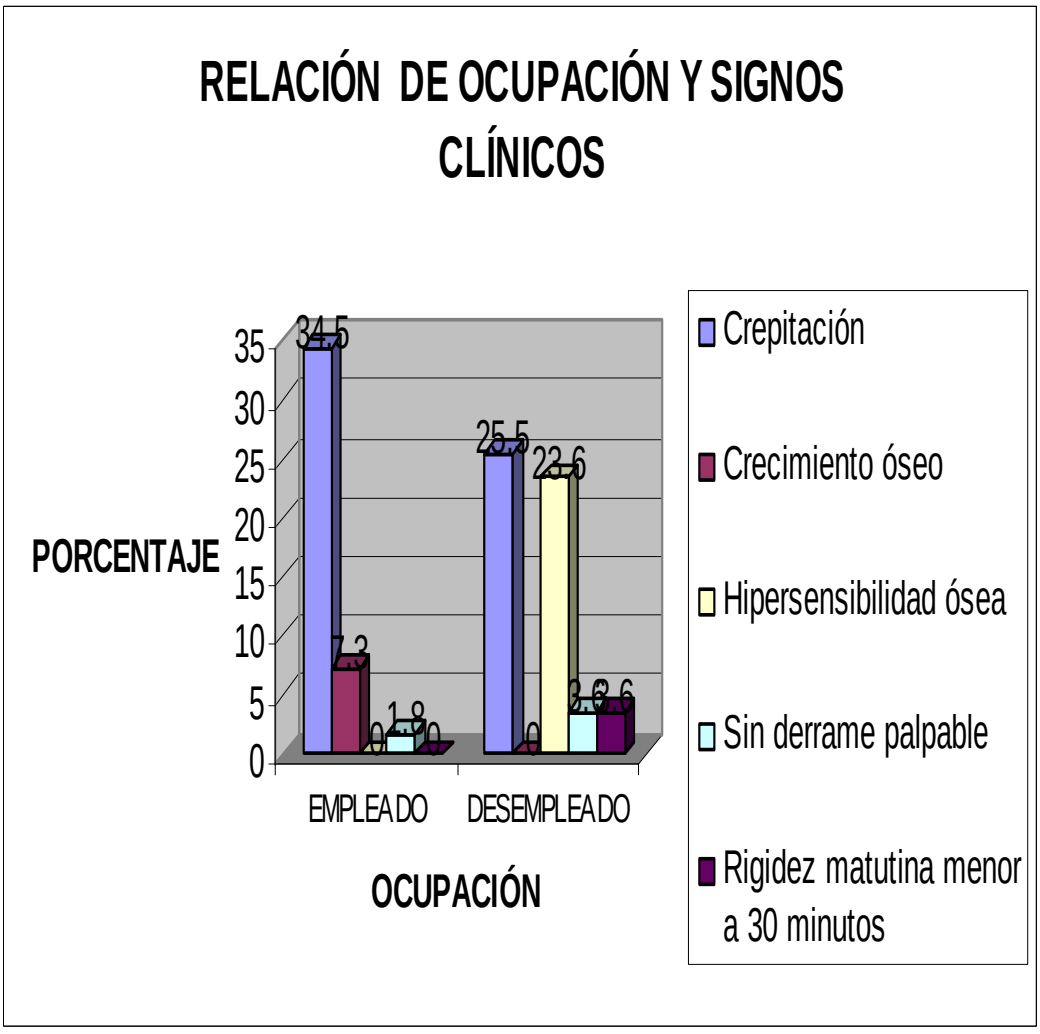
Relación de sexo y funcionalidad familiar				
Sexo	Funcionalidad familiar			
	Familia moderadamente funcional	Familia disfuncional	Familia severamente disfuncional	Total
Femenino	25 45.5%	8 14.5%	1 1.8%	34 61.8%
Masculino	11 20%	9 16.4%	1 1.8%	21 38.2%
Total	36 65.5%	17 30.9%	2 3.6%	55 100%



