



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



SEDE: CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA (DOLOR, RIGIDEZ Y CAPACIDAD FUNCIONAL) EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL" ISSSTE."

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SAMANTA OJEDA DE LA ROSA.

MÉXICO D.F

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA (DOLOR, RIGIDEZ Y CAPACIDAD FUNCIONAL) EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL” ISSSTE.”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SAMANTA OJEDA DE LA ROSA

AUTORIZACIONES:

DR. CARLOS EDUARDO CENTURION VIGIL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR

DRA. ANA MARÍA NAVARRO GARCÍA
ASESOR TESIS
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

MÉXICO D.F

2010

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA (DOLOR, RIGIDEZ Y CAPACIDAD FUNCIONAL) EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL” ISSSTE.”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SAMANTA OJEDA DE LA ROSA.

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

Dolores Yolanda De la Rosa Bonilla y José Arturo Ojeda Estrada.
Por su infinito apoyo y paciencia, por creer en mí incondicionalmente, los amo.
A mi hermana Sandy por escucharme y estar conmigo en todo momento, te amo.

A MI NUEVA FAMILIA.

A JAVIER.

Gracias por darme todo tu apoyo, paciencia, tiempo y amor al fin logramos el sueño de ambos ser médicos especialistas, TE AMO.

En especial a unas criaturas que vinieron a cambiar mi vida junto con mi esposo a mis hijas ROMINA JAHZEEL Y MILDRED BETSABÉ este gran logro de todos los que vienen son para ustedes, LAS AMO.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
1. Marco teórico.	3
1.1 Definición de la osteoartritis.	3
1.2 Epidemiología de la osteoartritis.	4
1.3 Fisiopatología de la osteoartritis.	6
1.4 Asociación con factores de riesgo.	7
1.5 Clasificación de la osteoartritis.	9
1.5.1 Cuadro clínico de la osteoartritis.	10
1.5.2 Diagnóstico y criterios diagnósticos de la osteoartritis.	11
1.5.3 Tratamiento	13
1.5.4 Perfil del Médico Familiar	21
1.5.5 Abordaje familiar en el paciente con osteoartritis	22
1.6. Calidad de vida en pacientes con osteoartritis.	24
1.6.1 Definición.	24
1.6.2. Dimensiones de la calidad de vida	26
1.6.3. Valoración de las medidas de calidad de vida.	27
1.6.4. Instrumentos específicos para medir la calidad de vida.	28
1.7. Planteamiento del problema	29
1.8. Justificación	31
1.9. Objetivos	32
1.9.1 Objetivo general.	32
1.9.2 Objetivos específicos.	32
2. Material y métodos.	32
2.1 Tipo de estudio.	32
2.2. Población, lugar y tiempo.	32
2.3. Muestra.	32
2.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	33
2.5. Variables e instrumento de medición	33
2.6 Instrumento de recolección de datos.	39

2.7. Método de recolección de datos.	41
2.8. Análisis estadístico.	41
2.9. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.	41
2.10. Consideraciones éticas.	42
3. Resultados.	42
4. Discusión.	57
5. Conclusiones.	62
6. Referencias.	64
7. Anexos.	66

1 MARCO TEÓRICO

La importancia de las enfermedades reumáticas radica no solo en la potencial incapacidad funcional, pérdidas laborales, elevado costo económico personal, familiar y social y progresión de múltiples padecimientos crónicos, sino también por la elevada incidencia y prevalencia en la población general.⁷

La Osteoartritis(OA) o Enfermedad Articular Degenerativa es el cuadro reumático de mayor prevalencia en la población mayor de 65 años y una de las principales causas de discapacidad en este grupo etario.⁷

1.1 DEFINICIÓN DE LA OSTEOARTROSIS

La artrosis es el resultado de factores mecánicos y biológicos que desestabilizan el acoplamiento normal entre la degradación y la síntesis por los condrocitos de la matriz extracelular del cartílago articular y del hueso subcondral.²

Esta es la forma más común de artropatía que afecta universalmente a todo grupo étnico. La enfermedad articular degenerativa tiene tal importancia que la Organización Mundial de la Salud ha designado a la primera década de este siglo como la década Osteoarticular, es una de las causas de discapacidad más importante en personas de 40 años en adelante.⁴⁻⁷

La osteoartrosis es una enfermedad sistémica, multifactorial, prevalente, progresiva, incurable. Se caracteriza por áreas focales de pérdida de cartílago en las articulaciones sinoviales. La osteoartrosis tiene un gran impacto en los ancianos. Antes de los 50 años los hombres tienen una alta prevalencia, pero la prevalencia e incidencia es mucho más alta en las mujeres después de los 50 años. La osteoartrosis aparece y se incrementa más rápidamente en la mujer que en el hombre. Es la cuarta causa de morbilidad en la mujer mayor de 60 años y la octava en el hombre a nivel mundial.⁴

En la literatura anglosajona se conoce como osteoartritis, porque resaltan su componente de enfermedad con inflamación articular. Es una enfermedad articular caracterizada por la degeneración del cartílago y la aparición lentamente

progresiva del dolor, rigidez y limitación de la movilidad en las articulaciones afectadas.⁸

Más interesante aún, los cambios degenerativos en las articulaciones se inician en personas más jóvenes, llegando a encontrarse estos hallazgos patológicos en porcentajes altos en personas mayores de 40 años.¹²

1.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA OSTEOARTROSIS

Más del 80% de los mayores de 55 años tienen OA radiológica, pero solo 10% a 20% manifestará alguna limitación en sus actividades producto de la OA. . no hay estudios suficientes para poder estimar la incidencia anual.¹

Dentro de las OA sintomáticas en articulaciones periféricas sólo 6% tiene síntomas monoarticulares, el resto es poliarticular. La frecuencia de compromiso de los diversos grupos articulares es:¹

Rodillas: 41%.

Manos: 30%.

Caderas: 19%.

La principal demanda de atención médica en nuestro país después de los 45 años lo constituyen las enfermedades crónicas tales como la hipertensión, enfermedades reumáticas y diabetes mellitus. Por ello podemos afirmar que las enfermedades reumáticas tienen un gran impacto socioeconómico en nuestro país.¹³

La prevalencia de las enfermedades del aparato locomotor es difícil de estimar con precisión por falta de homogeneidad metodológica utilizada en las diferentes fuentes de información y estudios disponibles. En una revisión bibliográfica reciente de la Sociedad Española de Reumatología sobre el impacto de la enfermedades del aparato locomotor en España se estima que casi un tercio de la población española sufre alguna enfermedad del aparato locomotor. Estas enfermedades representan el 10% de todas las consultas realizadas en atención primaria y 10% de las urgencias en centros hospitalarios. Además causan el 15%

de las incapacidades laborales transitorias y constituyen la primera causa de incapacidad laboral permanente.¹⁷

En la población activa, la artrosis representa una de las causas de ausentismo laboral e invalidez permanente, lo que origina un costo social más elevado cuanto mas desarrollada es la sociedad. Se estima que en los países occidentales, el 13-14% de la población posee algún grado de discapacidad por lo que la demanda de los servicios de rehabilitación irá en aumento a medida que se demuestre su eficacia y aumente la supervivencia de la población.¹⁷

El hecho de que las enfermedades articulares representen la mitad de todas las enfermedades crónicas en personas de más de 65 años, hace que se las considere uno de los problemas médicos más frecuentes, por su particular influencia en la salud y en la calidad de vida, en una población cuya edad va en aumento.¹¹

La osteoartrosis produce discapacidad al 10% de las personas sobre 60 años. No se conocen datos nacionales acerca del impacto económico de la osteoartrosis, pero en otros países ha demostrado ser de alto costo. El costo estimado para la economía de EU es de US\$ 60 mil millones/año. Pacientes con OA tienen 3 veces más hospitalizaciones que los controles y sus hospitalizaciones son más largas. Solo 58% del exceso de hospitalización es causado directamente por la enfermedad músculo-esquelética.¹

Más del 80% de los mayores de 55 años tienen OA radiológica, pero solo 10% a 20% manifestará alguna limitación en sus actividades producto de la OA.¹

En México desde 1990 se ha reconocido la OA como una de las primeras causas de morbilidad en personas mayores de 60 años, la Encuesta Nacional de Salud II de 1998 la ubica como la segunda causa de morbilidad con 14% en personas mayores de 60 años.⁴

La demanda de consulta por padecimientos crónicos degenerativos se ha incrementado en forma importante la carga tanto económica como logística en este aspecto es de preocupación internacional.

Se ha estimado que una de cada cuatro consultas de atención primaria se debe a enfermedades del aparato locomotor y que estos trastornos pueden representar hasta el 60% de todas las pensiones de discapacidad.¹²

Un factor importante en el manejo de los pacientes con OA es que la mayoría de los pacientes diagnosticados no reciben un tratamiento adecuado para controlar la enfermedad, ya sea por mala elección de fármacos, dosis insuficientes, administración inadecuada, falta de apego al tratamiento, diagnósticos erróneos, carencias de rehabilitación y falta de información al paciente entre otros.¹⁷

Se detecta la necesidad del análisis de la consulta por OA debido a la frecuencia de esta patología en el consultorio, problema que puede ser controlado por el médico familiar de manera conservadora, en la gran mayoría de los casos, dado que las medidas preventivas y la educación para la salud tendrán más impacto en la población, redundando así en la mejor distribución de los recursos y optimizando los niveles de atención, utilizando la interconsulta a la especialidad como alternativa resolutive, en los casos en los que las medidas conservadoras no sean suficientes para la mejoría del paciente y que requiera de manejos invasivos como la infiltración de esteroides en casos seleccionados o el manejo quirúrgico.
17

1.3. FISIOPATOLOGÍA DE LA ARTROSIS.

Poco se conoce sobre la historia natural de la artrosis. La mayoría de los autores la describen como una enfermedad generalmente progresiva en el transcurso de los años, aunque falta evidencia en la literatura que lo refrende.¹⁷

Se han identificado varios factores de riesgo de desarrollo y de progresión de la artrosis como la edad avanzada, sexo femenino, obesidad, inestabilidad de la rodilla, lesión articular, impactos repetitivos de alta energía o fuerzas de rotación, debilidad muscular, depósitos de cristales y determinadas medicaciones. Para los pacientes que ya presentan dolor y discapacidad en el momento de la primera visita médica, se puede pronosticar pocas posibilidades de mejoría y se espera un deterioro progresivo.²

Las medidas de seguimiento de la enfermedad se dividen en medidas biológicas o marcadores del curso de la enfermedad y medidas de valoración del estado de salud del paciente. Las medidas biológicas se apoyan en los marcadores bioquímicos más frecuentes derivados de la degradación de la matriz del cartílago como el queratán sulfato y otros proteoglicanos.¹⁷ La valoración del estado de salud, se fundamenta en: síntomas, movilidad articular, evolución radiográfica y discapacidad física, que se corresponde con el concepto de enfermedad y discapacidad de la Organización Mundial de la Salud,(OMS) pudiendo adoptar una de las siguientes formas:¹²

1.-Curso lentamente progresivo con posible aceleración o estabilización.

2.- Patrón rápidamente progresivo.

3.- Enfermedad progresiva o regresiva con episodios prolongados de estabilidad.

Con la edad se produce una alteración de los componentes del cartílago articular, especialmente en las capas profundas con descenso del 70 al 75 %del contenido acuoso, y un aumento del contenido de glicosaminoglicanos, por aumento del keratán-sulfato, 6-condroitín sulfato y ácido hialurónico, aumento de la actividad catabólica de los condrocitos y aumento de la actividad lisosomal en la membrana sinovial. El cartílago hialino degenera básicamente bajo dos condiciones: la sobrecarga del cartílago hialino y la falta de carga. La sobrecarga del cartílago de la rodilla por situaciones que alteren la biomecánica articular, como el *genum varum*, favorecerá la degeneración del cartílago hialino, según el grado de demandas externas.¹⁷

1.4 ASOCIACION CON FACTORES DE RIESGO

Dependiendo de la articulación afectada, los factores son distintos, y se puede diferenciar entre susceptibilidad generalizada, como la edad, osteoporosis, herencia y sexo, y los factores locales de la articulación como traumatismos, alteraciones anatómicas de la articulación y la ocupación laboral que tuviera el paciente.¹

Por si misma no es predisponente, sin embargo son numerosos los estudios que defienden la relación entre obesidad y artrosis de rodilla. Sin embargo no se conocen todavía los mecanismos por los que la obesidad podría favorecer la aparición de artrosis.²

Además se puede observar que los factores de riesgo para la aparición de OA se pueden dividir en factores de riesgo para la aparición de OA como son: modificables tales como sobrecarga articular y obesidad, los potencialmente modificables, como trauma mayor, defectos propioceptivos, atrofia de cuádriceps, enfermedad inflamatoria articular y los no modificables como son la edad, sexo femenino, raza, trastornos endocrinos y/o metabólicos, factores genéticos y trastornos congénitos o del desarrollo.¹

En el siguiente cuadro se resumen los factores de riesgo para la aparición de OA:

MODIFICABLES	POTENCIALMENTE MODIFICABLES	NO MODIFICABLES
Sobrecarga articular. Obesidad Debilidad muscular Actividad física pesada	Trauma mayor Defectos propioceptivos Atrofia de cuádriceps Laxitud articular Enfermedad inflamatoria articular	Edad avanzada Sexo femenino Raza Trastornos endócrinos/metabólicos Factores genéticos Trastornos congénitos o del desarrollo.

Tenemos los factores de riesgo para la progresión de la OA como son la edad, sexo femenino, sobrepeso y obesidad, baja ingesta de vitamina C, sedentarismo, y por último tenemos aquellos factores de riesgo para el desarrollo de síntomas o discapacidad como son ansiedad, depresión, así como debilidad muscular.⁸

Diversos estudios han demostrado que los hijos de padres con osteoartrosis, particularmente la variedad poliarticular o con inicio en edad mediana o más temprana, tienen mayor riesgo para el desarrollo de la enfermedad. La herencia probablemente sea más importante en el desarrollo de la OA en mujeres que en hombres.⁷

1.5 CLASIFICACIÓN DE LA OSTEOARTROSIS

La OA se clasifica como primaria (idiopática) y secundaria. La OA primaria ocurre sin ningún tipo de lesión o causa identificable, mientras que la secundaria se debe a otra enfermedad o afección subyacente o cuando existe un factor conocido y predisponente a su desarrollo.²

PRIMARIA (IDIOPÁTICA).²

1.- Articulaciones periféricas:

- articulaciones interfalángicas: interfalángica proximal.
- otras pequeñas articulaciones: trapecio-metacarpiana.
- grandes articulaciones: rodilla. Cadera.

2.- Raquis:

- articulaciones apofisiarias.
- articulaciones intervertebrales.

3.- Variantes subsiguientes:

- artrosis inflamatoria erosiva.
- artrosis generalizada.
- Hiperostosis idiopática difusa esquelética.

SECUNDARIA:

1.- Traumatismo:

- agudo.
- crónico (ocupación, deporte).

2.- Afectaciones articulares:

- local: fractura, necrosis avascular, infección.
- difuso: artritis reumatoide, y diátesis hemorrágica

3.- Enfermedad metabólica sistémica:

- hemocromatosis.
- enfermedad de Wilson.

4.,. Enfermedades endocrinas:

- acromegalia.
 - hipoparatiroidismo.
 - diabetes mellitus.
- 5.- Enfermedad por depósito de cristales e calcio.
- 6.- Enfermedad neuropática.
- 7.- Displasias óseas.