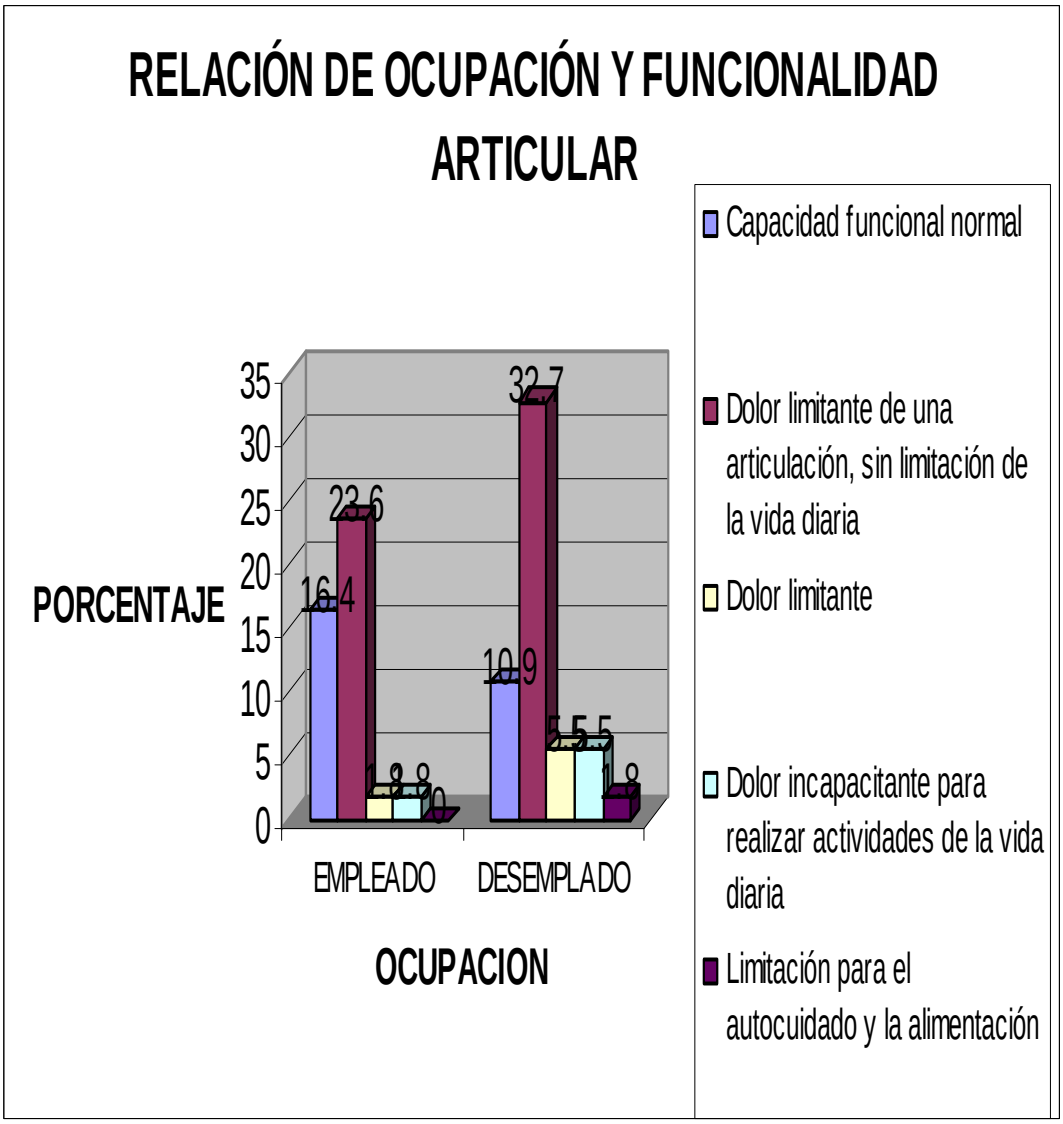
Relación de ocupación y signos radiológicos de gonartrosis					
Ocupación	Signos radiológicos en gonartrosis				
	Estrechez articular	Esclerosis subcondral	Osteofico marginal	Quiste subcondral	Total
Empleado	19 34.5%	1 1.8%	4 7.3%	0 0%	24 43.6%
Desempleado	9 16.4%	5 9.1%	15 27.3%	2 3.6%	31 56.4%
Total	28 50.9%	6 10.9%	19 34.5	2 3.6%	55 100%



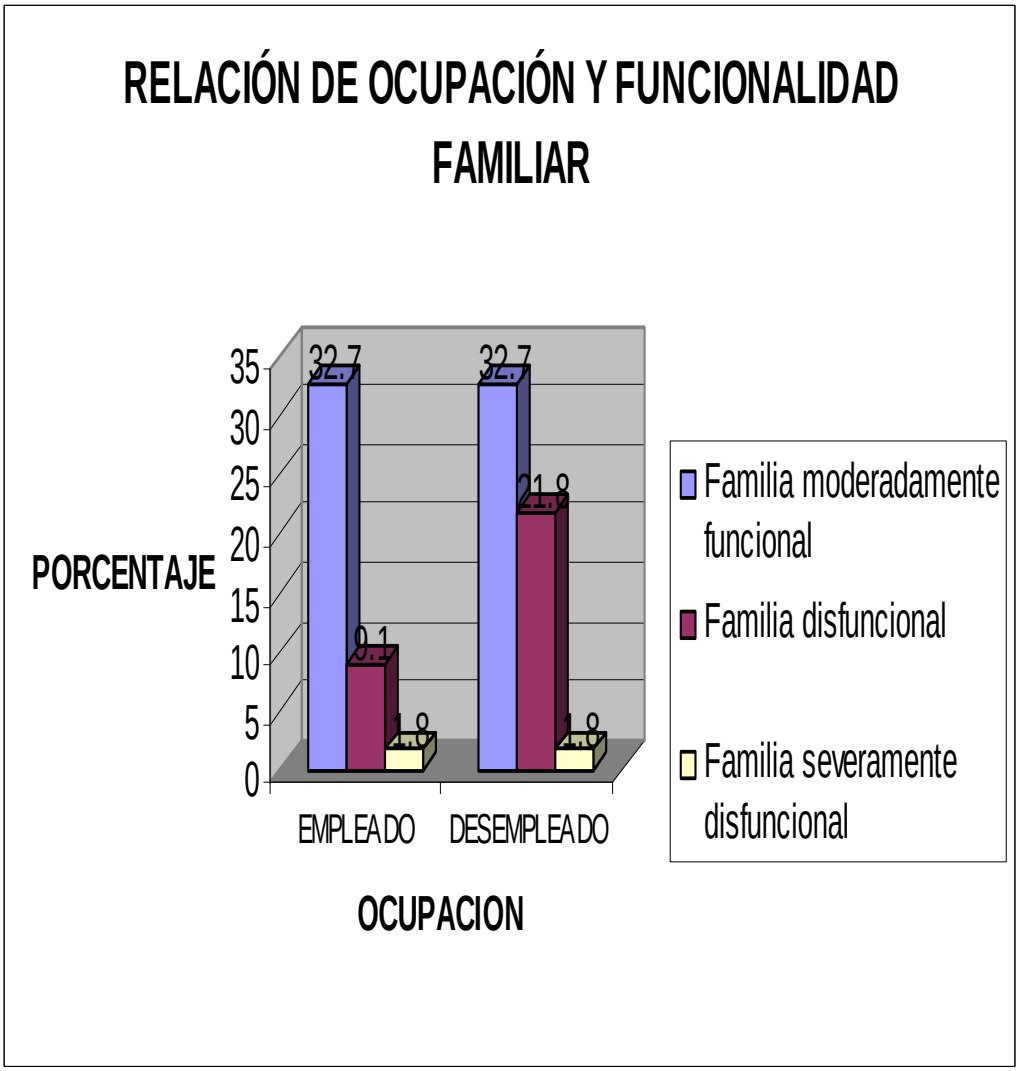
Relación de ocupación y signos clínico de gonartrosis						
Ocupación	Signos clínico de gonartrosis					
	Crepitación	Crecimiento óseo	Hipersensibilidad ósea	Sin derrame palpable	Rigidez matutina menor a 30 minutos	Total
Empleado	19 34.5%	4 7.3%	0 0%	1 1.8%	0 0%	24 43.6%
Desempleado	14 25.5%	0 0%	13 23.6%	2 3.6%	2 3.6%	31 56.4%
Total	33 60%	4 7.3%	13 23.6%	3 5.5%	2 3.6%	55 100%