1.5.1 CUADRO CLÍNICO DE LA OSTEOARTROSIS

Dentro de los aspectos clínicos que se deben de tomar en cuenta para el diagnóstico de OA son la historia clínica y el examen físico. La radiografía es un complemento y no reemplaza al examen físico.¹¹

La OA condiciona modificaciones para caminar, subir escaleras y otras actividades comunes dependientes de miembros inferiores, más que ningún otro padecimiento, lo que es particularmente cierto en la vejez.⁷

El dolor articular o extraarticular del sistema musculoesquelético es sin duda el síntoma más frecuente por el que un paciente busca ayuda médica puesto que ocurre en casi la totalidad de los enfermos que padecen alguna enfermedad reumática. El dolor es considerado universalmente como la señal de alarma para un número considerable de enfermedades, no exclusivamente las reumáticas. Podemos clasificar al dolor articular en agudo y crónico, mono, oligo o poliarticular, inflamatorio o no inflamatorio, simétrico o asimétrico, aunque esto resulta particularmente variable en el curso de las enfermedades reumáticas que pueden manifestarse de manera inicial como monoarticulares y posteriormente virar a cuadros poliarticulares.¹³

El dolor es de tipo mecánico, relacionado al uso de la articulación, este suele ser crónico, rara vez se presenta en forma aguda. En una etapa de mayor intensidad el dolor se hace continuo, presentándose en reposo. Los mecanismos de producción del dolor son múltiples, por lo que su percepción puede variar de un paciente a otro. La rigidez es otro de los síntomas característicos de la OA, que aparece luego de un periodo de inactividad, habitualmente sólo de algunos pocos

minutos de duración. El dolor mejora en reposo. En los estados avanzados el dolor se produce por mínimo movimientos articulares y puede mantenerse en reposo, incluso también puede aparecer por la noche.²

El dolor a los movimientos pasivos y la presencia de crepitación son dos signos importantes de la enfermedad. Al avanzar la enfermedad aparecen signos de inestabilidad y deformidad que por el aumento del hueso, condiciona un aumento del tamaño articular.¹

Dentro del examen físico los hallazgos van a depender de la articulación comprometida, pero en general se puede detectar una combinación de los siguientes signos: ensanchamiento óseo, deformidad articular, crepitaciones óseas, inestabilidad y limitación de los movimientos. En ocasiones puede existir derrame articular.¹

La crepitación ósea al movimiento activo y pasivo de la articulación es un signo característico; se aprecia en todo el rango de movimiento de la articulación. Puede existir dolor con la presión a lo largo de toda la línea articular y periarticular. Puede encontrarse, en ocasiones, un incremento de temperatura en la articulación afectada. En los casos en los que la OA está muy avanzada, existe deformidad, aunque es infrecuente encontrar inestabilidad articular. En estadios avanzados puede existir atrofia muscular periarticular debido al desuso o a una inhibición refleja de la contracción muscular.²

Se ha observado en estudios de necropsia, a partir de la segunda década de la vida, el inicio de cambios degenerativos del cartílago articular especialmente en las articulaciones de carga, que aumenta progresivamente con la edad, de manera que por encima de los 75 años es prácticamente que se encuentren dichos cambios degenerativos.¹⁷

1.5.2 DIAGNÓSTICO Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA OSTEOARTROSIS

En la mayoría de los pacientes, la clínica apoyada por los hallazgos radiológicos, es suficientemente característica para establecer con seguridad el diagnóstico de artrosis. El paciente con artrosis refiere dolor a nivel articular por ejemplo si está afectada la rodilla refiere dolor alrededor de ella, de características mecánicas,

que se acentúa con la carga y mejora en reposo, y rigidez matutina. A la exploración física, la rodilla en fase de agudización, se halla tumefacta, globulosa, con puntos dolorosos a la palpación, crepitación a la movilización y/o limitación de la movilidad.¹

Es frecuente observar una disociación entre la clínica dolorosa y evidencia radiográfica de cambios degenerativos. En un tercio de las personas, con edades comprendidas entre los 63 y 94 años, existen signos radiológicos de artrosis pero solo el 40% de ellos refiere dolor.

Para el diagnóstico se recomienda usar los criterios de clasificación elaborados por el American College of Rheumatology que, aunque fueron desarrollados para la elaboración de trabajos de investigación, han demostrado utilidad en la práctica clínica.²

ARTROSIS DE MANOS.

Criterios diagnósticos: dolor, malestar o rigidez de las manos, además tres de los siguientes criterios:¹

- 1.- Aumento de volumen óseo de dos o más de las 10 articulaciones: 2da y 3er articulación interfalángica proximal, o 2da o 3era articulación interfalángica distal, y la 1era articulación carpometacarpiano de ambas manos.
- 2.- Aumento de volumen óseo de dos o más articulaciones interfalángicas distales.
- 3.- Menos de tres articulaciones metacarpofalángicas inflamadas.
- 4.- Deformación de al menos una de las articulaciones enumeradas en el punto uno.

ARTROSIS DE RODILLA.

Criterios de diagnóstico clínico:

Dolor en la rodilla y cinco de los siguientes criterios:

- 1.- Más de 50 años.
- 2.- Rigidez matinal de menos de 30 minutos.
- 3.- Crujido a la movilización activa.
- 4.- Sensibilidad ósea.
- 5.- Aumento de volumen óseo.

6.- Sin aumento de la temperatura sinovial.

7.- FR negativo.

8.- Líquido sinovial de osteoartritis.

Criterios de diagnóstico clínico- radiológicos:

Dolor intenso y sospecha de OA severa de rodilla, más osteofitos y al menos uno de los siguientes criterios:

1.- Edad mayor de 50 años.

2.- Rigidez menor de 30 minutos.

3.- Crujido articular.

ARTROSIS DE CADERA:

Criterios de diagnóstico clínico-radiológico (sensibilidad 89%; especificidad 91%).

1.- VSG <20mm/hr

2.- Osteofitos femorales o acetabulares.

3.- Estrechamiento del espacio articular: superior, axial medial.¹

1.5.3 TRATAMIENTO DE LA OSTEOARTROSIS

PREVENCION.

La prevención primaria de la discapacidad por OA consiste en información y educación sanitaria, para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, disminución del sobrepeso, y promoción del ejercicio aeróbico. La prevención secundaria dirigida a la detección precoz, consistiría en el tratamiento y control de la OA. Así como existe el consejo asistido para enfermedades de carácter crónico como el cáncer, se recomendaría su aplicación para su información, detección y seguimiento de factores predisponentes a dolor y a la discapacidad secundaria a la OA. Cuando las lesiones son irreversibles y la enfermedad está establecida se pueden aplicar medidas de prevención terciaria utilizando medidas de rehabilitación y finalmente quirúrgicas cuando las anteriores han fracasado. Es fundamental dotarse de una red de atención primaria que pueda desarrollar todo su potencial preventivo, educativo y de respuesta a las necesidades de salud de la población y que disponga del soporte de los servicios especializados, trabajando en estrecha

colaboración con estos. Estas medidas de prevención podrían ayudar a reducir el impacto de la enfermedad.¹

Los avances farmacológicos de la artrosis incluyen compuestos biológicos como el ácido hialurónico, condroitín sulfato y glucosamina que podrían tener una acción condroprotectora es decir que modifica favorablemente la progresión de la artrosis. Así también las modificaciones de los factores de riesgo que predisponen a la enfermedad. En la artrosis se han demostrado diferentes factores de riesgo, algunos de los cuales son modificables.²

Obesidad: es el factor de riesgo modificable de mayor importancia. En la OA de rodilla se ha demostrado que las personas más obesas tienen riesgo de 6 a 8 veces mayor de desarrollar OA de rodillas comparadas con las de menor peso. En cadera el riesgo aumenta entre 2 y 5 veces. Si la persona recuperara su peso ideal se evitaría el 24% de la prótesis de rodilla.⁸

Ocupación: ciertas actividades se asocian a mayor riesgo; en el caso de OA de rodillas, aquellas actividades que implican doblar las rodillas se asocian a mayor riesgo. En el caso de la OA de caderas y rodillas se han descrito, asociaciones a tareas pesadas (campesinos, obreros de la construcción), bipedestación prolongada y cargar peso.

Actividades deportivas:

Se ha reportado asociación entre los siguientes deportes y las localizaciones que se mencionan:

Fútbol (caderas, tobillos, rodillas, columna cervical).

Yudo (manos).

Ciclismo (patelofemoral).

Gimnasia (rodilla, hombro, muñecas y codos).¹¹

EDUCACIÓN

La labor educativa debe ser constante y no solo dirigida a los pacientes, sino a los familiares, a la comunidad y a las autoridades del país.

EDUCACIÓN PREVENTIVA.

Debe de estar dirigida al control de los factores de riesgo modificables: control de peso corporal, higiene postural en las actividades de la vida diaria, actividad física controlada, uso de zapatos cómodos.

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN.

Dirigidos al paciente y familia portadores de OA acerca de las características, tratamiento, cuidados y evolución de la enfermedad. ¹

EDUCACIÓN EN PROTECCIÓN ARTICULAR.

La protección articular permite reducir la carga sobre la articulación y disminuye el dolor. Las medidas que se pueden realizar son: ¹

- 1.- Mantener y mejorar movilidad y flexibilidad articular.
- 2.- Trabajar fuerza y resistencia muscular.
- 3.- Uso de calzado adecuado: debe ser blando y amplio.
- 4.- Evitar estar de pie en un mismo lugar sin moverse por más de 10 minutos.
- 5.- Ordenar los objetos en casa, de manera que los de uso más frecuente estén a la altura de la persona. Así evita agacharse innecesariamente.
- 6.- Realizar caminatas sobre terrenos planos. Evitar deportes que traumatizan las articulaciones.
- 7.- Evitar sentarse en sofás bajos. Utilice sillas altas que permitan levantarse con menos esfuerzo.
- 8.- Usar apoyos de seguridad para baños y camas.
- 9.- Evitar bajar escaleras, prefiera los ascensores.
- 10.- Evitar el reposo en cama; adelgaza el cartílago articular.

Ejercicios aeróbicos aconsejados: caminar, andar en bicicleta, nadar, ejercicios aeróbicos en agua.

Ejercicios de fuerza: en pacientes con OA de rodilla la fuerza muscular está reducida a un 50%, los que se mejora en un 35% con los ejercicios; el grado de dependencia disminuye en 10% y el dolor disminuye en 40%.¹

TRATAMIENTO MÉDICO Y CIRUGÍA CONSERVADORA

El tratamiento de la OA depende básicamente de la gravedad de la clínica. Su objetivo es disminuir el dolor e inflamación local y reducir la limitación funcional, para una mejoría en la capacidad de la marcha, de la realización de las actividades de la vida diaria y de la calidad de vida. Debe planearse de forma individualizada y en base a la comorbilidad de cada paciente como la hipertensión arterial, cardiopatía, úlcera gastro-duodenal, y enfermedad renal o hepática, que influirán en la prescripción farmacológica.¹¹

La Academia de Reumatología Americana ha presentado una guía de tratamiento médico de la OA:

Tratamiento no farmacológico:

- Información y educación al paciente.
- Programas/escuelas de información auto-cuidado por parte del paciente.
- Soporte social por el profesional sanitario vía contacto telefónico.²

Fisioterapia:

- Ejercicios de movilidad articular de extremidades inferiores.
- Ejercicios de potenciación de la musculatura, glúteos, cuádriceps e isquiotibiales.
- Ayudas técnicas para la marcha.¹

Terapia ocupacional.

- Medidas de protección articular y de conservación de energía.
- Ortesis.
- Ayudas técnicas para las actividades de la vida diaria.
- Programa de ejercicio aeróbico.²

Tratamiento farmacológico:

- Analgésicos simples: paracetamol.
- Analgésicos tópicos. Capsaicina, metilsalicilato.
- Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).
- Analgésicos opiáceos: propoxifeno y codeína.
- Infiltraciones intrarticulares de corticoides.¹⁷

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Las medidas terapéuticas actuales iniciales y más aceptadas en el tratamiento de la OA incluyen la educación del paciente acerca de la historia natural de la enfermedad, medidas generales como pérdida de peso en pacientes con sobrepeso, realización de ejercicios de potenciación muscular, en especial de la musculatura estabilizadora de rodilla cuádriceps e isquiotibiales, medidas de protección del impacto y ergonomía articular, mejoría del funcionalismo cardiovascular general (natación, deambulación), ortesis (rodilleras, férulas) e hidroterapia.²

Uno de los aspectos más importantes en la prevención de la discapacidad es el control del dolor.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico actualmente es sintomático y paliativo, pero no es curativo.

La investigación realizada en farmacología básica y clínica ha permitido en los últimos años cambiar sustancialmente la orientación terapéutica de la artrosis. Esto se debe a la aparición de algunos compuestos que han demostrado efectos beneficiosos sobre el cartílago articular. La Osteoarthritis Research Society ha propuesto una clasificación de medicamentos utilizados en la terapéutica de la artrosis, según su mecanismo de acción:

- 1.- Fármacos sintomáticos de acción rápida: Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), corticoides.
- 2.- Fármacos sintomáticos de acción lenta o modificadores de los síntomas: condroitín sulfato, glucosamina, ácido hialurónico. Últimamente, se ha atribuido a estos fármacos la característica potencial de modificar el curso de la enfermedad, lo que se ha denominado como modificadores del curso de la enfermedad.²

FARMACOS SINTOMÁTICOS DE ACCIÓN RÁPIDA

Dentro de esta categoría se incluyen los analgésicos. AINEs, corticoides, etc. Utilizados para mejorar los signos y síntomas como el dolor, la impotencia funcional o la movilidad. Desde un punto de vista clínico, estos fármacos mejoran

los síntomas dolorosos de forma rápida y potente, pero no son capaces de modificar la evolución de la enfermedad puesto que los síntomas suelen reaparecer tras la supresión del tratamiento.²

El fármaco analgésico de elección es el paracetamol. Se ha mostrado eficaz en la disminución del dolor en la artrosis y, asociado a otras terapéuticas como la potenciación muscular, mejora la función articular.²

El paracetamol, a dosis de hasta 4 gramos al día, es superior al placebo y posee una eficacia comparable al ibuprofeno o al naproxen en el tratamiento de los pacientes con OA.

El tramadol, analgésica oral de acción central, es un agonista opiáceo sintético que inhibe la recaptación de noradrenalina y serotonina, y se ha indicado en pacientes con dolor moderado a severo que no responde al paracetamol, o que presentan contraindicación para el tratamiento con AINEs.²

En pacientes que no responden a los analgésicos sistémicos o no desean seguir el tratamiento de forma continuada, el uso de analgésicos tópicos como el metilsalicilato, capsaicina o bien AINEs tópicos, pueden mejorar el dolor inflamatorio de la artrosis. Si el paciente no mejora con el tratamiento oral con paracetamol u otros analgésicos orales o tópicos, está indicada la utilización de AINEs. Los AINEs se han considerado por muchos profesionales como el tratamiento farmacológico de elección de la OA. Sin embargo hasta el momento no se ha demostrado diferencias significativas en la eficacia entre los diferentes AINEs.¹

Según se ha demostrado, los AINEs ejercen su acción antiinflamatoria por inhibición de la biosíntesis de prostaglandinas derivadas del ácido araquidónico, por unión y bloqueo de la enzima ciclo-oxigenasa, la cual se ha identificado dos izo enzimas. A ciclo-oxigenasa 1(COX1) sería la responsable de la síntesis de prostaglandinas con función citoprotectora en la mucosa gástrica. La COX2 detecta lugares con actividad inflamatoria. Un AINE que inhiba de manera selectiva la COX2, sin inhibir la COX1, produciría un efecto antiinflamatorio sin los efectos indeseables derivados de la inhibición de la COX1, como gastrointestinales. El celecoxib y el rofecoxib se han estudiado ampliamente y

parecen ser 100 veces más selectivos en su capacidad de inhibir la COX2 que los AINEs actualmente disponibles, y algunos estudios apuntan que la gastrotoxicidad que producen no es mayor que la del placebo.¹³

Los AINEs han dejado ser los fármacos de primera elección por sus efectos secundarios, en especial en tratamientos prolongados, por lo que estarían indicados cuando fracasa el tratamiento con paracetamol.

FÁRMACOS SINTOMÁTICOS DE ACCIÓN LENTA O FÁRMACOS MODIFICADORES DE LOS SÍNTOMAS

Ambos términos incluyen: condroitín sulfato, glucosamina y ácido hialurónico.

Han surgido resultados esperanzadores en la búsqueda de conseguir un tratamiento eficaz para la OA gracias a los avances en el conocimiento del metabolismo de la célula cartilaginosa, al progreso de la biología molecular y celular, a la identificación de distintas citoquinas y a las nuevas técnicas de manipulación de la biología celular.¹

La investigación sobre los fármacos modificadores del curso evolutivo de la artrosis se centra en buscar el retraso de la degeneración articular, sobre todo del cartílago, con el fin de reducir el dolor, mejorar la función articular y diferir o evitar el tratamiento quirúrgico. A este grupo de fármacos, pertenecen los fármacos condroprotectores.²

Este término se emplea para describir aquella medicación o compuesto que bloquea la progresión de la enfermedad degenerativa y estimula la reparación. A los fármacos denominados condroprotectores, pertenecen los agentes capaces de prevenir, retrasar, estabilizar, reparar, y/o revertir las lesiones de hueso y cartílago. Aunque aún no se ha demostrado de forma contundente, estos compuestos son condroprotectores potenciales, es decir podrían modificar favorablemente la progresión natural de la artrosis.¹

El condroitín sulfato desempeña un papel importante en la estructura de la matriz extracelular del cartílago articular. Los efectos que se le atribuyen son: aumentar la síntesis de RNA mensajero por los condrocitos, inhibir las enzimas

degradativas, agregarse al depósito de glucosaminoglicanos y prevenir los trombos sinoviales, probablemente por la disminución de la actividad de la elastasa leucocitaria, lo que reduciría la degradación de los proteoglicanos y del colágeno del cartílago. Administrado por vía oral, tiene una gran afinidad hacia el cartílago y el líquido sinovial pudiendo modificar algunos marcadores bioquímicos y farmacológicos en pacientes artrósicos.¹⁷.

El sulfato de glucosamina es la sal sulfato del aminomonosacárido natural glucosamina; presenta una acción retardada (unas dos semanas) sobre el dolor y la movilidad, comparándola con placebo y con ibuprofeno. La glucosamina tiene un efecto sintomático a través de un mecanismo de acción específico para la artrosis, que aparece en pocas semanas y persiste durante el tratamiento y en un plazo posterior a la suspensión del fármaco ¹⁷

El ácido hialurónico es el máximo responsable de las propiedades viscoelásticas del líquido sinovial juega un papel clave en las actividades biológicas tan diversas como la proliferación y la actividad celular. El ácido hialurónico del tejido articular y líquido sinovial contribuyen a la homeostasis y mantenimiento de función normal. Se ha comprobado que en la artrosis hay un descenso del peso molecular y de la concentración de ácido hialurónico, lo que sugiere una lubricación articular insuficiente, de manera que la mejoría en la lubricación mejoraría la función articular. La infiltración intraarticular de ácido hialurónico, mejora la lubricación y viscosidad del líquido sinovial. Por ello, ha surgido el concepto de viscosuplementación. El objetivo terapéutico de la viscosuplementación es restaurar la viscoelasticidad del líquido sinovial, disminuyendo el dolor mejorando la movilidad y restaurando la función protectora natural del ácido hialurónico articular.¹⁷

La viscosuplementación probablemente disminuya el coste médico de la comorbilidad gastrointestinal, neurológica y cardiorrespiratoria asociada a los AINEs.

OTRAS TÉCNICAS

Otras técnicas empleadas en el tratamiento conservador de la artrosis son las terapias alternativas, como la acupuntura, quiropraxia, la masoterapia, y los suplementos dietéticos, aunque requieren evidencia científica que soporte su eficacia.²

1.5.4. PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR

Se menciona que desde mediados de la década de los sesenta hasta la actualidad, se han propuesto varias definiciones del médico familiar, siendo relevante y aceptada la propuesta en 1997 por la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) la cual señala que:

El médico general o de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continua a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionistas de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.

El médico general o de familia es un generalista en tanto, que acepta a toda persona que solicite atención, al contrario de otros profesionistas o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes. Atiende al individuo en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta raza, religión, cultura o clase social. Se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continua a sus pacientes.

El médico general o de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.

Es importante mencionar también las áreas de ejercicio profesional del médico familiar son:

- Área de atención del individuo.
- Área de atención de la familia.

- Área de atención a la comunidad.
- Área de docencia y de investigación.
- Área de apoyo (trabajo en equipo, sistema de registro e información, gestión de recursos y administración sanitaria y la garantía de calidad).

1.5.5. ABORDAJE FAMILIAR EN EL PACIENTE CON OSTEOARTROSIS

Se debe reconocer en el paciente con OA la influencia de los factores familiares sobre su salud e igualmente se debe tener en cuenta la importancia para el cuidado de si mismo, además de reconocer la influencia del paciente en su familia ya que como es de esperarse, su dinámica familiar se verá alterada en mayor o menor grado.

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de una enfermedad crónica, esta función de apoyo adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico, como emocional y gracias a ello se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el control de la enfermedad.

A lo largo del ciclo vital familiar aparecen diversos acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar y que requieren de mecanismos de adaptación para su recuperación, para asegurar que dichos mecanismos adaptativos tengan éxito se requiere que exista una adecuada función familiar.

Es precisamente la aparición de una enfermedad crónica uno de los acontecimientos vitales estresantes que alteran la homeostasis familiar en particular cuando se presenta la OA que requiere la modificación en los hábitos y modo de vida de los miembros, es cuando la familia debe echar a andar estos mecanismos de adaptación hasta recuperar el equilibrio amenazado. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y por consiguiente adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles.

El impacto de la OA sobre el adulto y su familia depende de la etapa del ciclo vital en la que se establezca el diagnóstico, sin embargo, en cualquiera de ellas lo

principal es el apoyo que la familia debe brindar al paciente para mantener la homeostasis o equilibrio familiar.

El equipo de salud debe estar atento al cuidado del paciente con OA y de la estructura de la familia, de su dinámica y funcionamiento, de la etapa del ciclo vital familiar en que estén y de los recursos que moviliza la familia para enfrentarse a las situaciones estresantes, esto redundará al convertir a la familia en una autentica unidad de cuidados que facilitará el correcto control integral y no solo físico principalmente en la persona con OA además, le permitirá proteger a la familia de situaciones disfuncionales que pudieran ser desencadenadas por la aparición de la enfermedad o de sus complicaciones.

La aparición de una enfermedad crónica en algunos miembros de la familia representa un cambio radical en su funcionamiento, incluso en su composición, que pudiera considerarse como una crisis dada en la desorganización que se produce y que impacta irremediamente en cada uno de sus miembros, así como hacia el exterior.

Para adaptarse a esta nueva situación de enfermedad, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando de una manera aceptable, de suerte que en el caso de una enfermedad crónica se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que puede llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, y ponen en riesgo el bienestar y atención del paciente enfermo, así como la adecuada funcionalidad del sistema familiar.

La enfermedad que tiende a la cronicidad favorece que sea etiquetado como diferente, sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidado, por su aspecto físico, por su autoestima por su capacidad de trabajo etc., y que de modo irremediable afectan al tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos, evolucionando lentamente hasta el deterioro irreversible. Esta condición de cronicidad puede cambiar a estados de estrés crónico en el sistema, que no solo van a impactar en el funcionamiento de la familia, sino también en la evolución del propio padecimiento. Durante todo este

proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente, y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar; ante esto, el médico debe estar en condiciones de prevenir, diagnosticar y tratar, sea directamente o a través del equipo multidisciplinario de salud.

Hay que recordar que hay otros factores que intervienen en el impacto de la familia de la enfermedad, tal es el caso de:

- La etapa del ciclo evolutivo familiar en que se encuentren.
- Flexibilidad o rigidez de roles y límites en la familia.
- Cultura familiar.
- Nivel socioeconómico.
- Comunicación.
- Tipo de respuesta familiar.
- Capacidad de grupo para resolver conflictos.

Como ya se ha expresado, la enfermedad afecta no sólo al paciente que la padece sino también al resto de la familia. Por ello, resulta indispensable que la atención de la enfermedad se haga de manera integral, y considerar en todo momento, al binomio paciente-familia.

Para lograr este propósito, será indispensable llevar a cabo el abordaje del paciente en función de tres etapas fundamentales:

- 1.- Diagnóstico de la situación de la enfermedad y del ambiente familiar y social del paciente.
- 2.- Información.
- 3.- Atención integral.

1.6. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTROSIS

1.6.1. DEFINICION

Tradicionalmente, la salud se ha abordado desde el ámbito médico y su discusión se ha circunscrito principalmente a la detección y el tratamiento de las

enfermedades, el alivio del dolor y la curación. A medida que la ciencia médica se ha ido desarrollando, este abordaje ha resultado insuficiente y ha sido necesario ampliar el concepto de salud a la totalidad de la vida del paciente, sin restringirse sólo a las manifestaciones biológicas.⁽¹⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud define la salud como algo más que la liberación de la enfermedad, ampliando sus límites a la totalidad del bienestar físico, psicológico y social.

La salud se ha convertido en un bien social al que los ciudadanos tienen derecho y se percibe como uno de los determinantes del desarrollo personal y de la felicidad del individuo.

Esta ampliación del concepto de salud la ha convertido en un objetivo social y ha conseguido que los gestores sanitarios y políticos, los pacientes y los usuarios exijan explicaciones más detalladas de cómo y cuánto el cuidado médico es capaz de prevenir y fomentar la salud de los individuos.⁽²²⁾

La salud ha pasado a constituir uno de los aspectos fundamentales a tener en cuenta en la asignación de medios y recursos públicos.

Como parte de esta visión más amplia de la salud, se ha hecho necesaria la medición de los resultados de la intervención sanitaria, dando lugar a los estudios y, dentro de ellos, a los de calidad de vida relativa a la salud.⁽²²⁾

El término *calidad de vida* se refiere al bienestar físico, emocional y social de las personas, así como a la capacidad de las mismas para desenvolverse y desarrollar las tareas típicas de la vida cotidiana. La calidad de vida relativa a la salud (Health Related Quality of Life, HRQoL) se centra en los aspectos de nuestra vida dominados o influenciados significativamente por la salud personal y en las actividades que realizamos para mantener o mejorar dicha salud. Existen otras definiciones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Bulpit la define como “el grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar”.⁽²³⁾

1.6.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADAS CON LA SALUD

A continuación se describen las dimensiones utilizadas más frecuentemente en la investigación sobre CVRS.

FUNCIONAMIENTO FISICO

Incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. No se debe confundir la presencia o no de sintomatología debida a una enfermedad con la repercusión que dicha sintomatología tiene sobre la calidad d vida. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología producen la vida diaria. Incluye la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el habla, y de los trastornos del sueño, así como de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.⁽¹⁵⁾

BIENESTAR PSICOLÓGICO

Algunos autores llaman a esta dimensión *salud mental*. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. La capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, y la capacidad de pensar con claridad son conceptos típicos de esta dimensión.

También recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.

ESTADO EMOCIONAL

Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También suele incluir la medición de las preocupaciones.

DOLOR

Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana.

Aunque el dolor podría considerarse una parte de la dimensión “funcionamiento físico”, lo habitual es tratarlo por separado, por la gran variabilidad existente entre individuos en cuanto a la percepción del dolor y la tolerancia al mismo.⁽¹³⁾

FUNCIONAMIENTO SOCIAL

Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.

1.6.3. VALORACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CVRS

La CVRS se evalúa mediante cuestionarios diseñados específicamente para ello y que reflejan el punto de vista del paciente. Estos instrumentos suelen estar formados por preguntas cerradas adaptadas al idioma y la cultura del paciente evaluado (no es apropiado utilizar instrumentos traducidos de otros idiomas) y deben de disponer de propiedades métricas demostradas.

Los primeros cuestionarios se desarrollaron en los años 70, pero, en general, eran excesivamente largos y de difícil aplicación. En la actualidad existe una amplia variedad de cuestionarios que han demostrado ser útiles (fiables, válidos, sensibles) y de fácil administración. Tres de los más utilizados son el *Nottingham Health Profile* (NHP), el *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey* (MOS SF-36) y el *EURO-QOL* (EQ-5D). Un cuestionario de CVRS debe contener preguntas relativas a todas las dimensiones relevantes para la enfermedad o el tratamiento que se desee evaluar. y debe tenerse en cuenta que un tratamiento puede influir sólo sobre un subconjunto de las dimensiones de la CVRS y no siempre implicando una mejoría (pueden incluso darse efectos paradójicos; así, algunas enfermedades asintomáticas, como la hipertensión, apenas influirán sobre las dimensiones de bienestar físico, pero la medicación puede influir negativamente sobre la autonomía o las actividades cotidianas).

Algunos cuestionarios de CVRS incluyen varias preguntas por dimensión evaluada (por tanto, permiten obtener tanto una puntuación por dimensión como una

puntuación global), mientras que otros incluyen sólo una pregunta por dimensión evaluada (la combinación de todas ellas ofrece una puntuación global)⁽²³⁾

1.6.4. INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS PARA MEDIR LA CVRS

Son herramientas que exploran la CVRS asociada a enfermedades o procesos específicos.

Por lo tanto, sólo son útiles para una patología particular y únicamente permiten comparar poblaciones con esa patología. Sin embargo, poseen una elevada sensibilidad: permiten diferenciar grupos de pacientes con la misma afección pero diferente estado de salud.

Como medir el impacto que puede producir sobre la CVRS una intervención terapéutica sobre la patología en cuestión. Algunos cuestionarios específicos adaptados al castellano y de uso frecuente son el IPSS (hiperplasia prostática benigna), el WOMAC (artrosis), el DRHS (dispepsia, QoL-PEI), el *Saint George Respiratory Questionnaire* (enfermedades respiratorias) y el MOS-HIV (VIH).

Los cuestionarios específicos de CVRS no son instrumentos diagnósticos. Aunque incluyen inventarios de síntomas, el interés no se centra en la frecuencia o magnitud de los síntomas, sino en la repercusión de los síntomas sobre la disminución del bienestar. Existen instrumentos unidimensionales que exploran una única dimensión de la CVRS, como, por ejemplo, el WOMAC para la artrosis (que explora la función física) La evaluación de la Calidad de vida va más allá del impacto de la enfermedad pues debe enfrentar problemas que no constituyen enfermedades como son la vejez, la niñez, las actividades preventivas y de promoción de salud por sólo citar algunos ejemplos. La evaluación de la Calidad de vida constituye un reto contemporáneo para cualquier profesional. Nuestro estudio sobrepasa el marco habitual del enfoque curativo o preventivo de la medicina para incluir como meta principal la valoración del bienestar de los pacientes aquejados de osteoartritis.

Consideramos que cualquier investigación que se acerque a este tema reviste de gran importancia ya que permite valorar el efecto del tiempo y la intensidad con

que actúan condiciones específicas de vida, sociales, familiares o personales sobre la salud del individuo o de la comunidad permitiendo así orientar dichas condiciones y establecer proyectos de intervención.

1.7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La economía y el bienestar social de un país o región depende de la salud de su población, por lo que resulta de gran importancia la calidad de los servicios para su atención ya que no puede existir desarrollo humano en un sistema de salud y de servicio integral, si no cuenta con la participación de diferentes niveles, complementados con una sólida red social que permita acceder a una mejor calidad de vida.¹⁶

Los servicios de atención primaria en las Clínicas de Medicina Familiar se han visto en la necesidad de plantear e implementar estrategias para la optimización de los recursos asignados a fin de detectar y controlar los padecimientos desde sus primeras etapas y fortalecer la atención preventiva.²

Los datos a nivel mundial son escasos. En OA de cadera se han reportado valores de 47 hasta 88 casos por 100.000 habitantes, mientras que para la rodilla se han estimado incidencias entre 164 y 240/100.000.

En un estudio reciente, evaluando la incidencia de OA sintomática de manos, rodilla y cadera, se estimó una incidencia de 100 por 100.000 personas/año para la OA de manos (IC 95% 86-115), 88 por 100.000 personas/año para la OA de cadera (IC 95% 75-101), y de 240 por 100.000 personas/año para la OA de rodillas (IC 95% 218-262). La incidencia fue en aumento con la edad y mayor en las mujeres que en los hombres, especialmente después de los 50 años de edad.¹⁶

La información epidemiológica Iberoamericana sigue siendo escasa. Las primeras estimaciones en población española, usando criterios clínicos para el diagnóstico, estimaban la prevalencia de OA en población urbana en 23.8%, con una relación mujeres: hombres de 2:1. La frecuencia aumentaba con la edad, y en los mayores

de 65 años la prevalencia llegaba al 80%. Un estudio similar en población rural, reportó una prevalencia general de OA de 26.1%. Otro estudio español más reciente, realizado en una muestra aleatoria de 2.998 individuos mayores de 20 años, representativos de la población nacional, reportó una prevalencia para artrosis sintomática de rodillas de 10.2% (IC 95% 8.5 a 11.9) y para artrosis de manos de 6.2% (IC 95% 5.9 a 6.5).

En Latinoamérica, se han publicado 2 estudios usando la metodología COPCORD. En Cuba, un estudio realizado en 300 individuos adultos, reportó la OA como el diagnóstico más frecuente entre los evaluados, con una frecuencia de 19.6%. (11). Un estudio posterior realizado en México, en una muestra de 2500 individuos se encontró una prevalencia de artrosis de 2.3% (IC 95% 1,7 a 2,9) en población adulta.

A nivel nacional, de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud realizada el año 2003, un 3.8% de la población adulta refiere padecer de artrosis (auto reporte), siendo la frecuencia más alta entre las mujeres y mayor en la medida que aumenta la edad. Además de tener una alta prevalencia de acuerdo al auto reporte, la OA también es un importante motivo de consulta. Un estudio realizado en un consultorio de atención primaria registró un total de 22.650 consultas durante el período de 1 año. De ellas, 4.580 (20%) eran por enfermedades reumatológicas, siendo 1 de cada 4 consultas por OA.

Aun considerando que el conocimiento de la epidemiológica de esta patología en Latinoamérica es aun incompleto, al igual que en el resto del mundo es la enfermedad reumatológica más frecuente.

Los costos económicos, asociados al tratamiento y complicaciones de la Osteoartrosis representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes.

Es por eso que ante tan grave problema, se deben de llevar acciones preventivas por los sectores públicos, sociales y privados, así como los procedimientos para su detección, diagnóstico, tratamiento y control.

Por lo que respecta al ISSSTE como sector público y en particular en la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional, no se cuenta con trabajos de investigación

recientes, acerca de esta enfermedad crónica por lo que es necesario evaluar la calidad de vida principalmente dolor rigidez y capacidad funcional en pacientes con diagnóstico de osteoartrosis en la clínica de Medicina Familiar Marina Nacional ISSSTE.

1.8. JUSTIFICACIÓN

En la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” del ISSSTE de acuerdo al último censo realizado en mayo del 2008 se cuenta con una población de 50 a 70 años de 2,155 derechohabientes.

La cantidad de mujeres de entre 50 y 70 años de edad es de 1350, en cuanto a los hombres de entre 50 y 70 años es de 805. Esta es una población en riesgo de padecer OA, en la que el médico familiar debe realizar acciones de prevención.

Para poder efectuar este trabajo de investigación se cuenta con 7 consultorios en los cuales se obtuvo información de los pacientes de este rango de edad para poder identificar casos nuevos de osteoartrosis en los derechohabientes, se captaron dichos casos de las hojas diarias de consulta médica de los turnos matutino y vespertino y posteriormente se acudió al archivo de la clínica para obtener acceso a la revisión de los expedientes clínicos y localizar los números telefónicos para aplicar por vía telefónica la encuesta a los pacientes diagnosticados con dicha enfermedad; fue posible la aplicación.

Los resultados obtenidos servirán para nuestros pacientes de primer contacto en particular al médico familiar ya que podrá a parte de su tratamiento ya establecido modificar algunos factores asociados a la OA que puedan manejarse y puedan aminorar la sintomatología de dicha enfermedad y así poder sobrellevar la enfermedad a largo plazo, así también poder incorporarlo a programas de autoayuda con los que cuenta la clínica así como la realización de clubs en la clínica para poder vivir y entender el transcurso de la enfermedad.