Relación de ocupación y funcionalidad articular en gonartrosis						
Ocupación	Funcionalidad articular					
	Capacidad funcional normal	Dolor limitante de una articulación, sin limitación de la vida diaria	Dolor limitante	Dolor incapacítante para realizar actividades de la vida diaria	Limitación para el autocuidado y la alimentación	Total
Empleado	9 16.4%	13 23.6%	1 1.8%	1 1.8%	0 0%	24 43.6%
Desempleado	6 10.9%	18 32.7	3 5.5%	3 5.5%	1 1.8%	31 56.4%
Total	15 27.3%	31 56.4%	4 7.3%	4 7.3%	1 1.8%	55 100%



Relación de ocupación y funcionalidad familiar				
Ocupación	Funcionalidad familiar			
	Familia moderadamente funcional	Familia disfuncional	Familia severamente disfuncional	Total
Empleado	18 32.7%	5 9.1%	1 1.8%	24 43.6%
Desempleado	18 32.7%	12 21.8%	1 1.8%	31 56.4%
Total	36 65.5%	17 30.9%	2 3.6%	55 100%



CONCLUSIONES

En los pacientes con gonartrosis se observó que el analgésico principal es el diclofenaco con un 40%, no es extraño coincidir con guías estipuladas por Instituto Mexicano del Seguro Social quien lo recomienda como tratamiento de primera elección. Un fuerte predominio en la actividad física del sedentarismo con un 69.1%, los pacientes con gonartrosis no realizan ningún tipo de ejercicio recomendado exacerbando su cuadro. Por otro lado en signos radiológicos con superioridad contundente se observó la estrechez articular con 34.5%, el signo clínico mas encontrado es la crepitación ósea con un 60%, en la función articular, el dolor limitante de una articulación, sin limitación de la vida diaria es de 56.4%. En la función familiar predomina la familia moderadamente funcional con un 65.5%, la familia disfuncional con un 30.9%, y la familia severamente disfuncional con 3.6%, es importante resaltar que 34.2, se observa disfunción familiar, es entonces la familia que ante un miembro enfermo de gonartrosis, al no adaptarse a este cambio, sucumbe con falla en su funcionalidad familiar.

DISCUSIÓN

Es la gonartrosis una enfermedad con uso de múltiples analgésicos, pero una modificación del estilo de vida ayuda notablemente a mejorar o reducir el dolor, como reducción del exceso de peso, ejercicio articular sin lastimar la articulaciones, realizar natación, yoga o tai-chi. Que en este estudio por razones de tiempo no se contempla una maniobra de intervención. La limitación del dolor en actividades de la vida diaria deteriora notablemente la calidad de vida del paciente. La reorientación en la vida individual y familiar del paciente provee una formación en hábitos, en donde la familia ayuda a conservar la salud. En nuestra actividad como médico familiar, siendo el primer contacto con el paciente habrá que reforzar y prevenir así la gonartrosis limitando el daño, orientando a nuestros pacientes a la actividad física y disminuir las secuelas o invalidez ocasionado por múltiples factores en nuestros pacientes con gonartrosis. Mejorando así la calidad de vida y la funcionalidad familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. Espinoza Morales R, Pérez Bastidas M. Enfoque Terapéutico actual de la Osteartrosis. Reumatol clin.2005;1 sup 2:S8-15.

2. Chávez, E. José. De la Enfermedad Articular Degenerativa a la Osteoatrosis avances en el conocimiento de su patogénesis y Tratamiento. Rev Perú Reum.1998;4(2):77-84.

3. Sharma Leena, Kapoor Dipali and Issa Sakeba. Epidemiology of Osteoarthritis: an update. Current Opinion in Rheumatology. 2006,18:147-156

4. A, Stephen, Pallel Allan, Gibfsk. Reumatología y Ortopedia Ambulatoria.Marban. 4ta Edición. p: 337-349.

5. Sharma Leena, Kapoor Dipali and Issa Sakeba. Epidemiology of Osteoarthritis: an update. Current Opinion in Rheumatology. 2006,18:147-156.

6. De pavía-Mota, Larios-González Mg, et al. Manejo de la Osteoartrosis en Medicina Familiar y Ortopedia. Archivos en Medicina Familiar. Sep-Dic. 2005;Vol.7(3):93-98.