1.9. OBJETIVOS

1.9.1 OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la calidad de vida en pacientes con Osteoartritis en la clínica de medicina familiar Marina Nacional del ISSSTE

1.9.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1.-Cuantificar la incidencia de pacientes con diagnóstico de osteoartrosis en la clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” ISSSTE.

2.- Utilizar el WOMAC como instrumento de evaluación de calidad de vida en pacientes con osteoartrosis en la clínica de medicina familiar Marina Nacional ISSSTE.

3.- Identificar algunas características sociodemograficas en los pacientes diagnosticados con OA.

4.- Determinar si los pacientes diagnosticados con osteoartrosis tienen el diagnósticos de otras enfermedades cronicodegenativas principalmente HAS así como DM.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1. TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, transversal, descriptivo.

2.2 POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO.

Mujeres y hombres en edades entre 50 y 70 años derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” del ISSSTE comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del 2009.

2.3 MUESTRA.

Se revisaron las hojas diarias de la consulta externa de los 7 consultorios de ambos turnos (/matutino y vespertino) en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2009 obteniendo el siguiente resultado:1255 consultas en

dicho periodo de las cuales se diagnosticaron 180 casos nuevos de osteoartritis en la CMF Marina Nacional obteniendo una muestra de de 80 pacientes para dicho estudio.

2.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión.

- Derechohabientes de la clínica de Medicina Familiar Marina nacional
- Pacientes con diagnóstico de osteoartrosis ,
- Pacientes de ambos sexos.
- Rango de edad entre 50 y 70 años de edad respectivamente.
- Pacientes con tratamiento a base de analgésicos.

Criterios de exclusión.

- Pacientes diagnosticados con alguna otra enfermedad articular degenerativa.
- Pacientes con cirugías con colocación de prótesis
- Pacientes con antecedentes de traumatismos recientes en cualquier región articular.
- Pacientes que este momento estén con colocación de aparato de yeso.
- Pacientes con cirugía articular reciente.

2.5 **VARIABLES**

En este estudio se estudiaron 24 variables las cuales 5 pertenecen a dolor, 2 a rigidez y 17 a capacidad funcional las cuales se pueden observar en la tabla de variables

TABLA 1
Definición de Variables

Nombre completo de la variable	Definición	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma en cuenta la variable
Edad	Edad de un individuo expresada como el periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento, horas, días, meses o años.	Cualitativa.	Discontinua.	Números enteros 1 a n
Ocupación.	Trabajo que impide emplear el tiempo en otra cosa.	Cualitativa.	Nominal.	1= hogar ama de casa 2=jubilado o pensionado 3=empleado.
Escolaridad.	Duración de los estudios en un centro docente	Cualitativa.	Ordinal.	1=primaria 2=secundaria 3=técnico o bachillerato 4=profesionista.
Sexo	Variable compleja, que implica un proceso de diferenciación sexual que se extiende a lo largo de todo el ciclo vital, siendo los factores biológicos, psicológicos y sociales.	Cualitativa.	Nominal.. (dicotómica)	1=masculino 2=femenino.
Estado civil	Condición de cada individuo en relación con	Cualitativa.	Nominal.	1=casada 2=soltera 3=divorciada

	los derechos y obligaciones civiles.			4=viuda 5=separada
Diabetes mellitus	Enfermedad crónica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre	Cualitativa.	Nominal.	1=si 2=no
Hipertensión arterial	La hipertensión arterial es una condición médica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión arterial por encima de 139/89 mmHg.	Cualitativa.	Nominal.	1=si 2=no
Dolor articular	el dolor articular puede ser causado por lesiones que afectan a cualquiera de los ligamentos, bolsas o de los tendones que rodean la articulación.	Cualitativa.	Nominal.	1=si 2=no
EVALUACIÓN DE ESCALA DE MEDICIÓN WOMAC				
Cuánto dolor tiene usted al caminar en una superficie plana	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa.	

Dolor al subir y bajar escaleras	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Dolor por la noche al estar acostado	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Dolor al estar descansando	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Dolor al estar de pie	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Que tan severa es su rigidez al levantarse por la mañana	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Que tan severa es su rigidez después de estar sentado, descansando	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Qué grado de dificultad presenta para bajar escaleras.	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa

Qué grado de dificultad presenta usted para subir escaleras	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Que grado de dificultad presenta para levantarse al estar sentado	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Qué grado de dificultad presenta para permanecer de pie	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Qué grado de dificultad presenta para agacharse hasta el suelo	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Qué grado de dificultad presenta para caminar en terreno plano	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Qué grado de dificultad presenta para entrar y salir del automóvil	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Qué grado de dificultad presenta para ir de compras	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa

Qué grado de dificultad presenta para ponerse calcetines o medias	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Qué grado de dificultad presenta para levantarse de la cama	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Qué grado de dificultad presenta para quitarse los calcetines o medias	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Qué grado de dificultad presenta para acostarse en una cama	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Qué grado de dificultad presenta para bañarse	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Qué grado de dificultad presenta para sentarse en una silla	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Qué grado de dificultad presenta para sentarse y levantarse del WC	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa

Qué grado de dificultad presenta para hacer el trabajo domestico pesado	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa
Qué grado de dificultad presenta para hacer el trabajo domestico ligero.	Cualitativa	Ordinal	1=ninguna 2=leve 3=moderada 4=severa 5=muy severa

2.6 INSTRUMENTO

THE WESTERN ONTARIO AND MACMASTER UNIVERSITIES OSTEOARTHRITIS INDEX (WOMAC)

Este cuestionario fue creado por el Dr. Nicolás Bellamy en asociación con el profesor Watson Bucahana ambos de la Western Ontario and McMaster Universities de Canadá en la década de 1982 para evaluar la sintomatología asociada a la osteoartritis y el progreso del tratamiento. El cuestionario original ha sido modificado durante años pero sin sufrir una modificación severa, una versión reducida a 11 ítems presenta unas propiedades métricas mejores que el original.

El WOMAC es una escala validada específicamente diseñada para medir el dolor y la disfuncionalidad en la osteoartritis es decir, esta escala fue diseñada para evaluar el mejoramiento clínico y los cambios relevantes en el estado de la enfermedad como resultado del tratamiento de la enfermedad.

Esta escala evalúa tres dimensiones el dolor, la rigidez y la función las cuales se dividen en 5,2 y 17 ítems respectivamente dando un total de 24 ítems los cuales conforman el WOMAC, cada ítem se contesta con una sola escala tipo verbal o likert de 5 niveles que se codifican de la siguiente forma: ninguno:0, poco:1, bastante:2, mucho:3,muchísimo:4, para cada escala se obtiene la suma de los ítems que la componen de esta forma las posibles puntuaciones para cada escala serán:

- A. Dolor0-20
- B. Rigidez.....0-8
- C. Capacidad funcional0-68

Se recomienda usar las tres escalas por separado, no sumándolas o agregándolas, si un enfermo coloca su respuesta fuera de las casillas, por ejemplo entre dos casillas, se elegirá como respuesta válida la casilla más cercana, pero si la respuesta está justo equidistante entre dos casillas, se elegirá por convención la puntuación mas alta (la peor) por ejemplo se marcara a la izquierda de ninguno, se puntuará 0, si marcara a la derecha de muchísimo se marcara 4. En algunos casos las personas enfermas pueden dejar en blanco una o varias respuestas para lo siguiente se recomienda que cuando no se conteste 2 ítems de dolor, 2 ítems de rigidez, o 4 ítems de capacidad funcional, la correspondiente escala, se considerara no valida, por lo que no debiera utilizarse , en el caso de que se dejen en blanco 1 ítem de dolor, 1 ítem de rigidez y 1-3 ítems de capacidad funcional se recomienda sustituir el dato faltante del ítem no contestado por el valor medio de los ítems contestados y luego sumar todas las respuestas.

También hay una escala global del WOMAC que se calcula comúnmente con la suma del puntaje de las 3 subescalas o por medio de la visión visual análoga del WOMAC.

Debemos recordar que a pesar de que el WOMAC es un instrumento para determinar el dolor, la rigidez y la capacidad funcional, estas, en especial el dolor, pueden estar afectadas por, problemas no relacionados con la osteoartritis por ejemplo, el dolor de espalda baja debido a levantar cosas pesadas etc.

El WOMAC se encuentra validado en los siguientes idiomas francés, español, mandarín, ingles, cantones, tagalo, malayo, flamenco, alemán, italiano, árabe, finlandés, japonés, portugués, africano, noruego, polaco, ruso, griego y esla meridional.

En el presente estudio se utilizo la escala funcional WOMAC versión española traducido y adaptado pro los autores E. Batle-Gualda y J.. Esteve Vives de la revista española de reumatología. Se agrego a nuestro instrumento algunas otras variables tales como sexo edad, ocupación, escolaridad, enfermedades crónico

degenerativas y si en las dos últimas dos semanas habían presentado dolor articular aunado los 17 ítems que cuenta el instrumento.

2.7. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las personas encuestadas fueron seleccionadas de las hojas diarias comprendidas del 1 enero del 2009 al 31 de diciembre del 2009 posteriormente se busco en archivo clínico sus expedientes para recolectar su número telefónico y así poder aplicar las encuestas sobre dolor articular el cual amablemente accedieron y respondieron ya que la duración de la encuesta únicamente toma 10 minutos en responderla.

Las encuestas se leían por vía telefónica a los pacientes e inmediatamente se recibía la contestación, la duración de la encuesta fue de aproximadamente de 10 minutos.

2.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo.

La información se describió en tablas y gráficas.

2.9. RECURSOS MATERIALES

Recursos humanos:

- Investigador.
- 80 pacientes con diagnóstico de Osteoartritis.

Recursos materiales:

- Encuestas del cuestionario WOMAC.
- Lápices.
- Plumas.
- Hojas.
- Computadora.

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Con recursos propios del investigador

2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud se apega al Capítulo único título primero de disposiciones generales, así como en título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos que según el artículo 17 este trabajo corresponde a una investigación sin riesgo.

También está acorde con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación donde participan seres humanos manifestando en la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial enmendada en la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

3. RESULTADOS

La incidencia encontrada en los pacientes diagnosticados durante un año fue de 6.3%.

Con base en el instrumento WOMAC aplicado en la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” del ISSSTE se obtuvieron los siguientes resultados.

El sexo de los derechohabientes entrevistados correspondieron 98.8% al sexo femenino y solo 1.2% correspondió al sexo masculino.

3.1 En la variable ocupación la mayoría de las encuestadas corresponden a pensionados o jubilados como se puede observar en la siguiente tabla

TABLA 2
Ocupación de los pacientes entrevistados

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Jubilado o pensionado	30	37.5
Hogar, ama de casa	27	33.8
Empleado	23	28.8
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.2. En el siguiente cuadro la escolaridad la mayoría fue de secundaria con un 47.5% el resto de los resultados se observa en la siguiente tabla

TABLA 3
Escolaridad en los pacientes entrevistados

ES COLARIDAD.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria.	10	12.5
Secundaria	38	47.5
Técnico	22	27.5
Bachillerato	10	12.5
Profesionista	80	100.0
Total		

Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

TABLA 4
La edad de las usuarias fue la siguiente

promedio	mediana	moda	Maximo	Minimo	rango	DE
52 años	60 años	60 años	70 años	50 años	20 años	14.1421356

Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.3 En la variable estado civil con un 73.8% corresponden a casada, la minoría con un 1.3% corresponden a separada como se observa en la siguiente tabla

TABLA 5
Estado civil de los pacientes entrevistados

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
Casada	59	73.6
Viuda	14	17.5
Divorciada	5	6.3
Soltera	1	1.3
Separada	1	1.3
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.4. Respecto a enfermedades concomitantes con las crónico degenerativas como la DM y la HAS se observo un 78.8% así como un 70% de no padecerla como se observa en las siguientes tablas

TABLA 6

Frecuencia de diabetes mellitus así como de hipertensión arterial

	Sí		No	
	frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
DM	17	21.3%	63	78.7%
HAS	24	30.0%	56	70.0%

Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.5 Por lo que toca al dolor articular al momento de la aplicación de la encuesta el 100% de las derechohabientes respondieron que si presentaban en ese momento dolor articular

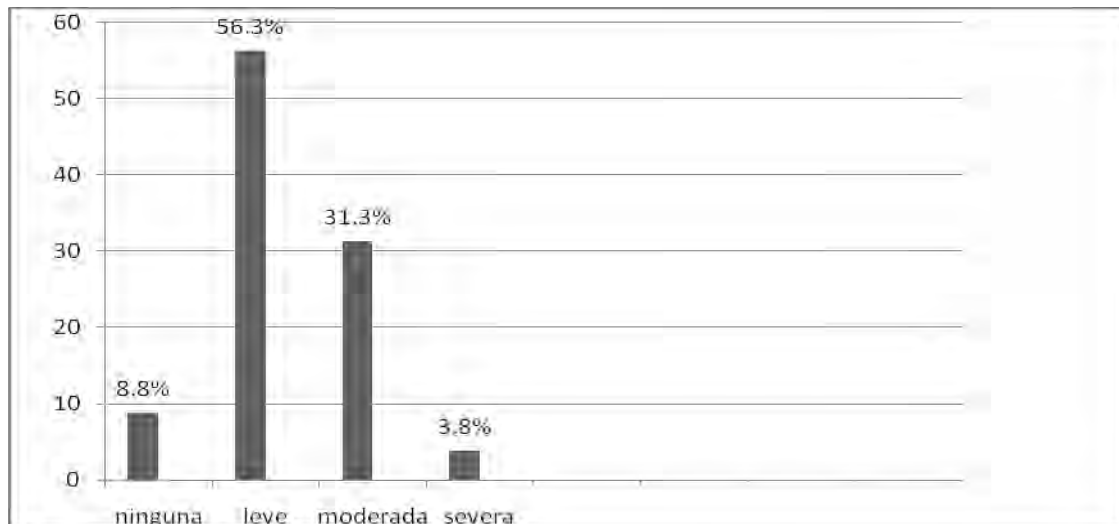
Dentro de las variables que se estudiaron en base a la escala de medición WOMAC en cuanto se refiere a evaluar la escala de dolor la cual consta de 5 ítems se reportaron dichos resultados en las siguientes graficas

Evaluación del dolor

3.6. Por lo que respecta al dolor al caminar en una superficie plana se observó un 56.3% de grado leve el resto de los resultados se observa en el grafico 1

GRÁFICO 1

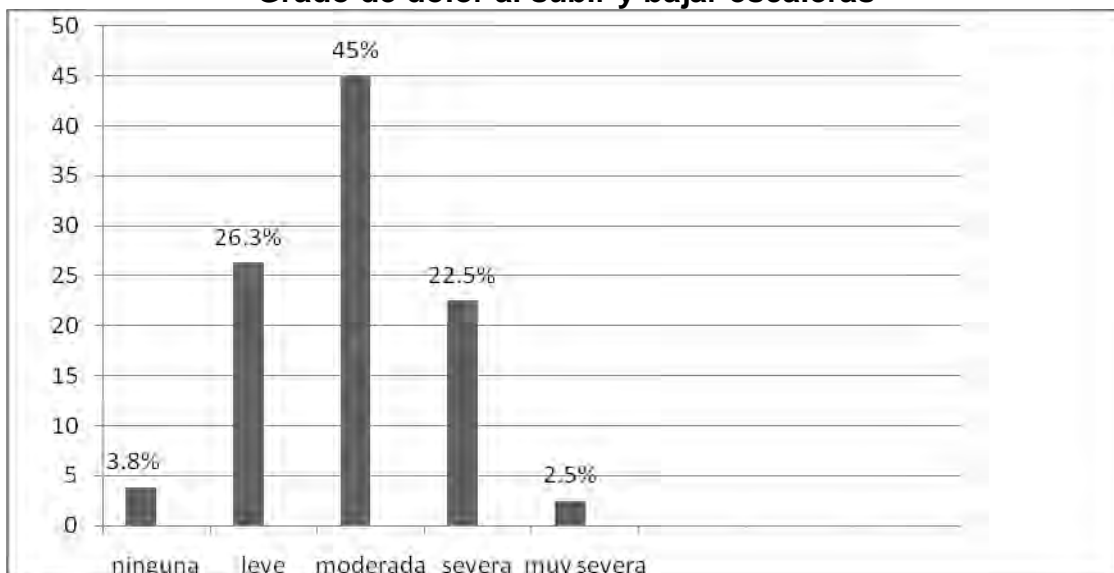
Grado de dolor al caminar en una superficie plana



Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.7. En cuanto al grado de dolor al subir y bajar escaleras solo un 2.5% respondieron a grado de muy severo el resto se puede observar en el siguiente gráfico

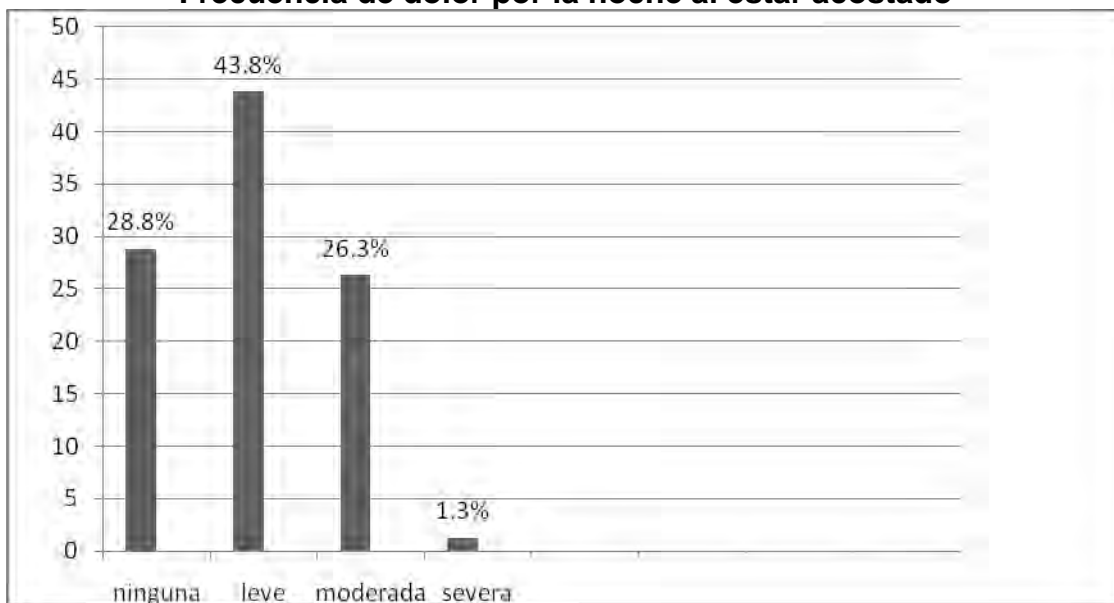
GRÁFICO 2
Grado de dolor al subir y bajar escaleras



Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.8. En lo que se refiere a la frecuencia de dolor por la noche al estar acostado se observó que la mayoría respondió a un grado leve con un 43.8% el resto se observa en el grafico 3

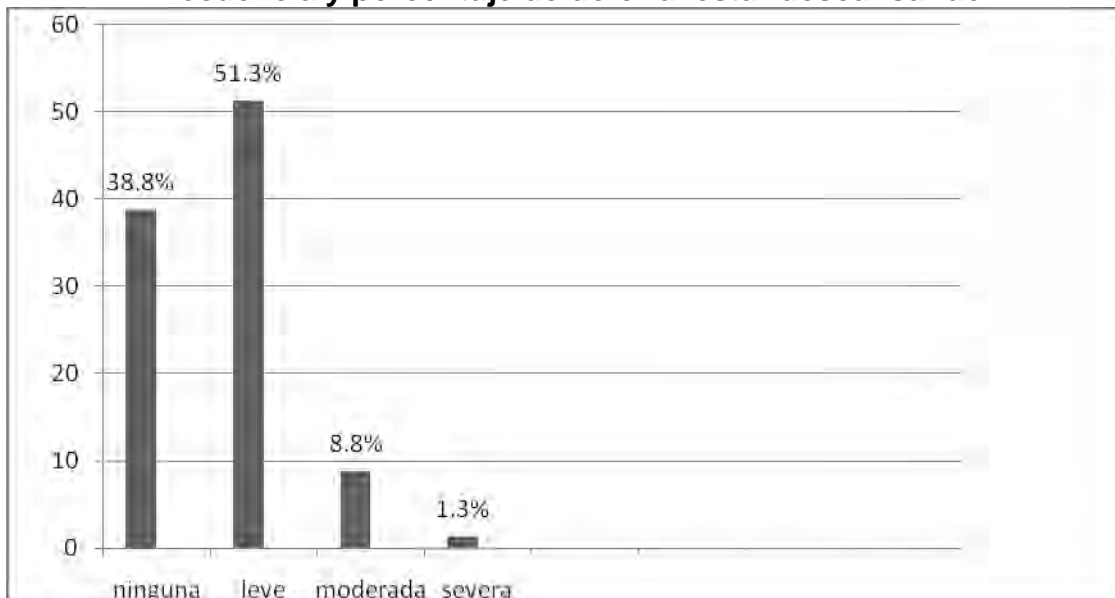
GRÁFICO 3
Frecuencia de dolor por la noche al estar acostado



Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

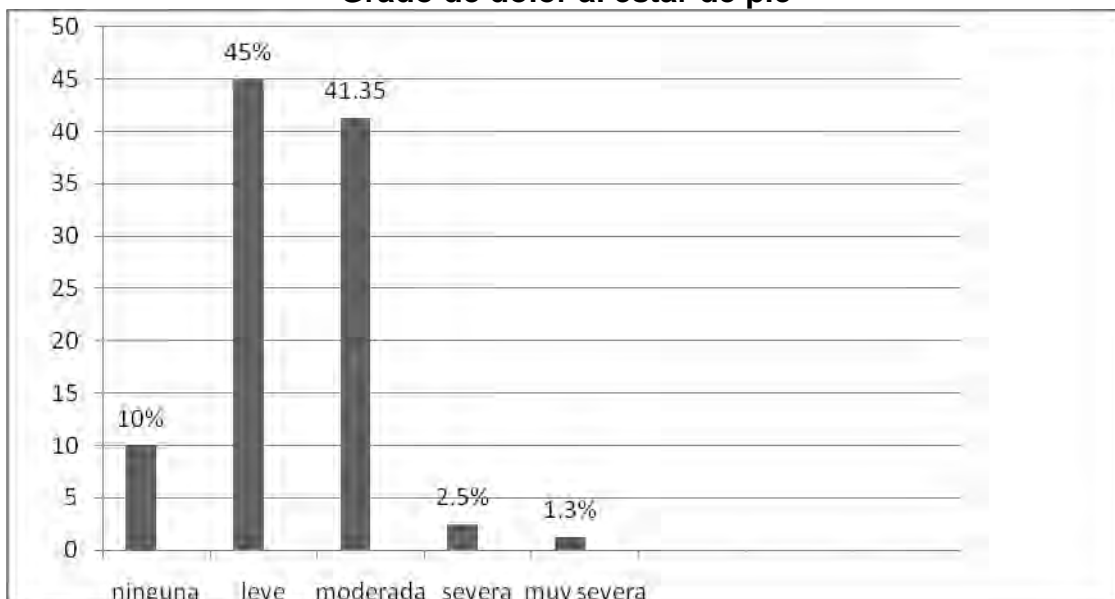
3.9. En la siguiente gráfica se observa que la mayoría respondió con un 51.3% a un grado leve en cuanto el dolor al estar descansando el resto de los resultados se observa en el siguiente grafico

GRÁFICO 4
Frecuencia y porcentaje de dolor al estar descansando



Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE
 3.10. En cuanto al grado de dolor al estar de pie solo un 1.3% respondieron a grado de dolor severo el resto se observa en la grafica 5

GRÁFICO 5
Grado de dolor al estar de pie



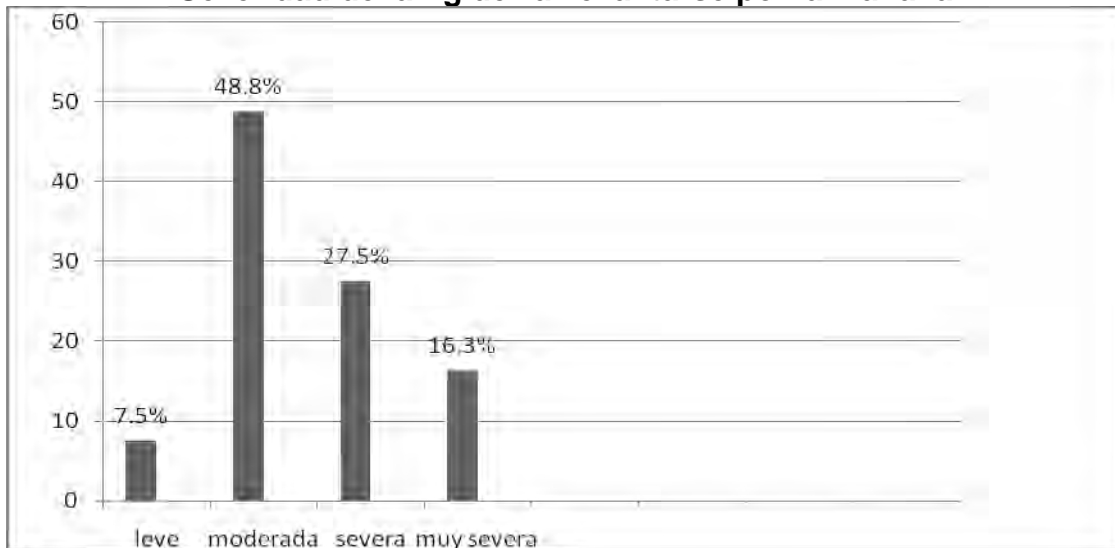
Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

En el segundo apartado de la encuesta que se aplico a las derechohabientes se evaluó el grado de rigidez con 2 preguntas las cuales los resultados que se obtuvieron se muestran en los siguientes gráficos

Evaluación de rigidez articular

3.11 Por lo que toca a la severidad de la rigidez al levantarse por la mañana solo un 7.5% corresponde a un grado leve el resto se observa en siguiente grafico

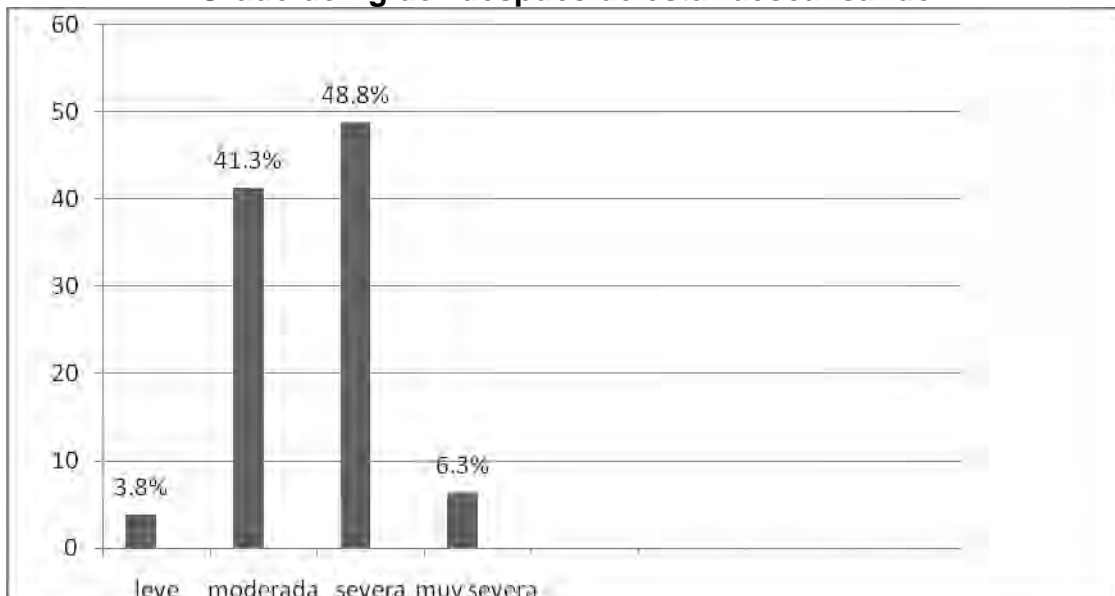
GRÁFICO 6
Severidad de la rigidez al levantarse por la mañana



Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.12. En la variable rigidez después de estar descansando la mayoría corresponde a un grado moderado con un 48.8%, el resto se puede observar en la siguiente gráfica

GRÁFICO 7
Grado de rigidez después de estar descansando



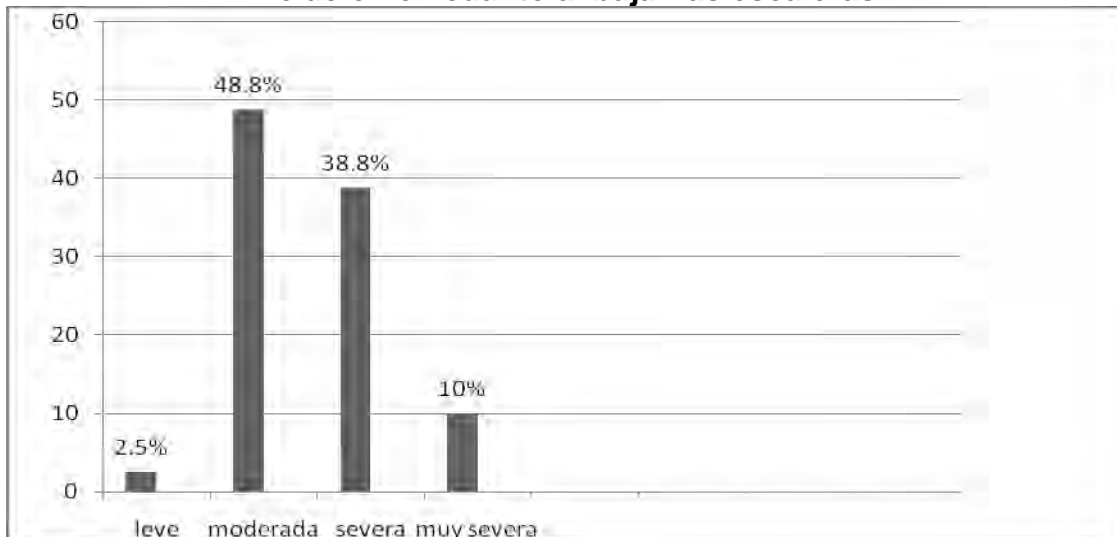
Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

En el tercero y último apartado de la escala que se aplico a las derechohabientes correspondió a la capacidad funcional la cual consta de 17 preguntas de la cuales a continuación se arrojan los resultados en gráficos

Capacidad funcional

3.13. En cuanto a la relación de bajar escaleras solo un 2.5% no tuvieron dificultad para realizar dicha actividad el resto de los resultados de observa en el siguiente gráfico

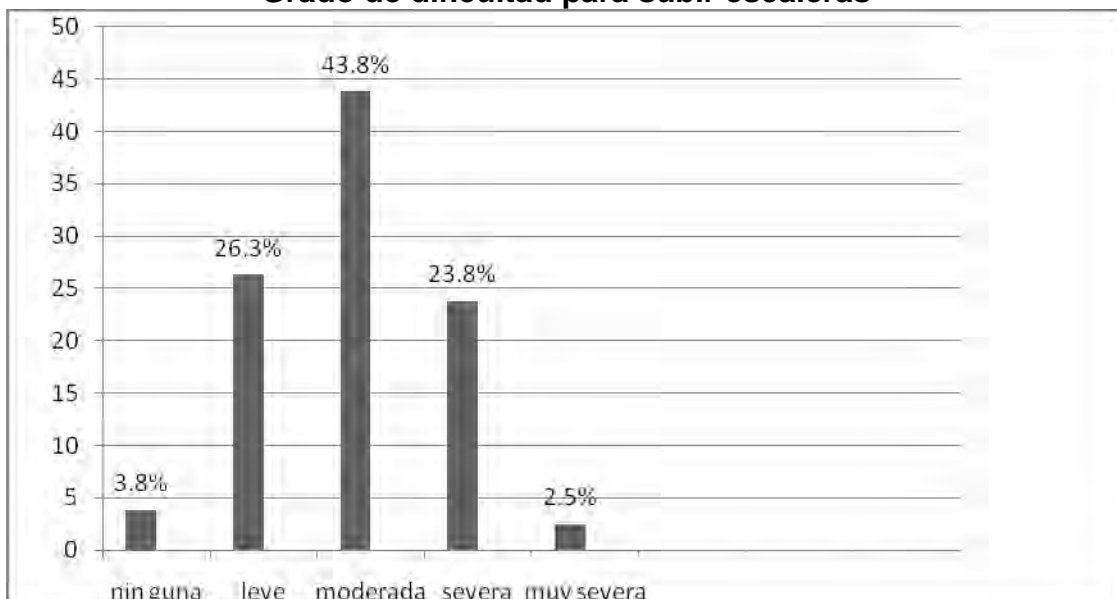
GRÁFICO 8
Relación en cuanto al bajar las escaleras



Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.14. En la siguiente gráfica se observa el grado de dificultad para subir escaleras solo un 3.8% no tuvieron ningún grado para realizar dicha actividad en comparación para bajar el resto de los resultados se observa en el gráfico 9