7. Buckwalter joseph, Saltzman Charles, et al. The impact of Ostearthritis. Clinical Orthopedics and Related Research. 2004. 427(sup):S6-S15.

8. Alvares L, Casanova Carlos, García Lorenzo. Fisiopatología, Clasificación y diagnóstico de la Osteoartritis de Rodilla. Revista de Ortopedia y traumatología. 2004;18(1):42-45.

9. A, Stephen, Pallel Allan, Gibfsk. Reumatología y Ortopedia Ambulatoria.Marban. 4ta Edición. p: 337-349.

10. Espinoza Morales R, Pérez Bastidas M. Enfoque Terapéutico actual de la Osteartrosis. Reumatol clin.2005;1 sup 2:S8-15.

11. Mendoza Mulero J. Tratamiento Farmacológico de la Artrosis, Expectativas y Realidades. Rev Clin Esp. 2005;205(4):168-171.

12. Torres-González Rubén, Pérez-Correa Jesús, Gaytan-Morales Lucio. Escala de Puntuación Puntuación para evaluar la Osteoatritis de Rodilla. Rev Cirugía y Cirujanos. Sep-Oct 2006;74(5):343-349.

13. De pavía-Mota, Larios-González Mg, et al. Manejo de la Osteoartrosis en Medicina Familiar y Ortopedia. Archivos en Medicina Familiar. Sep-Dic. 2005;Vol.7(3):93-98.

14. Motivos de Demanda de Consulta Externa 1998-2002. Rev Med IMSS, 2003;41(sup): S132-S138.

15. Alvares L, Casanova Carlos, García Lorenzo. Fisiopatología, Clasificación y diagnóstico de la Osteoartritis de Rodilla. Revista de Ortopedia y traumatología. 2004;18(1):42-45.

16. Motivos de Demanda de Consulta Externa 1998-2002. Rev Med IMSS, 2003;41(sup): S132-S138.

17. Buckwalter joseph, Saltzman Charles, et al. The impact of Ostearthritis. Clinical Orthopedics and Related Research. 2004. 427(sup):S6-S15.

18. Myers Allen R. National Medical Series, Medicina Interna. Osteoartrosis. McGrawHill. Quinta Edición. 2006. 2da edición.p:599-604.

19. Haq I, Murphy E, Dacre J. Osteorthritis. Postgrad Med J. 2003;79:377-383.

20. Hunter David, Felson David. Osteoarthritis. BMJ. March 2006;332:639-642.

21. Felson, T. David. Osteoarthritis of the Knee. The New England Journal of Medicine. February 2006;354(8):841-848.

22. Chávez, E. José. De la Enfermedad Articular Degenerativa a la Osteoatrosis avances en el conocimiento de su patogénesis y Tratamiento. Rev Perú Reum.1998;4(2):77-84.

23. Hunter David, Felson David. Osteoarthritis. BMJ. March 2006;332:639-642.

24. Myers Allen R. National Medical Series, Medicina Interna. Osteoartrosis. McGrawHill. Quinta Edición. 2006. 2da edición.p:599-604.

25. Carter Dennis R, Beaupré Gary S, et al. The Mechanobiology of Articular Cartilage Development and Degeneration. Clinical Orthopedics and Related Research. 2004. 427(sup):S69-S77.

26. Felson, T. David. Osteoarthritis of the Knee. The New England Journal of Medicine. February 2006;354(8):841-848.

27. Chávez, E. José. De la Enfermedad Articular Degenerativa a la Osteoatrosis avances en el conocimiento de su patogénesis y Tratamiento. Rev Perú Reum.1998;4(2):77-84.

28. Carter Dennis R, Beaupré Gary S, et al. The Mechanobiology of Articular Cartilage Development and Degeneration. Clinical Orthopedics and Related Research. 2004. 427(sup):S69-S77.

29. A, Stephen, Pallel Allan, Gibfsk. Reumatología y Ortopedia Ambulatoria.Marban. 4ta Edición. p: 337-349.

30. Carter Dennis R, Beaupré Gary S, et al. The Mechanobiology of Articular Cartilage Development and Degeneration. Clinical Orthopedics and Related Research. 2004. 427(sup):S69-S77.