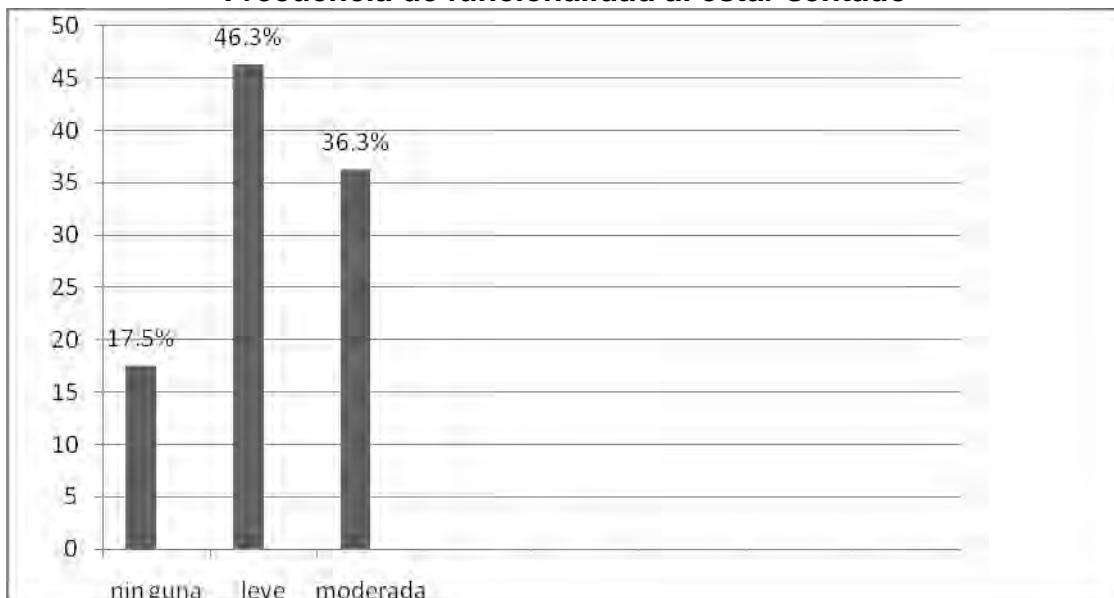
GRÁFICO 9
Grado de dificultad para subir escaleras



Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.15. Por lo que respecta a la funcionalidad al estar sentado la mayoría respondió con grado leve el cual corresponde a un 46.3% el resto se observa en la siguiente gráfica

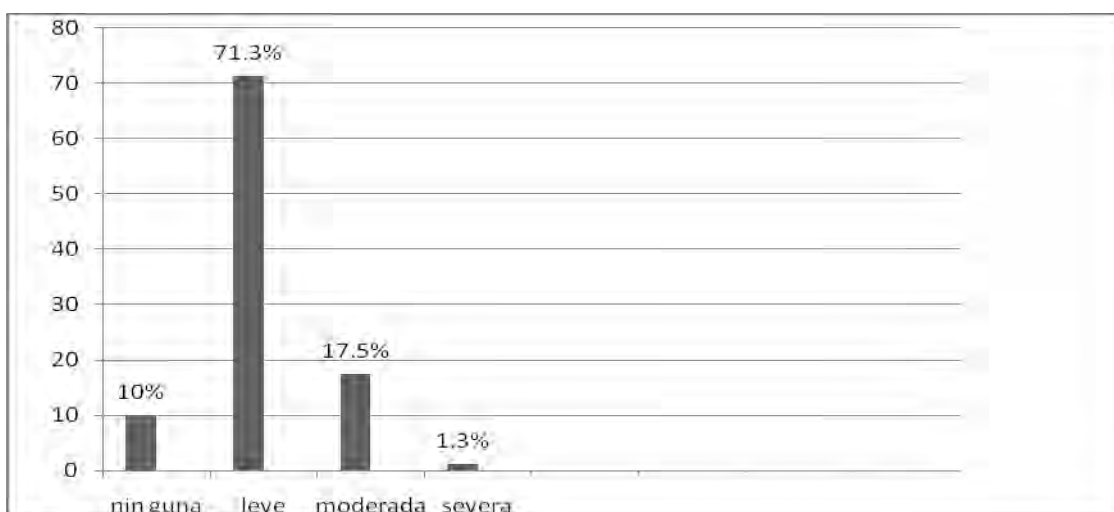
GRÁFICO 10
Frecuencia de funcionalidad al estar sentado



Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.16. Por lo que toca al grado de dificultad para permanecer de pie se observó que la mayoría respondió a un 71.3% de grado leve en comparación con solo un 1.3% de grado severo como se puede observar en el siguiente gráfico

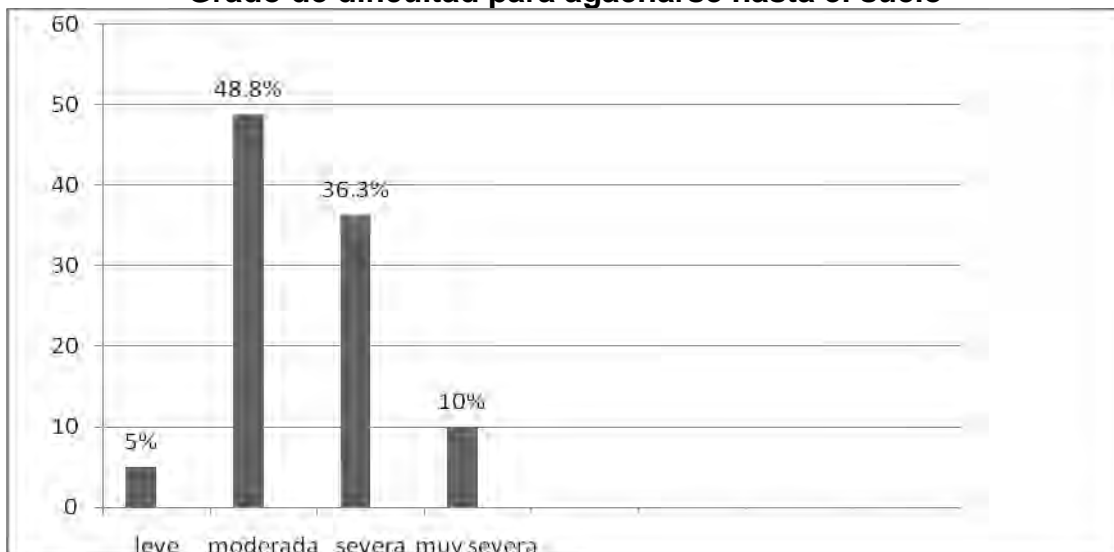
GRÁFICO 11
Relación al grado de dificultad para permanecer de pie



Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.17. En la siguiente grafica se observa la dificultad para agacharse hasta el suelo solo un 5% fue de grado leve seguido por un 10% de grado muy severo el resto se observa en el grafico 12

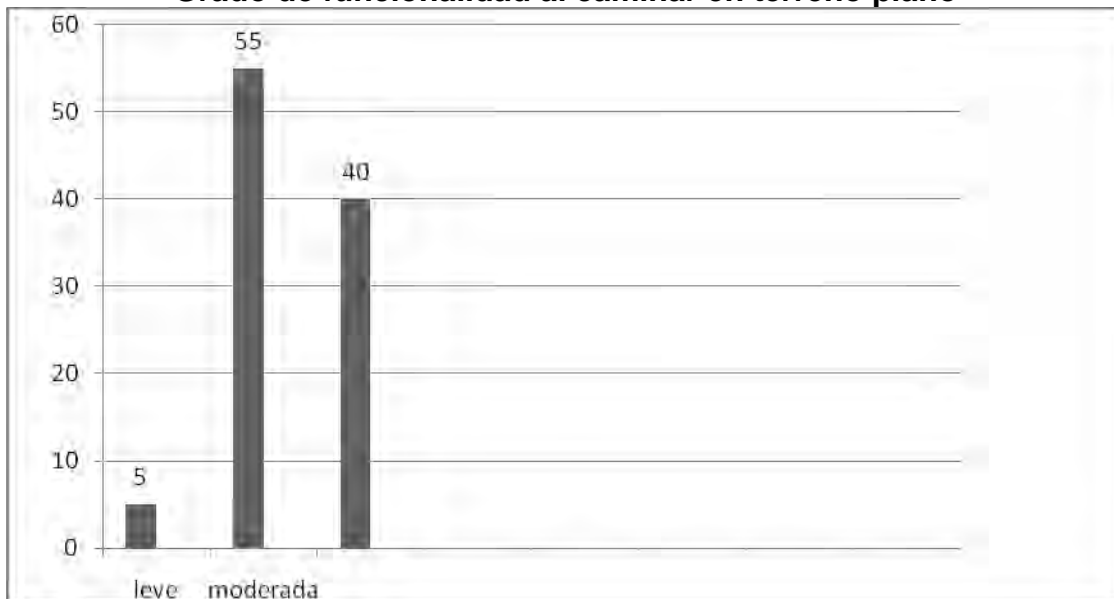
GRÁFICO 12
Grado de dificultad para agacharse hasta el suelo



Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.18. Por lo que toca al grado de funcionalidad al caminar en terreno plano la mayoría respondió a un grado leve con un 55% el resto se precia en el siguiente gráfico

GRÁFICO 13
Grado de funcionalidad al caminar en terreno plano

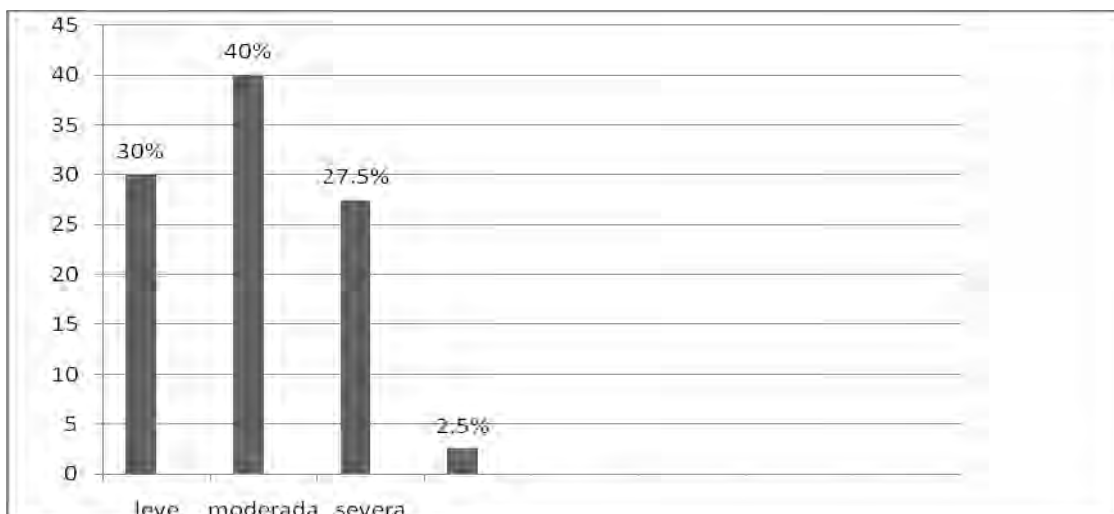


Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.19. En cuanto a la funcionalidad al entrar y salir de un automóvil los resultados fueron con un 40% grado leve en comparación con un 2.5% de grado severo el resto se puede apreciar en el gráfico 14

GRÁFICO 14

Evaluación de la funcionalidad al entrar y salir de un automóvil

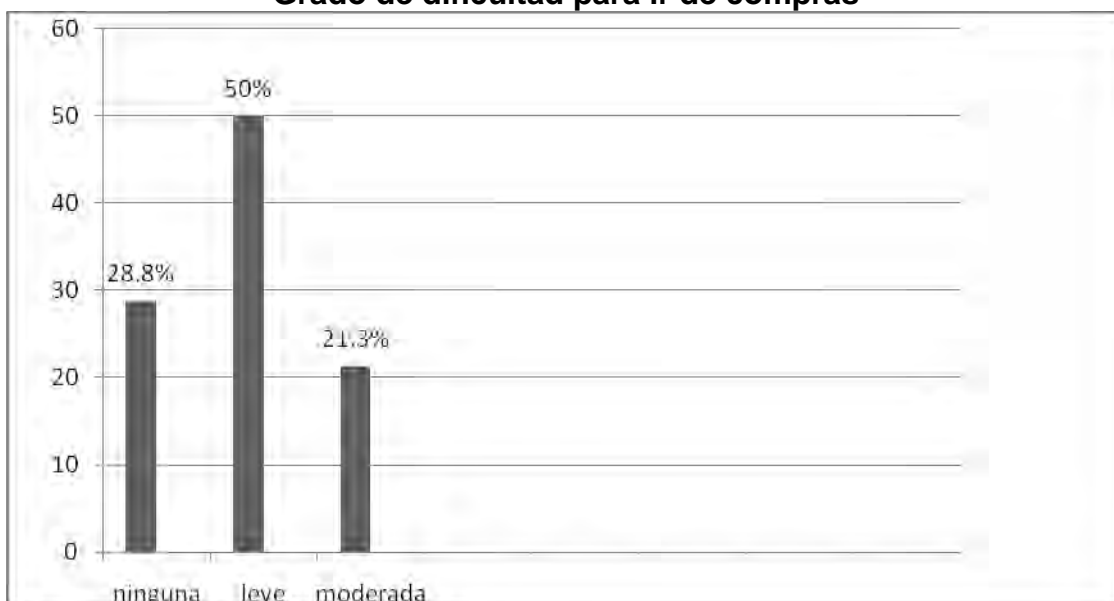


Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.20. En el siguiente gráfico en cuanto al grado de dificultad para ir de compras un 50% o sea la mitad de las pacientes encuestadas refirieron un grado leve en esta actividad la mitad se observa en la siguiente gráfica

GRÁFICO 15

Grado de dificultad para ir de compras

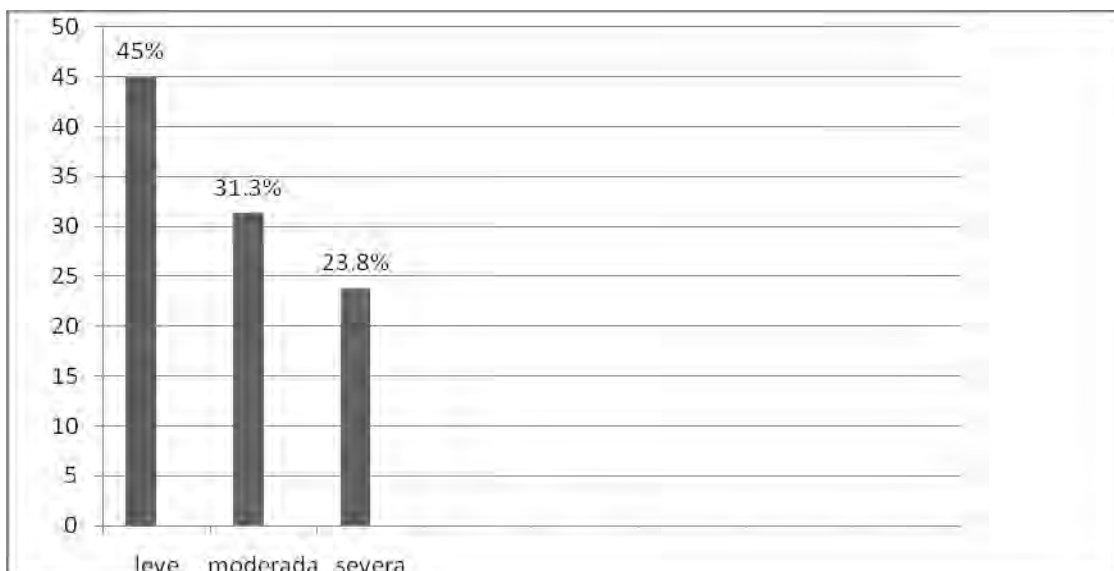


Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.21. En la variable grado de dificultad para ponerse calcetines o medias solo un 23.8% respondieron a un grado severo de dificultad el resto se observa en el grafico 16

GRÁFICO 16

Grado de dificultad para ponerse calcetines o medias

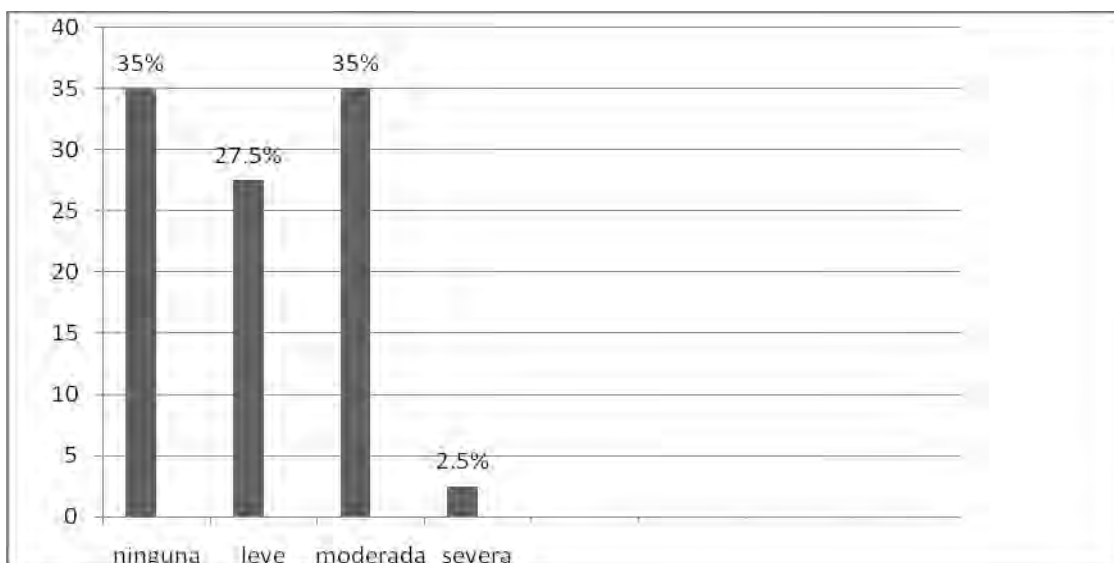


Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.22. Se observa en la siguiente tabla el grado de dificultad para levantarse de la cama con un solo 2.5% de grado severo seguido por un 27.5% de grado leve el resto se observa en el siguiente gráfico

GRÁFICO 17

Grado de dificultad al levantarse de la cama

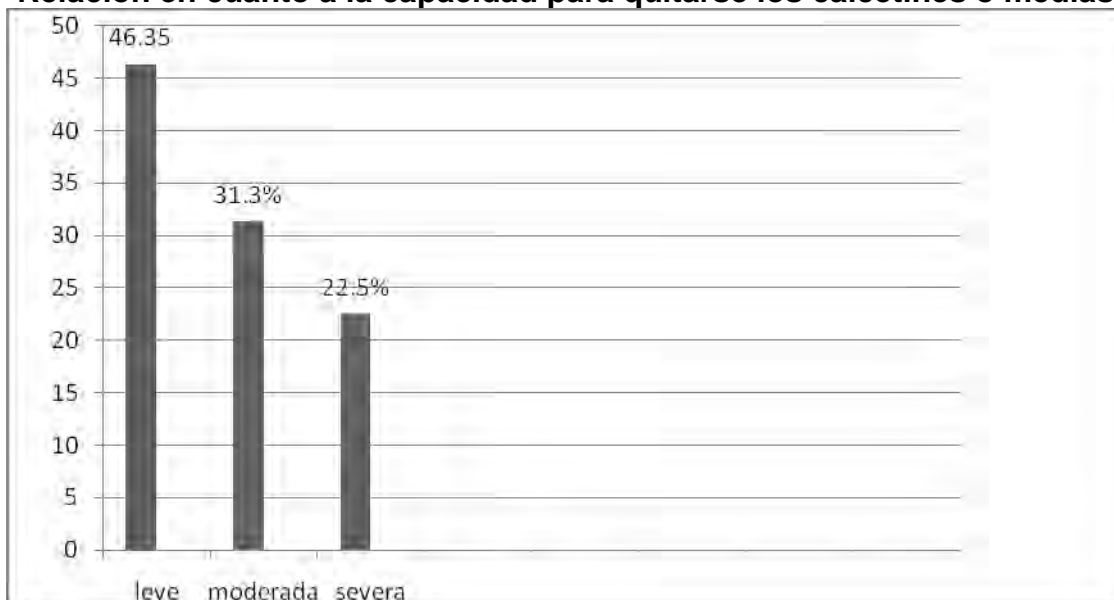


Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.23. Por lo que respecta a la capacidad para quitarse los calcetines se observó en comparación con el gráfico 16 corresponde a un grado severo con un 22.5% el resto se observa en el siguiente gráfico

GRÁFICO 18

Relación en cuanto a la capacidad para quitarse los calcetines o medias

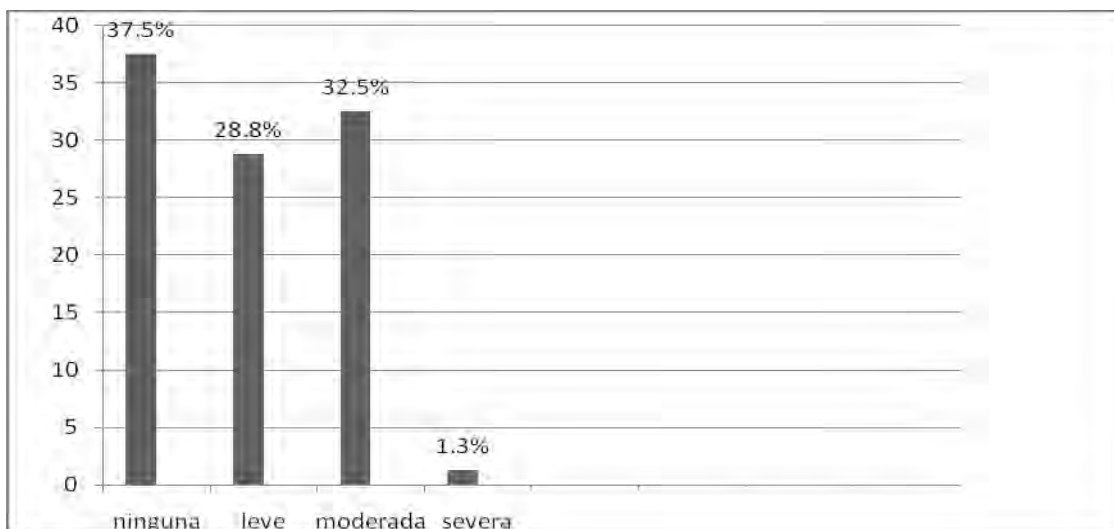


Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.24. En la siguiente gráfica se observa el grado de dificultad para acostarse en una cama el cual solo 1.3% corresponde al grado severo el resto se precia en el gráfico 19

GRÁFICO 19

Grado de dificultad para acostarse en una cama

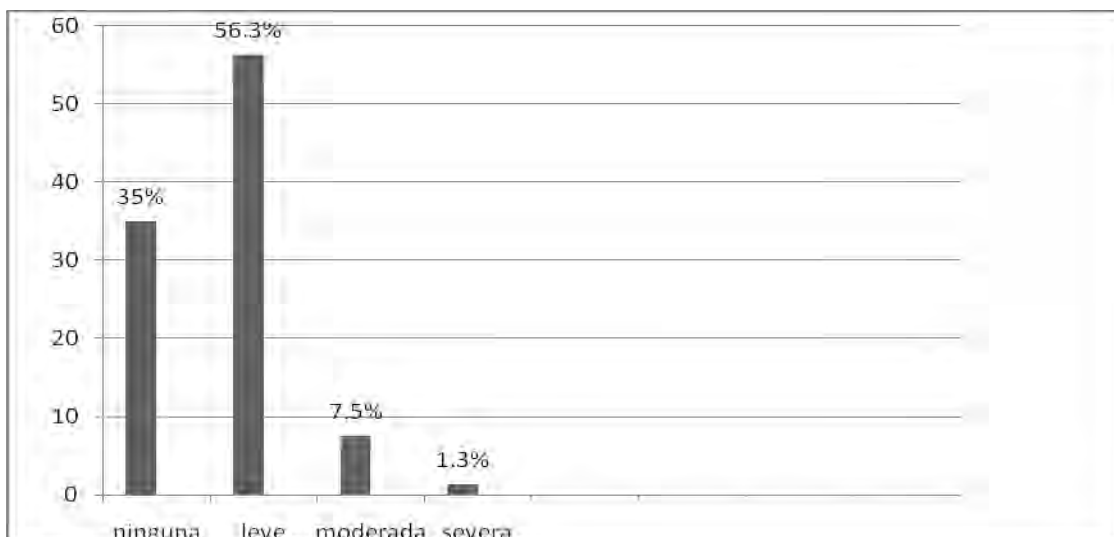


Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.25. En lo que se refiere para bañarse las pacientes encuestadas respondieron con solo 1.3% tienen un grado de severidad el resto de los resultados se aprecian en el siguiente gráfico

GRÁFICO 20

Relación en cuanto al grado de dificultad para bañarse

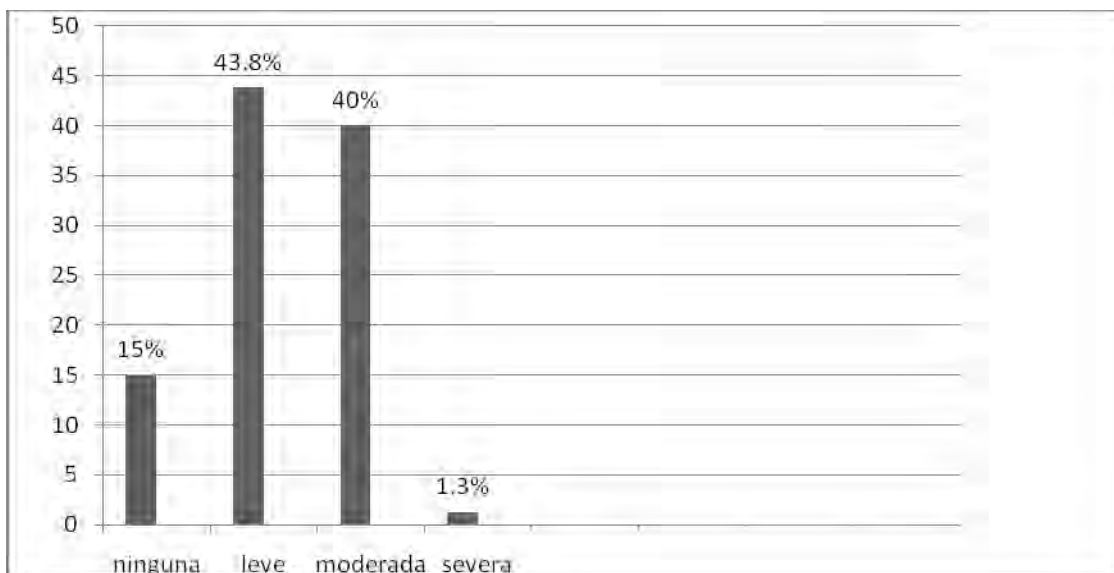


Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.26. En la siguiente gráfica se observa el grado de dificultad para sentarse en una silla se observó solo un 1.3% de severidad en comparación de un 43.8% respondieron a un grado leve como se puede observar en la siguiente gráfica

GRÁFICO 21

Grado de dificultad para sentarse en una silla

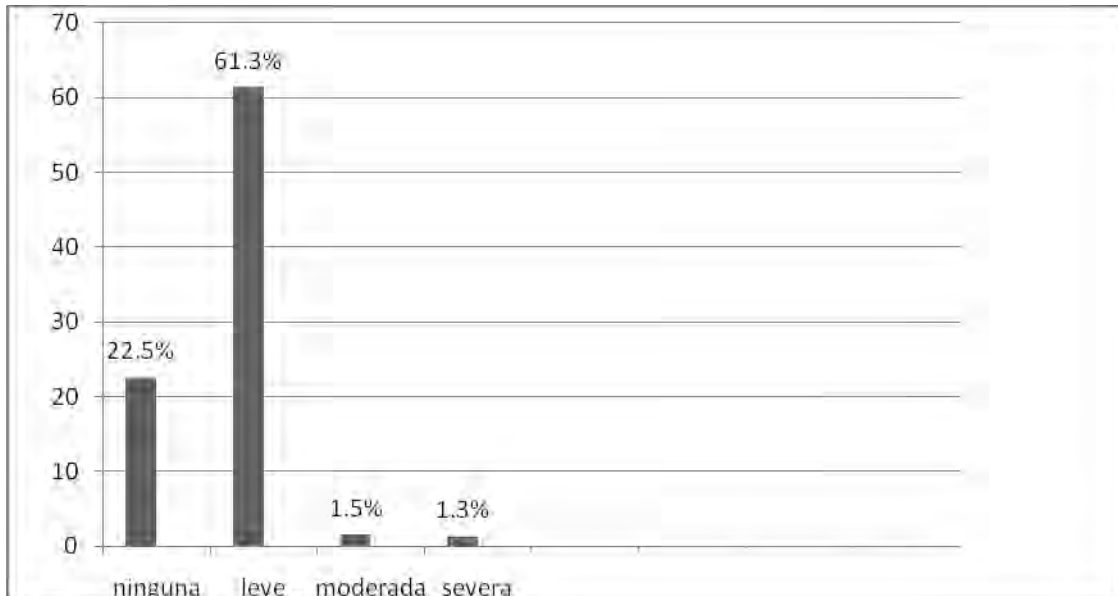


Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.27. Por lo que respecta la frecuencia de la capacidad para levantarse del WC los resultados arrojaron que un 61.3% corresponde a un grado leve el resto de los resultados se aprecia en la siguiente gráfica

GRÁFICO 22

Frecuencia de la capacidad funcional para levantarse del WC

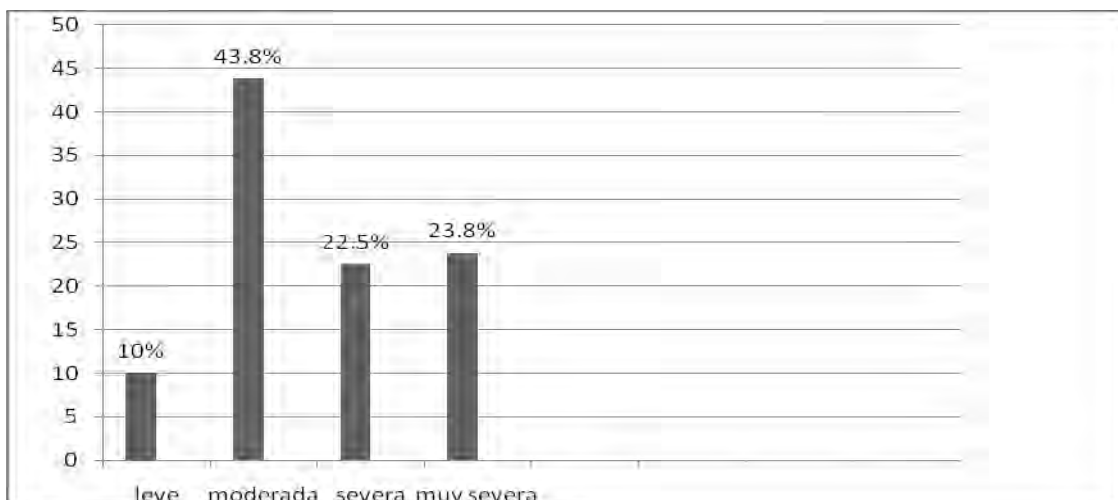


Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.28. En cuanto a la siguiente variable se observó el grado de dificultad para realizar trabajo domestico pesado solo un 10% respondieron a un grado leve el resto de los resultados se observan en el grafico 23

GRÁFICO 23

Grado de dificultad para realizar trabajo doméstico pesado



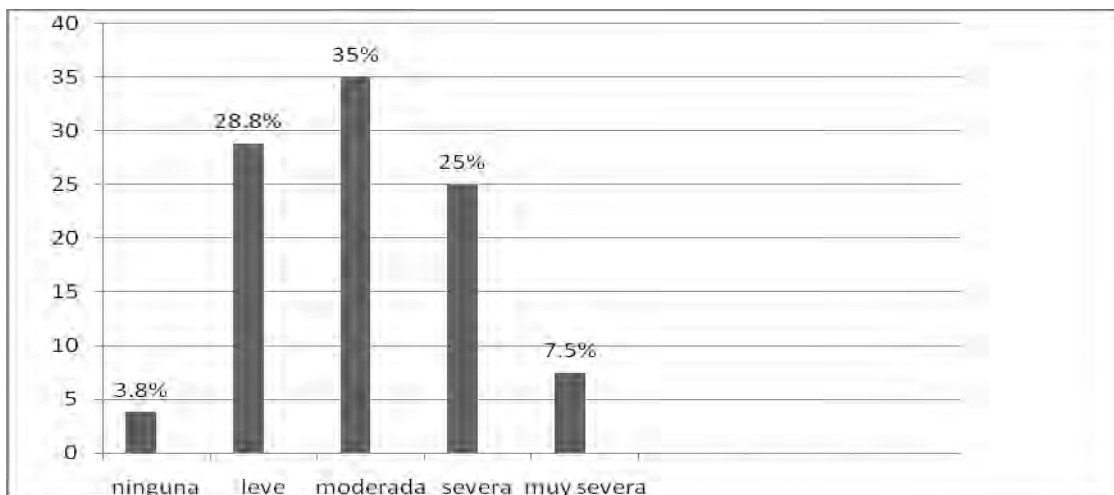
Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

3.29. En el siguiente gráfico se observó el grado de dificultad para realizar trabajo domestico ligero se observó un 28.8% de grado leve en comparación con el

trabajo domestico ligero en la grafica anterior el resto de los resultados se observan en el ultimo gráfico

GRÁFICO 24

Evaluación del grado de dificultad para realizar trabajo doméstico ligero



Fuente: Encuesta WOMAC aplicada en la CMF Marina Nacional del ISSSTE

4. DISCUSIÓN

La Osteoartrosis siendo una enfermedad que cursa con dolor y limitación funcional progresiva constituye, además de un motivo habitual de consulta médica, es causa frecuente de deterioro de la Calidad de Vida del individuo asociada a su salud, según la literatura internacional es más frecuente entre los adultos de 55 a 74 años de edad y predomina en el sexo femenino con una relación 4:1 ⁽⁴⁾

Hasta la quinta década muestra un comportamiento similar en ambos sexos para predominar marcadamente en el sexo femenino por encima de los 60 años, fenómeno probablemente asociado a influencias hormonales ⁽¹³⁾

En el presente trabajo se observó que la Osteoartrosis es una patología que afecta más a la sexta década con un predominio del sexo femenino la rigidez es el síntoma principal en todos los pacientes produciendo deterioro de la calidad de vida afectando también aspectos como: dolor y capacidad funcional.

En el presente estudio se obtuvo que las 80 encuestas aplicadas fueron 79 mujeres 1 un solo hombre esto es por dos situaciones de acuerdo a la literatura la OA en mas frecuente en el sexo femenino relación 4:1 con respecto al sexo masculino y la revisión de hojas diarias se encontró un solo hombre diagnosticados de primera vez con dicha enfermedad. Se puede observar en un estudio realizado por Oliveria y Felson ⁽²¹⁾ en donde la incidencia fue en aumento con la edad y mayor en las mujeres que en los hombres especialmente después de los 50 años de edad.