31. Alvares L, Casanova Carlos, García Lorenzo. Fisiopatología, Clasificación y diagnóstico de la Osteoartritis de Rodilla. Revista de Ortopedia y traumatología. 2004;18(1):42-45.

32. Felson, T. David. Osteoarthritis of the Knee. The New England Journal of Medicine. February 2006;354(8):841-848.

33. Goycochea Robles Ma. Victoria, López Roldán Verónica M, Volin Marín M, Fragoso pedraza Ma. V, Ricardez Santos G, Solís Sánchez Raúl A. Guía Clínica para la atención de Osteoartrosis de Rodilla y Cadera. Rev Med IMSS, 2003;41(sup): S99-S107.

34. Felson, T. David. Osteoarthritis of the Knee. The New England Journal of Medicine. February 2006;354(8):841-848.

35. Buckwalter joseph, Saltzman Charles, et al. The impact of Ostearthritis. Clinical Orthopedics and Related Research. 2004. 427(sup):S6-S15.

36. Goycochea Robles Ma. Victoria, López Roldán Verónica M, Volin Marín M, Fragoso pedraza Ma. V, Ricardez Santos G, Solís Sánchez Raúl A. Guía Clínica para la atención de Osteoartrosis de Rodilla y Cadera. Rev Med IMSS, 2003;41(sup): S99-S107.

37. Torres-González Rubén, Pérez-Correa Jesús, Gaytan-Morales Lucio. Escala de Puntuación Puntuación para evaluar la Osteoatritis de Rodilla. Rev Cirugía y Cirujanos. Sep-Oct 2006;74(5):343-349.

38. A, Stephen, Pallel Allan, Gibfsk. Reumatología y Ortopedia Ambulatoria.Marban. 4ta Edición. p: 337-349.

39. Goycochea Robles Ma. Victoria, López Roldán Verónica M, Volin Marín M, Fragoso pedraza Ma. V, Ricardez Santos G, Solís Sánchez Raúl A. Guía Clínica para la atención de Osteoartrosis de Rodilla y Cadera. Rev Med IMSS, 2003;41(sup): S99-S107.

40. Alvares L, Casanova Carlos, García Lorenzo. Fisiopatología, Clasificación y diagnóstico de la Osteoartritis de Rodilla. Revista de Ortopedia y traumatología. 2004;18(1):42-45.

41. Goycochea Robles Ma. Victoria, López Roldán Verónica M, Volin Marín M, Fragoso pedraza Ma. V, Ricardez Santos G, Solís Sánchez Raúl A. Guía Clínica para la atención de Osteoartrosis de Rodilla y Cadera. Rev Med IMSS, 2003;41(sup): S99-S107.

42. Huerta Sil Gabriela, Medrano Ramírez Gabriel. Tratamiento actual de la Osteatrosis. Parte II. Rev Mex Reumat 2003;18(6):349-356.

43. Sharma Leena, Kapoor Dipali and Issa Sakeba. Epidemiology of Osteoarthritis: an update. Current Opinion in Rheumatology. 2006,18:147-156.

44. Goycochea Robles Ma. Victoria, López Roldán Verónica M, Volin Marín M, Fragoso pedraza Ma. V, Ricardez Santos G, Solís Sánchez Raúl A. Guía Clínica para la atención de Osteoartrosis de Rodilla y Cadera. Rev Med IMSS, 2003;41(sup): S99-S107.

45. Mendoza Mulero J. Tratamiento Farmacológico de la Artrosis, Expectativas y Realidades. Rev Clin Esp. 2005;205(4):168-171.

46. Partela Hernández Margarita, Silveira Torres Luis. Analgésicos y Anti-Inflamatorios Aplicados por Vía Tópica. Rev Mex Reuma 2004;19(2):169-171.

47. Mendoza R. Humberto, García Armenta Ma. Elena. Utilidad de la diacereína/meloxicam en Osteoartritis de Rodilla y Cadera. Acta ortopédica Mexicana .Jul-Ago 2005;19(4):165-171.

48. Sierra Merlano Rita M, Salas Siado Jose A. Tratamiento Local de la Osteoatrosis de Cadera, Rodilla y Mano. Revista Colombiana de Reumatología. Marzo 2002;9(1):25-27.

49. Arroll bruce, Goodyear-Smith F. Costicosteroid Injections for Ostearthritis of the Knee Meta-analysis. BMJ. March 2004.

50. Taylor Andrea. Qué Hacer Cuando el Problema es una Rodilla Desgastada. Atención Médica. Octubre 2004:45-55.

51. Torres Haba Rosalía, et al. Tratado de Geriatria para Residentes. Sx geriátricos. Inmovilidad. 2002:212-216.

52. García – Madrid G, Landeros-Olvera, et. Al. Funcionalidad Familiar y en una Comunidad Rural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2001; 15(1):21-26.

53. García – Madrid G, Landeros-Olvera, et. Al. Funcionalidad Familiar y en una Comunidad Rural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2001; 15(1):21-26.

54. Vallejo Exposito Rocío. Unidad Familiar en Enfermería. Escuela de Enfermería 2007.

55. Rangel José Luis, Valerio L, Patiño J, et al. Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada. Rev Fac Med UNAM.2004; Vol.47(1):24-27.

56. García – Madrid G, Landeros-Olvera, et. Al. Funcionalidad Familiar y en una Comunidad Rural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2001; 15(1):21-26.

57. Rangel José Luis, Valerio L, Patiño J, et al. Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada. Rev Fac Med UNAM.2004; Vol.47(1):24-27.

58. Vallejo Exposito Rocío. Unidad Familiar en Enfermería. Escuela de Enfermería 2007.

59. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y Análisis de Instrumentos para la Evaluación de la Estructura y Funcionalidad Familiar. Arch Med Fam 1999;1(2):45-57.

60. Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities, Vol. 16, Nº 1, pp. 51-74.

61. Vallejo Exposito Rocío. Unidad Familiar en Enfermería. Escuela de Enfermería 2007.

62. Zetina-López Alonso, Schmulson Max, et al. Impacto de los Síntomas Gastrointestinales sobre la Calidad de Vida en los Pacientes Diabéticos Tipo 2. Rev Invest Clin 2003;Vol.55(6):594-599.

63. García – Madrid G, Landeros-Olvera, et. Al. Funcionalidad Familiar y en una Comunidad Rural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2001; 15(1):21-26.

64. Motivos de Demanda de Consulta Externa 1998-2002. Rev Med IMSS, 2003;41(sup): S132-S138.

65. A, Stephen, Pallel Allan, Gibfsk. Reumatología y Ortopedia Ambulatoria.Marban. 4ta Edición. p: 337-349.

66. Haq I, Murphy E, Dacre J. Osteorthritis. Postgrad Med J. 2003;79:377-383.

67. García – Madrid G, Landeros-Olvera, et. Al. Funcionalidad Familiar y en una Comunidad Rural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2001; 15(1):21-26.

68. Stitik et al. Am. J. Phys,. Med. Rehabil. Pharmacotherapy of Osteoarthritis.November 2006;VOL 85, No.11 (sup):S15-S28

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

ASPECTOS ETICOS:
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON GONARTROSIS DE LA UMF No. 28 "

NOMBRE DEL PACIENTE:_____.
FECHA:_____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON GONARTROSIS DE LA UMF No. 28 "

El objetivo de este estudio es evaluar la funcionalidad familiar en pacientes con Gonartrosis de la UMF No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un cuestionario durante la consulta médica, en donde se tomarán datos sobre mi persona, familia y patología.

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio, como es responder a la entrevista dirigida y el tiempo empleado durante la misma. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de lo que se llevará acabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Nombre y firma del paciente_____

Dra. Navarro Susano Lourdes Gabriela. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud IMSS UMF No. 28_____

ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON GONARTROSIS DE LA UMF No. 28

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

NO. DE FOLIO_____

TURNO DEL PACIENTE: (1) Matutino
(2) Vespertino

NO. DE AFILIACIÓN: _____

Edad:_____ (años).

GÉNERO: (1) Femenino.
(2) Masculino.

ESCOLARIDAD: (1) Primaria
(2) Secundaria
(3) Preparatoria
(4) Licenciatura
(5) Ninguna

OCUPACIÓN: (1) Empleado.
(2) Desempleado.

ESTADO CIVIL: (1) Soltero.
(2) Casado.
(3) Viudo.
(4) Divorciado.
(5) Otro.