En cuanto a la incidencia se reporta un 6.3% de la población diagnosticada en un año la literatura estudiada menciona en estudios realizados en Latinoamérica y Europa la incidencia va de un 2.3 hasta un 5.2% aproximadamente según dos estudios realizados en Cuba por Bennett y Cardel..

La mayor parte de las pacientes entrevistadas fueron jubiladas con un 37.5%, las amas de casas fueron el segundo grupo con un 33.8% y el resto fueron empleados activos con un 28.8% respectivamente, al igual que un estudio realizado en cuba por la Dra. Clavijo Castro el cual las mujeres jubiladas

mostraban mayor afectación⁽²²⁾, produciendo deterioro de la calidad de vida, alteraciones psicológicas como ansiedad o depresión.

En cuanto se refiere a la escolaridad la principal fue de nivel secundaria con 47.5% seguido de técnico o bachillerato con 27.5% quedando primaria y profesional con un 12.5% respectivamente, esto es de importancia ya que en un estudio en Nicaragua menciona que un nivel educativo bajo propicia a la aparición de un síndrome depresivo, así también es un indicador social que ayuda al paciente a entender su patología y las indicaciones médicas.

En relación al estado civil se puede observar que la mayoría de las pacientes encuestadas corresponden a estado civil de casadas con 73.8%, siendo el de menor porcentaje el de separada y soltera con solo 1.3%. esto es un punto favorable en cuanto al estado civil ya que en estudios se ha observado que las personas separadas, solteras o viudas tienen un alto porcentaje de presentar depresión.

En cuanto se refiere a las enfermedades crónicas degenerativas el 78.8% de las pacientes no padecen diabetes mellitus así como hipertensión arterial con 70% respectivamente, con estos resultados se puede obtener resultados favorables ya que en la literatura indica que las tres principales enfermedades crónicas relacionadas con depresiones y problemas interpersonales son la DM la HAS así como enfermedades reumatoideas.

En cuanto al instrumento de trabajo que se aplicó (escala funcional WOMAC) los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

En relación al dolor el cual constó de 5 preguntas se obtuvieron los siguientes porcentajes de las derechohabientes encuestadas:

En cuanto al dolor al caminar en superficie plana 56.3% de las encuestadas respondieron dolor leve siendo solo 3.8% dolor severo.

Los siguientes resultados en cuanto dolor al subir y bajar escaleras los resultados fueron los siguientes: 45% dolor moderado en contraste con 2.5% dolor muy severo.

Se obtuvo un 43.8% de dolor leve por la noche al estar acostado así como un 53.3% de dolor también de grado leve al estar descansando.

Las derechohabientes contestaron en la última pregunta que se les aplicó acerca del dolor al estar de pie el cual se obtuvo un 45% de dolor leve siendo un solo 1.3% de dolor muy severo.

En cuanto al dolor en las fuentes revisadas es la principal causa de discapacidad, aislamiento así como alteraciones del sueño en este tipo de pacientes sin embargo en la investigación realizada el dolor no fue el de mayor importancia lo cual significa que en estas variables no hubo predominancia en cuanto a la presencia de dolor como principal alteración.

Los resultados de las 5 preguntas que se aplicaron a las derechohabientes 4 de ellas correspondieron a dolor leve en cuanto a la enfermedad estudiada podemos deducir que el dolor no es tan incapacitante para realizar sus actividades diarias, como en un estudio en donde el dolor es la causa principal de discapacidad y afectación en la calidad de vida.⁽¹⁶⁾

Analizando el siguiente apartado que corresponde a la rigidez se les aplicó a las derechohabientes dos preguntas las cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto al grado de rigidez al levantarse por la mañana y después de estar descansando se observó un porcentaje en ambos casos de 48.8% de rigidez moderada que puede ser más incapacitante para las actividades que realizan las derechohabientes en su vida diaria.

En el último apartado de la encuesta se reportaron los siguientes resultados los cuales corresponden al grado de dificultad o a la capacidad funcional que presentaron las pacientes:

En lo que se refiere dificultad para bajar escaleras se obtuvo un resultado 48.8% de dificultad leve en comparación con dificultad al subir escaleras con un 43.5% de dificultad moderada, esto conlleva al riesgo de caídas o problemas al realizar esta actividad.

En relación a la dificultad al levantarse al estar sentado 46.3% respondieron al grado leve; la dificultad para permanecer de pie se obtuvo un 71.3% de grado leve. Esto se pudo obtener en pacientes que aun tienen actividad laboral y pueda repercutir en el tipo de actividad en donde se encuentren y aumentar así el grado de dificultad que pudieran presentar.

Para agacharse hasta el suelo se obtuvo un 48.8% de dificultad moderada, en cuanto dificultad al caminar en terreno plano se obtuvo un 55% de grado leve, para entrar y salir de un automóvil el grado de dificultad fue leve con un 40%, para ir de compras se reporto un 50% de dificultad leve, para ponerse los calcetines o medias se obtuvo un 45% de dificultad leve al igual que la dificultad al quitarse los calcetines o medias el cual también fue de grado leve con 46.3% respectivamente, esto conlleva a que los pacientes puedan depender de otras personas para poder realizar este tipo de actividades y no poder ya ser independientes.

En cuanto se refiere al grado de dificultad al levantarse de la cama se obtuvo el siguiente resultado con un 35% de grado moderado respectivamente en contraste para acostarse en una cama 37.5% de las derechohabientes respondieron no tener ningún grado de dificultad.

El resultado obtenido a la dificultad para bañarse fue de grado leve con un 56.3% respectivamente.

Se obtuvo un resultado de 43.8% de dificultad leve al sentarse en una silla al igual que al sentarse y levantarse del WC con dificultad leve con un 61.3% respectivamente.

En cuanto para realizar el trabajo domestico pesado y ligero los resultado obtenidos fueron los siguientes en ambos casos se reporto dificultad moderada con un 43.8% y un 35% respectivamente.

En este último aparatado no se observo resultados de riesgo moderado a severo lo que significa que los pacientes diagnosticados aún pueden realizar sus actividades cotidianas como el bañarse ir al WC acostarse o levantarse de una cama sin ayuda ya que esto repercute en sus relaciones interpersonales, en las

alteraciones del sueño así como en trastornos de tipo depresivo así como en aislamiento social.

En el presente trabajo se observa que la osteoartritis es una patología que afecta más a la sexta década de la vida en ambos sexos, con un predominio del sexo femenino, el dolor es el síntoma principal en todos los pacientes, produciendo deterioro en la calidad de vida, afectando también aspectos como : la movilidad, actividad cotidiana.

En la literatura se puede observar que las dimensiones mas afectadas en la calidad de vida fueron movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas y dolor,. Esta entidad (la OA), toda vez que produce grados variable de afectación que pueden transitar desde solo dolor y limitación hasta una importante imposibilidad del paciente para realizar sus actividades habituales, influye en la calidad de vida del individuo asociada a la salud pero no deja de afectar otros aspectos mas amplios como elementos sociales, familiares y económicos.

La evaluación de la calidad de vida constituye un reto contemporáneo para cualquier profesional, el presente estudio debe incluir como meta principal la valoración del bienestar de los pacientes aquejados de OA.

5. CONCLUSIONES

En este estudio se obtuvo lo siguiente que los derechohabientes encuestados correspondieron la mayoría al sexo femenino, un solo caso en lo que respecta al sexo masculino como lo indican diversos estudios sobre osteoartritis, la década más afectada es de 60 a 69 años de edad.

La mayoría de las derechohabientes encuestadas fueron jubiladas así como la escolaridad fue de nivel secundaria con un estado civil de casadas.

En cuanto a la encuesta aplicada a las derechohabientes se observó que la rigidez articular ocupó el primer lugar obteniendo un resultado de grado moderado no así el dolor el cual se obtuvo un grado leve y en cuanto a la capacidad funcional se obtuvo un resultado de leve a moderado ya que las preguntas aplicadas a las derechohabientes correspondían a varias actividades de su vida cotidiana.

El manejo de la osteoartrosis debería realizarse a nivel de medicina familiar, tanto en el aspecto preventivo, como en el del control y manejo conservador, educando al paciente en sus cuidados y actividades cotidianas y manejando esquemas de medicamentos, ejercicios, apoyos funcionales como rodilleras, bastones, andadores etc.

Con la aplicación de la escala funcional se pudo observar la mayor afectación de la enfermedad en los derechohabientes correspondió a la rigidez articular, seguida de la capacidad funcional así como por último el dolor con esto se podría iniciar el manejo de los pacientes en primer lugar en que conozcan la historia natural de la enfermedad, ofrecerles programas de autoayuda o de grupo, orientación acerca de la enfermedad, modificaciones del estilo de vida, aplicación de ejercicios, modificar factores de riesgo así como la utilización de bastones, rodilleras, andaderas etc. y llevarles un seguimiento para evaluar que tanto se modifica su calidad de vida en el transcurso de su enfermedad ya que se considera una enfermedad discapacitante, poder incluirlos en otros grupos de ejercicios y de rehabilitación con los que cuenta la clínica así como iniciar programas de autoayuda o clubs los cuales puedan mejorar de forma significativa no solo sus alteraciones físicas si no también con la ayuda del equipo con el que cuenta la clínica como es el caso de nutrición y el servicio de psicología para evitar el

deterioro del paciente y así poder ofrecerles una mejor calidad de vida posible. Y poder sobrellevar esta enfermedad discapacitante.

Ya que no se cuenta con estudios en la clínica de medicina familiar “Marina Nacional del ISSSTE sobre pacientes con OA se propone dar seguimiento en dichos pacientes sobre su calidad de vida con un enfoque no nada mas en cuanto al dolor a la rigidez y a su capacidad funcional si no en cuanto a la frecuencia de depresión en pacientes recién y no recién diagnosticados con dicha enfermedad y como esto se ve reflejado en la calidad de vida en estos pacientes.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ballesteros FJ, Palma S, Radrihan FA, Riedemann PG; Verdejo UL. Guía práctica clínica en Osteoartritis; Rev Reumat 2005; 21 (1): 6-19.
- 2.- Rodríguez SJ, Palomo VM, Bartolomé SB, Hornillos MC, Osteoartritis; Tratado de Geriatria para residentes; 2006; 689-696.
- 3.- Moreno C, Prada MD. Fisiopatología del dolor clínico; Asoc. Clin. Colom. Neur; 2005 (15): 10-21.
- 4.- De Pavía-Mota E, Larios MG, Briceño GC; Manejo de la Osteoartritis en Medicina Familiar y Ortopedia; Arch. Med. Fam 2005; 7 (3): 93-98.
- 5.- Álvarez López A, Casanova MC, García LY. Fisiopatología, clasificación y diagnóstico de las osteoartrosis; Rev Cub Ortp y Traumatol 2004; 18 (1): 41-46.
- 6.- Glav-Testino C, Medina E, Pando L, Castro F. Validación del WOMAC Perú, introducción y planteamiento del problema; Rev peruana de Reumatol 2006; 5 (1) 1-9.
- 7.- Mendoza AC. Situación actual de los padecimientos reumáticos; Rev. Med. Hosp. Gral. Mex 2006; 64 (1): 7-12.
- 8.-Rodríguez-Hernández JL. Osteomuscular and Rheumatic Pain; Rev. Soc. Esp. dolor 2005; 11: 94-102.
- 9.- Escobar A, Quintana JM, Bilbao A, Azkárate J, Guenaga JI. Validation of the Spanish Version of the WOMAC Questionnaire for patients with hip or knee osteoarthritis; Clín. Rheumatol 2006; 21: 466-471.
- 10.- Prieto FF, Zamura Casal. Mono y Poliartritis; Guías Clínicas 2004; 4 (35): 1-4.
- 11.- Mendoza HR, García AE. Utilidad de la diacereína/Meloxicam en osteoartrosis de rodilla y cadera; Acta Ortopédica mexicana 2005; 19 (4): 165-171.
- 12.- Irazoque PF. Celecoxib en el tratamiento de inflamación y dolor en Reumatología; Rev. Med. Hosp. Gral 2006; 64 (1): 16-19.
- 13.- Maestre JA. El dolor en el adulto mayor, Rev Colomb. Med 2006; 32 (4): 184-188.
14. - Altman RD, Hochberg MC, Moskowitz RW, Schnitzer TJ. Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines, recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee; Arthritis and Rheumatism 2006; 43: 1905-15.
- 15.- Gongora CY, Friol GJ, Rodríguez BE, González RJ. Calidad de vida en pacientes con Osteoartritis de cadera y rodilla; Rev Cub. Reumatol 2006; 8(4-10): 23-42.
- 16.- Serrano MAT, Ramírez PE, Diez GP. Evaluación de la calidad de vida en personas con osteoartrosis tratadas en CNR-Ortopedia, Rev. Mex. Med. Fis. Rehabil 2006; 13 (1): 14-19.

- 17.- Williams HJ, Wardur et al. Comparison of naproxen and acetaminophen in a two year study of treatment of osteoarthritis of the knee; *Arthritis Rheum* 2004; 36: 1196-206.
- 18.- Alarcón GA, Barreda AR. Celecoxib vs Naproxeno, eficacia y tolerabilidad en osteoartrosis. Estudio multicentrico comparativo, doble ciego, aleoterizado, *Rev. Mex. Reumat* 2006; 15: 95-105.
- 19.- Villanueva MD, Guzman MD, Toyos FJ, Navarro FD. Relative efficiency and validity properties of visual analogue vs. a categorical scaled version of the western Ontario and Mc Master Universities Osteoarthritis (WOMAC) Index: Spanish versions, *Ost research society int* 2005; 12: 225-231.
- 20.- Badley EM, Rasooly I, Webster GK. Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability, and health care utilization; findings from the 1990, Ontario Health Survey; *J. Rheumatol* 2004; 21(3):505-14.
- 21.- Clavijo LC, Evaluación de la calidad de vida de pacientes con osteoartrosis del policlínico N° 32 caja nacional de salud cochabamba 2007, *Rev. med. Soc. Cochabamba. Med. Fam.* 2010; 2 (1):14-20.
- 22.- Ruiz Pardo MA, Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica; *Pharmacoeconomics, Spanish Research Articles.* 2005; 2 (1): 31-43.
- 23.- Velarde EJ, Avila FC, Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex.* 2004; 44: 349-361.
- 24.- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Índices y escalas utilizados en ciertas tecnologías de la prestación ortoprotésica (Protetización del Sistema Osteoarticular)» AETS. Instituto de Salud «Carlos III». Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid, Noviembre de 2002.
- 25.- Fernández MA, Hernández TI, Hamui SL. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Editores de textos mexicanos 1era Ed. México; 2008 p. 221-41.
- 26.- MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con artrosis, leve, moderada Santiago: Minsal 2007.

7. ANEXOS
ESCALA FUNCIONAL WOMAC.
FECHA_____

FOLIO_____

Consentimiento de Participación Voluntaria (C.P.V.)

Consentimiento para participar en la encuesta de escala funcional WOMAC. En pacientes con enfermedad articular degenerativa.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta unidad medica, la información que usted proporciona mediante sus respuestas será de carácter confidencial, y obtenida de manera voluntaria. La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta Unidad Médica.

¿Aceptara contestarla? SI___ NO___

I. DATOS DE IDENTIFICACION.

- 1.-Edad: _____ años
2.-Ocupación: _____
3.-Escolaridad: _____
4.-Sexo: F_____ M_____
4.- estado civil: _____

II. DATOS DE ENFERMEDADES:

1.-Usted padece de:

a) Diabetes mellitus: si___ No___

En caso afirmativo cuanto tiempo lleva con la enfermedad y que tratamiento lleva:

2.- Usted padece de:

b) Hipertensión Arterial: si___ No___

En caso afirmativo cuanto tiempo lleva con la enfermedad y que tratamiento lleva:

3.- Usted padece de:

c) dolor articular: si_____ No___

En caso afirmativo cuanto tiempo lleva con la enfermedad y que tratamiento lleva:

III. EVALUACION DEL DOLOR.

Marque con una X el grado de dificultad que ha presentado en los últimos 2 días para realizar las siguientes actividades:

I. CUANTO DOLOR TIENE USTED:

1.-Dolor al caminar en una superficie plana:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

2.-Dolor al subir y bajar escaleras:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

3.-Dolor por la noche al estar acostado

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

4.-Dolor al estar descansando:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

5.-Dolor al estar de pie:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

II. QUE TAN SEVERA ES SU RIGIDEZ:

1.- Al levantarse por la mañana:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

2.-Después de estar sentado, descansando:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

III.- QUE GRADO DE DIFICULTAD PRESENTA USTED:

1.-Para bajar escaleras::

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

2.-Para subir escaleras:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

3.-Para levantarse al estar sentado:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

4.-Para permanecer de pie:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

5.-Para agacharse hasta el suelo:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

6.-Para caminar en terreno plano:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

7.-Para entrar y salir de un automóvil:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

8.-Para ir de compras:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

9.-Para ponerse calcetines o medias:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

10.-Para levantarse de la cama:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

11.-Para quitarse los calcetines o las medias:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

12.-Para acostarse en una cama:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

13.-Para bañarse:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

14.-Para sentarse en una silla:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

15.-Para sentarse y levantarse del WC:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

16.-Para hacer el trabajo domestico pesado:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()

17.-Para hacer el trabajo doméstico ligero:

Ninguna () leve () moderada () severa () muy severa ()