VARIABLES

MEDICAMENTO ORAL UTILIZADO :

(1) Paracetamol _____
(2) Diclofenaco _____
(3) Naproxeno _____
(4) Piroxicam _____
(5) Meloxicam _____
(6) Otro _____
(7) Ninguno

REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO:(1) SI
(2) NO
(3) Especificar_____

SIGNOS RADIOLÓGICOS: (Outerbridge)

(1) Estrechez del espacio articular.
(2) Esclerosis subcondral.
(3) Osteofitos marginales.
(4) Quistes sucondrales.

SIGNOS CLINICOS:

(1) Crepitación.
(2) Crecimiento óseo.
(3) Hipersensibilidad ósea.
(4) Sin derrame palpable.
(5) Rigidez matutina menor a 30 minutos.

FUNCIONALIDAD:

(1) Capacidad funcional normal.
(2) Dolor, limitación en una articulación, sin limitación en las actividades de la vida diaria.
(3) Dolor limitante.
(4) Dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado.
(5) Limitación para el autocuidado y la alimentación.

VARIABLES TEST

PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL:

(1) Familia funcional
(2) Familia moderadamente funcional.
(3) Familia disfuncional.
(4) Familia severamente disfuncional

TABLAS DE RESULTADOS DEL TEST

	CASI NUNCA 1	POCAS VECES 2	A VECES 3	MUCHAS VECES 4	CASI SIEMPRE 5
1. SE TOMAN DECISIONES PARA COSAS IMPORTANTES DE LA FAMILIA					
2. EN MI CASA PREDOMINA LA ARMONIA					
3. EN MI FAMILIA CADA UNO CUMPLE SUS RESPONSABILIDADES					
4. LAS MANIFESTACIOENS DE CARIÑO FORMAN PARTE DE NUESTRA VIDA CORIDIANA					
5. NOS EXPRESAMOS SIN INSINUACIONES, DE FORMA CLARA Y DIRECTA					
6. PODEMOS ACEPTAR LOS DEFECTOS DE LOS DEMAS Y SOBRELLEVARLOS					
7. TOMAMOS EN CONSIDERACION LAS EXPERIENCIAS DE OTRAS FAMILIAS ANTE SITUACIONES DIFERENTES					
8. CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENE UN PROBLEMA LOS DEMAS AYUDAN					
9. SE DISTRIBUYEN LAS TAREAS DE FORMA QUE NADIE ESTE SOBRECARGADO					
10. LAS COSTUMBRES FAMILIARES PUEDEN MODIFICARSE ANTE DETERMINADAS SITUACIONES					
11. PODEMOS CONVERSAR DIVERSOS TEMAS SIN TEMOR					
12. ANTE UNA SITUACION FAMILIAR DIFICIL SOMO CAPACES DE BUSCAR AYUDA EN OTRAS PERSONAS					
13. LOS INTERESES Y NECESIDADES DE CADA CUAL SON RESPETADOS POR EL NUCLEO FAMILIAR					
14. NOS DEMOSTRAMOS EL CARIÑO QUE NOS TENEMOS					

NUMERO DE SITUACIONES VARIABLES QUE EVALUA EL TEST

PREGUNTA 1 Y 8	**COHESION**
2 Y 13	**ARMONIA**
5 Y 11	**COMUNICACIÓN**
7 Y 12	**PERMEABILIDAD**
4 Y 14	**AFECTIVIDAD**
3 Y 9	**ROLES**
6 Y 10	**ADAPTABILIDAD**

ESCALA DE RESPUESTAS CUALITATIVAS Y SU ESCALA DE PUNTOS

ESCALA CUALITATIVA	ESCALA CUANTITATIVA
CASI NUNCA	**1 PUNTO**
POCAS VECES	**2 PUNTOS**
A VECES	**3 PUNTOS**
MUCHAS VECES	**4 PUNTOS**
CASI SIEMPRE	**5 PUNTOS**

SUMATORIA DE PUNTOS / DESCRIPCION FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

70 a 57 PUNTOS	**FAMILIA FUNCIONAL**
56 a 43 PUNTOS	**FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL**
42 a 28 PUNTOS	**FAMILIA DISFUNCIONAL**
27 a 14 PUNTOS	**FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL**