



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No. 2 NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

**CONCORDANCIA ENTRE CLÍNICA,
AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD Y ACTIVIDADES
INSTRUMENTALES DE LA VIDA COTIDIANA DEL
PACIENTE CON OSTEOARTROSIS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ULISES SÁNCHEZ RICO

ASESORES:

DRA. LIDIA BAUTISTA SAMPERIO

DR. RAÚL TOMÁS ARRIETA PÉREZ



MÉXICO, D.F.

JULIO 2008



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94

CONCORDANCIA ENTRE CLINICA, AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD Y
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA COTIDIANA DEL PACIENTE
CON OSTEARTROSIS

P R E S E N T A:

Ulises Sánchez Rico

Matrícula: 99364423

E-Mail: balrog1111@hotmail.com

Médico residente de 3er Grado del Curso de
Especialización en Medicina Familiar.

ASESORES:

Dra. Lidia Bautista Samperio

Matrícula: 5846404

E-Mail: lidia68007@hotmail.com

Dr. Raúl Tomás Arrieta Pérez

Matrícula: 8320616

E-mail: drarrieta@hotmail.com

2008

AUTORIZACIONES

Dra. Agustina Elena Vilchis Guízar
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dra. M^a Guadalupe Garfias Garnica
Coordinador Delegacional de educación en Salud

Dr. Marco Antonio Pagola Martínez
Director de la UMF 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Coordinador de Educación e investigación en Salud UMF 94

Dra. Lidia Bautista Samperio
Profesor Titular del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94
Asesor de tesis

Dr. Raúl Tomas Arrieta Pérez
Profesor Adjunto del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94
Asesor de tesis

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Dr. Raúl Arrieta Pérez y la Dra. Lidia Bautista Samperio por su apoyo para la realización de mi tesis.

Agradezco a mis padres y mi esposa el apoyo y paciencia para seguir con las metas que me he propuesto.

ÍNDICE

	Página
• Resumen	6
• Marco Teórico y Antecedentes científicos	7
• Planteamiento del Problema.	21
• Objetivos del Estudio.	22
• Expectativa empírica	22
• Identificación de Variables	22
• Definición conceptual y operacional de variables	22
• Diseño del estudio	23
• Universo de Trabajo	23
• Población y muestra de Estudio	23
• Determinación del tamaño de la muestra	23
• Tipo de Muestreo	23
• Criterios de selección de la muestra	24
• Procedimiento para integrar la muestra	24
• Hoja de recolección de información	24
• Descripción del Instrumento	24
• Descripción del Programa de Trabajo	25
• Consideraciones éticas del estudio	25
• Resultados.	26
• Análisis de resultados	26
• Conclusiones	28
• Sugerencias	29
• Anexos	30
• Bibliografía	47

CONCORDANCIA ENTRE CLINICA, AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD Y ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA COTIDIANA DEL PACIENTE CON OSTEOARTROSIS

Ulises Sánchez Rico¹ Lidia Bautista Samperio² Raúl Tomás Arrieta Pérez³
Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 94 del instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

RESUMEN

Antecedentes: Una consecuencia conocida de la enfermedad crónico-degenerativa es la limitación funcional progresiva en el individuo, hecho que debe ser evaluado por el profesional médico, siendo la auto percepción un elemento complementario importante.

Objetivo: Determinar la concordancia entre la evaluación clínica, auto-percepción de salud y capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida cotidiana en el paciente portador de osteoartritis.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo, transversal y ambilectivo, en 127 derechohabientes de la UMF. 94 del IMSS, de 40 y más años de edad, cualquier sexo, escolaridad y estado civil, con diagnóstico de osteoartritis y bajo consentimiento informado. Sometidos a la evaluación clínica para funcionalidad física, auto percepción con el Perfil de Auto percepción de salud de Nottingham y la Escala de Lawton Brody para actividades de vida cotidiana. Análisis con estadística descriptiva, determinación porcentual, medidas de tendencia central y dispersión, prueba de hipótesis Coeficiente de Concordancia W de Kendall, presentación de resultados en cuadros.

Resultados: De los 127 participantes, predominó el rango de 60 a 69 años de edad, una media de 64 ± 11 años; sexo femenino en 93(73.2%); escolaridad primaria; estado civil casado 85(67%). Evaluación clínica con limitación leve 106(83.5%); buena auto percepción de salud 127(100%) y conforme la escala de Lawton Brody, independencia en 122(96.5%), valor de Kendall 0.920

Conclusiones: Se observó una alta concordancia entre los datos de la evaluación clínica, auto percepción y la realización de las actividades de la vida cotidiana en el portador de osteoartritis.

Palabras clave: Osteoartritis, Perfil de Nottingham, Escala Lawton Brody, auto percepción de salud, vida cotidiana.

1 Médico Residente de Medicina Familiar. UMF. 94 IMSS-UMF 94.

2 Profesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF. 94 IMSS.

3 Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF.94 IMSS.

MARCO TEÓRICO

La Osteoartrosis cuya sinonimia es artrosis o enfermedad articular degenerativa, es un síndrome en el cual un grupo heterogéneo de mecanismos etiopatogénicos, muchas veces interrelacionados condicionan el debilitamiento del cartílago con la consecuente degeneración del mismo y la hipertrofia del hueso en los bordes articulares.⁽¹⁾ La prevalencia radiográfica de osteoartrosis es mucho mayor que la sintomática, se estima que el 40% de las personas con signos radiológicos de artrosis no presentan síntomas. Es la enfermedad reumática más común, siendo la segunda causa de incapacidad permanente después de la enfermedad cardiovascular. La prevalencia aumenta a partir de los 40 años de edad, siendo superior al 50% por encima de los 65 años, y más común en las mujeres a partir de los 55 años.^(1, 2)

La distribución de la enfermedad es universal, aunque se presentan diferencias geográficas, las cuales pueden deberse a errores de apreciación intra observador o a la utilización de criterios no comparables con el diagnóstico, además de factores genéticos o ambientales. La gonartrosis es la enfermedad degenerativa más frecuente e incapacitante de la sociedad actual. Hay diferencias poblacionales siendo más común en caucásicos, la osteoartritis es una enfermedad heterogénea con factores predisponentes genéticos y no genéticos para desarrollar la enfermedad.⁽³⁾

Actualmente en México de acuerdo con el XII censo de población 2000, uno de cada 15 mexicanos (7.3%) son mayores de 60 años de edad, esto conlleva que se deben enfrentar además de problemas de salud y pobreza, las consecuencias de una población que envejece a un ritmo preocupante.⁽⁴⁾

Para hablar de la clasificación de la Osteoartrosis (OA) se debe recordar dos grandes agrupaciones: la primera denominada “Primaria o Idiopática”; y la llamada “secundaria” ésta última representa una vía final común de varios procesos de diversas etiologías.

La OA primaria se clasifica a su vez como:

- 1) Localizada (p. ej., manos, pies, rodillas u otras localizaciones aisladas)
- 2) Generalizada cuando se afectan tres o más áreas locales.

La OA secundaria se clasifica como:

- 1) Postraumática
- 2) Congénita o del desarrollo
- 3) Metabólica (p. Ej., hemocromatosis, enfermedad por depósito de cristales)
- 4) Endocrina (p. Ej., Hiperparatiroidismo, acromegalia)
- 5) Relacionada con otras enfermedades óseas y articulares (infección, necrosis avascular)
- 6) Neuropática (p. Ej., tabes dorsal, siringomielia)
- 7) Relacionada con procesos diversos (p. Ej., congelación).

Entre las articulaciones afectadas con frecuencia se incluyen las interfalángicas, rodilla, cadera, acromio clavicular, subastragalina, primera metatarsfalángica, sacro ilíaca, temporomandibular y carpometacarpiana del pulgar. Es frecuente que no se afecten otras articulaciones, como las metacarpofalángicas, muñeca, codo y hombro.⁽²⁾

El American College of Rheumatology la subdivide según consideraciones anatómicas (idiopática) o etiológicas (secundaria). La artrosis idiopática incluye varias subcategorías según se localice en una o en varias articulaciones.⁽¹⁾

Artrosis idiopática. Aunque no se conoce su causa, se ha identificado cierto número de factores que pueden influir o participar en la génesis de la enfermedad o que al menos aumentan la probabilidad de desarrollar una artrosis⁽¹⁾ los cuales son los siguientes:

Edad: Según datos estadísticos, es el factor más estrechamente asociado a la artrosis, pero existen serios argumentos en contra de que el envejecimiento, por sí solo sea su causa. Sí es posible que las alteraciones del cartílago con el envejecimiento sean un buen sustrato para la artrosis.

Factores genéticos: La artrosis de las interfalángicas distales de las manos muestra una tendencia familiar muy pronunciada y es heredada de manera autosómica dominante en la mujer y recesiva en el varón. En la artrosis generalizada, la influencia genética es clara: la concordancia en gemelos monocigotos es del 43% en comparación con el 28% para los gemelos dicigotos. Es probable que, además del gen asignado a los nódulos de Heberden, existan otros más, de penetración variable, que determinen la susceptibilidad para la artrosis generalizada.

Sexo: La artrosis de manos y de rodillas es más frecuente en mujeres, mientras que la de caderas la es en varones. Por otra parte, las mujeres tienden a tener artrosis clínicamente más sintomática que los varones.

Obesidad: Según el estudio de Framingham, la obesidad, o bien otros factores asociados a ella, pueden causar artrosis de rodilla.

Estrógenos: La asociación entre sexo femenino, perimenopausia y obesidad sugiere un papel de las hormonas sexuales, posiblemente un exceso absoluto o relativo de estrógenos.

Traumatismos: Excluyendo los traumatismos importantes (una de las causas de artrosis secundaria), es probable que los micro traumatismos favorezcan la aparición o la progresión de ciertas artrosis. Los futbolistas y los bailarines tienen mayor riesgo de artrosis en los miembros inferiores, y los mineros y trabajadores con martillos neumáticos, de artrosis de codo.

Otros factores: Es posible que ciertas alteraciones anatómicas sutiles sean capaces de originar una artrosis. Se ha propuesto una hipótesis basada en la

naturaleza avascular del cartílago; la lesión de éste expondría proteínas de la matriz cartilaginosa a las células inmunocompetentes del medio sinovial, que no las reconocerían como autógenas. Otros factores (socioeconómicos, endocrinos) pueden influir en el curso de la artrosis idiopática, cuya etiología, como se ve, es multifactorial.

Las enfermedades que pueden motivar la artrosis alterando la integridad del cartílago, del hueso subcondral o sometiendo a la articulación a presiones o fricción anormales, son múltiples y no todas conocidas. Algunas de ellas pueden actuar conjuntamente en un individuo determinado. Por ejemplo, algunos de los que han sufrido una menisectomía total, pero no todos, desarrollan tardíamente una artrosis de rodilla, cuyo riesgo es más alto si el paciente tiene nódulos de Heberden, es decir, una predisposición a la artrosis por factores generales puede potenciar el efecto de un factor etiológico local.

La alteración mecánica o estructural de una articulación favorecerá el desarrollo de una artrosis después de traumatismos articulares agudos o crónicos, ciertas alteraciones congénitas o adquiridas de cadera (luxación congénita, enfermedad de Perthes, epifisiolisis, displasia o protrusión acetabular), displasia poliepifisaria y otras displasias de menor grado, o por secuelas de artritis infecciosas u otras inflamaciones articulares, enfermedad ósea de Paget, hemofilia y otras causas de hemartrosis, acromegalia, deformidades en varo o valgo de la cadera o rodilla, disimetrías manifiestas o hiper movilidad articular. La osteonecrosis aséptica de cualquier localización, especialmente la de la cabeza de fémur, de cualquier etiología, evolucionará inexorablemente hacia la artrosis a causa de la destrucción de la cabeza femoral, excepto en unos pocos casos que son diagnosticados y tratados muy tempranamente, posibilitando una reparación aceptable. Un subgrupo de pacientes con condrocalcinosis presenta una forma de artrosis particularmente agresiva, con localizaciones poco habituales (muñeca, hombro, metacarpofalángicas) y características radiológicas que difieren de la artrosis común: osteofitos y quistes óseos notables y mayor potencial destructivo. Es probable que el depósito de cristales de pirofosfato o de apatita en el cartílago tenga un papel agravante de la artrosis en ciertos pacientes.

De los elementos a considerar dentro del cuadro clínico, con excepción de algunas artrosis secundarias, los pacientes tienen más de 40 años, con un ligero predominio en las mujeres, las articulaciones habitualmente afectadas son rodillas, caderas, columna vertebral, interfalángicas distales (más raramente las proximales), trapecio-metacarpianos y primera metatarsofalángica. En ausencia de traumatismo u otras causas locales de artrosis, no existe compromiso de los hombros, muñecas, tobillos y codos.⁽¹⁾

Los síntomas locales son: dolor, rigidez, limitación de la movilidad, pérdida de función y deformidad. No hay síntomas ni signos de afección sistémica. Aunque hay formas poliarticulares, en general, la artrosis es pauciarticular (menos de 4 articulaciones). El comienzo es típicamente insidioso, no es infrecuente una falta de correlación entre la intensidad de los síntomas y el estadio radiológico de la

afección. El dolor que generalmente se manifiesta con el movimiento sobre todo si se asocia con soporte de peso suele ser la primera y principal manifestación que mejora con el reposo. Inicialmente puede mejorar después de un tiempo de ejercicio (dolor de puesta en marcha), pero más tarde el dolor aumenta cuanto más se utiliza la articulación afectada, puede ser nocturno y en reposo en las artrosis avanzadas, sobre todo en la coxartrosis.^(1, 2) La rigidez dura unos minutos, menos de media hora posterior a la movilidad, y aparece tras un período de inactividad para remitir rápidamente con el ejercicio. Los crujidos al mover las articulaciones traducen, cuando son finos, la pérdida de la regularidad de la superficie del cartílago artrósico, rugoso; cuando la abrasión articular es más importante, son más gruesos.⁽⁵⁾

Movilizando y palpando la articulación es posible medir la amplitud de los movimientos y localizar las áreas de mayor dolor; el aumento de volumen de algunas articulaciones artrósicas puede deberse a los osteofitos y al engrosamiento de la cápsula, a un derrame sinovial (rodilla) o a quistes mucoides en el dorso de las articulaciones interfalángicas. Son complicaciones tardías las deformidades en flexión y otras, las contracturas y la inestabilidad articular. En algunos casos la articulación puede presentar signos inflamatorios, que son la expresión clínica de una sinovitis reactiva a la fagocitosis de fragmentos de cartílago desprendidos a la cavidad articular o inducida por microcristales de apatita o de pirofosfato de calcio.⁽¹⁾

Se pueden diferenciar varios subgrupos de artrosis basándose en sus peculiaridades clínicas o su localización. Esta subdivisión no está libre, sin embargo, da cierto solapamiento entre algunos subgrupos, así puede encontrarse:

- a) **Artrosis de las articulaciones interfalángicas distales o nódulos de Heberden:** Predomina en mujeres, habitualmente con clara historia familiar, inicia en la 4ª década de la vida, en forma aguda, con signos inflamatorios y formación de quistes gelatinosos en el dorso de los dedos. Progresiva lentamente y termina por afectar todas las interfalángicas distales; se desarrollan nodosidades en el dorso de los dedos que pueden limitar la extensión y ocasionar desviaciones laterales de las falanges distales. A menudo los nódulos son indoloros, y requieren analgésicos sólo cuando causan dolor; constituyen más un problema estético que médico.
- b) **Artrosis de las articulaciones interfalángicas proximales o nódulos de Bouchard.** Mucho menos frecuente que la anterior, de la cual difiere por el engrosamiento más difuso de la articulación.
- c) **Artrosis trapecio-metacarpiano o rizartrosis del pulgar:** Puede asociarse a los nódulos de Heberden y de Bouchard. También es más frecuente en mujeres. Suele tolerarse bien, aunque en ciertos casos es muy dolorosa (típicamente al coger objetos pesados entre el pulgar y el índice). En estadios avanzados la base del pulgar se deforma, subluxándose. Para entonces, la articulación suele ser indolora.

- d) **Artrosis de rodilla o gonartrosis:** Es de comienzo habitualmente unilateral, con tendencia a bilateralizarse; predomina en las mujeres; puede ser Primaria o secundaria; su frecuencia se explica en parte por la interrelación compleja entre los compartimientos femorotibial y femorrotuliano. Otras causas de gonartrosis son las displasias, trastornos internos de la rodilla, meniscectomía, fracturas, osteonecrosis aséptica, artritis inflamatorias diversas y obesidad. El dolor de tipo mecánico se localiza en la cara anterior, interna o externa de la rodilla, a veces en el hueco poplíteo; se acentúa al bajar escaleras, al iniciar la marcha, durante ésta y en la bipedestación prolongada; es de intensidad variable y puede ser discreto durante largas temporadas. Los crujidos durante los movimientos son a veces audibles. Después de traumatismos o sobrecarga de la articulación puede aparecer un derrame sinovial, a veces de tal importancia como para generar un quiste poplíteo (o de Baker), el cual puede romperse y vaciar su contenido en la pantorrilla, originando un cuadro clínico que puede confundirse con el de una tromboflebitis.
- e) **En la artrosis femorrotuliana** son dolorosas la percusión de la rótula, la contracción contra resistencia de los cuádriceps y la palpación de las facetas rotulianas cuando se bascula y desplaza lateralmente la rótula. Al desplazar la rótula sobre los cóndilos se percibe un roce como de "cepillo". Para el estudio radiológico de esta articulación hay que solicitar incidencias axiales de la rótula a 30, 60 y 90° de flexión, además de las proyecciones habituales de frente y perfil. En la artrosis femorotibial es dolorosa la palpación de la interlínea y, a menudo, de la zona de inserción del tendón de la pata de ganso. La amplitud del flexo extensión se va limitando muy lentamente, con la consiguiente disminución de la función de la articulación.
- f) **Artrosis de cadera o coxartrosis** Debida a una alteración estructural de la cabeza femoral o del acetábulo (displasia, subluxación, enfermedad de Perthes, epifisiolisis, protrusión acetabular) o por necrosis avascular de la cabeza del fémur, así como de la enfermedad de Paget, hiperostosis vertebral anquilosante, traumatismos o artropatías inflamatorias previas. El dolor mecánico puede ser continuo e intenso, se localiza en región trocánterea, con limitación a la marcha, con extremidad en posición antiálgica en rotación externa y flexión, cojeando ostensiblemente; se va manifestando una atrofia de los músculos de la raíz del muslo y los movimientos se limitan progresivamente, en particular la extensión y la rotación interna. Subir escaleras, ponerse los calcetines o cruzar las piernas resulta cada vez más difícil. Radiológicamente pueden distinguirse tres variedades de coxartrosis según la localización del pinzamiento en la interlínea: la supero externa (con mayor frecuencia secundaria a defectos anatómicos, de progresión más rápida), la concéntrica y la ínfero interna (de progresión más lenta).
- g) **Artrosis de la primera metatarsofalángica** Causa de dolor y rigidez del primer dedo (hallux rigidus). Las plantillas de descarga retrometatarsiana son muy útiles en el tratamiento, pero a veces esta artrosis requiere intervención quirúrgica.

- h) **Artrosis esternoclavicular y acromio clavicular** Relativamente frecuentes, suelen ser poco sintomáticas. La primera se manifiesta por un engrosamiento anterior debido a subluxación de la clavícula. La segunda es sobrevalorada con frecuencia como causa de dolor en el hombro.
- i) **Artrosis de codo.** Casi siempre secundaria a un trastorno previo o a traumatismos crónicos (mineros, carpinteros, martillos neumáticos).
- j) **Artrosis del hombro** En principio es siempre secundaria a rotura del tendón del supra-espinoso, osteonecrosis, traumatismo o artritis preexistente.
- k) **Artrosis generalizada idiopática** Tiene un marcado componente genético; se presenta típicamente en mujeres alrededor de la menopausia. Afecta las interfalángicas, trapeciometacarpiana, rodillas, articulaciones interapofisarias cervicales y lumbares y, a veces, la primera metatarsofalángica. Después de un comienzo más aparatoso que los demás tipos de artrosis, los síntomas remiten paulatinamente en la mayoría de los casos y aparecen deformidades de los dedos con poca repercusión funcional. A largo plazo, sólo una pequeña proporción de estos pacientes requiere tratamiento médico permanente o cirugía. A veces se produce anquilosis interfalángica. Aunque de etiología desconocida, existen datos que sugieren la influencia de factores hormonales e inmunológicos en su patogenia.
- l) **Artrosis erosiva de las manos** Existen signos inflamatorios y aparecen erosiones radiológicas en las articulaciones interfalángicas y en las trapeciometacarpianas de ambas manos, con rápida progresión de las lesiones en uno o dos años, para luego enlentecerse. La mano dominante suele ser la más afectada. A veces se acompaña de artrosis de rodillas y del raquis, lo que plantea la duda de si es realmente distinta de la artrosis generalizada idiopática o si la agresividad del proceso en las manos se debe a factores locales que se añaden a factores sistémicos. Para complicar la situación, una pequeña parte de estos enfermos desarrolla una artritis reumatoide.⁽¹⁾

La clasificación funcional permite llevar un control de la evolución de la enfermedad y la discapacidad consecuente. Los pacientes clasificados en los subgrupos I y II son de control por el médico familiar; en los subgrupos restantes se recomienda la valoración por el segundo nivel de atención. Los siguientes son criterios de clasificación de capacidad funcional en la osteoartrosis propuestos por Lee y Cols: I.Capacidad funcional normal; II.Dolor, limitación en la articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria; III.Dolor limitante; IV.Dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado; V.Limitación para el autocuidado y la alimentación.⁽⁶⁾

Pronóstico: La velocidad y la intensidad de la progresión de la artrosis son muy variables. En la mayoría de los casos, ésta evoluciona lentamente con períodos más sintomáticos que otros; incluso hay alguna evidencia de que puede detenerse en ciertas personas y en determinadas localizaciones (manos, rodillas). El porvenir de las artrosis sometidas a intensa sobrecarga parece peor, mientras que en las

otras es relativamente bueno. Existiría un dintel teórico por encima del cual la progresión de las lesiones conduce rápidamente a la destrucción articular. En la coxartrosis este dintel parece alcanzarse antes que en otras articulaciones.⁽¹⁾

La osteoartritis es la causa más común de dolor músculo-esquelético e invalidez, un 2% a 3% de la población adulta sufre permanentemente de dolor por osteoartritis. Existe cierta correlación entre la presencia de dolor con la gravedad de los cambios radiológicos y con los hallazgos al examen articular, como edema y crujidos en la rodilla, el 50% de las personas que tiene dichos cambios padece dolor la mayoría de los días. La osteoartritis es responsable de un gran gasto de los recursos de salud, mucho mayor que por Artritis Reumatoide. En EEUU el 50% de los reemplazos de cadera y el 60% de los reemplazos de rodilla se hacen por osteoartritis.

La complementación diagnóstica con determinaciones analíticas, generalmente resultan negativas, aunque se hace necesaria su realización para el diagnóstico diferencial y/o etiológico; cabe mencionar entre dichas estudios: el líquido sinovial artroscópico es de tipo mecánico: buena viscosidad, claro, con menos de 2×10^9 células/L (2.000 células/ μ l), de las cuales más del 75% son mononucleadas; a veces, el número de células puede ser mayor (hasta 8×10^9 /L), generalmente durante brotes inflamatorios inducidos por cristales cálcicos.⁽¹⁾

Los signos radiológicos cardinales son:

- a) Estrechamiento de la interlínea, por pérdida de cartílago.
- b) Osteofitos marginales.
- c) Esclerosis del hueso subcondral.
- d) Geodas o quistes yuxtaarticulares, frecuentes en la coxartrosis. No existe desmineralización ósea.

Archibeck ha clasificado la artrosis en 5 estadios, basados en las radiografías antero posterior de la rodilla con carga de peso⁽⁷⁾:

- I. Interlínea articular disminuida en altura al 50 % en el compartimiento afectado (habitualmente interno); normal en el opuesto.
- II. Desaparición completa de la interlínea del lado afectado, rodilla inestable; compartimiento opuesto indemne.
- III. Usura ósea inferior a 5 mm; rodilla más inestable y comienza a lesionarse el cóndilo femoral opuesto por acción de la espina tibial.
- IV. Usura ósea mayor, entre 5 mm y 1 cm; afectación notable del compartimiento contra lateral.
- V. Usura ósea superior a 1 cm; subluxación lateral de la tibia y lesión femorotibial global, que se extiende a la articulación femoropatelar.

Tratamiento

El dolor, la rigidez y la limitación funcional ocasionados por la artrosis son tratables. El objetivo será aliviar el dolor y mejorar la función articular; se considerarán el empleo de fármacos de primera línea tipo AINES, la descarga articular, la adaptación del modo de vida del paciente a su enfermedad, la dieta, el reposo y el ejercicio, los problemas laborales, psicológicos o sexuales (sobre todo en coxartrosis) y de la vida cotidiana que puedan presentarse, así como las indicaciones del tratamiento quirúrgico.⁽¹⁾

La sobrecarga de una articulación artrósica es desaconsejable, pero el paciente debe mantenerse activo, dentro de sus posibilidades. Son muy útiles los ejercicios de movilización articular en descarga. Si estos ejercicios aumentan moderadamente el dolor durante 1 hr, se permitirán; si el dolor durase 2 hr o más, o fuese intenso, hay que disminuirlos.

La actividad de una articulación artrósica debe ser la suficiente para mantener un margen de movilidad y un tono muscular lo más cercano a la normalidad, pero sin pretender actuar como si fuese normal. Existen folletos que indican los ejercicios apropiados para cada articulación; en las artrosis importantes es aconsejable la ayuda de un fisioterapeuta. Es mejor hacer varios paseos cortos que uno muy largo. Se evitarán la inmovilización prolongada, las escaleras y correr. Es recomendable efectuar pausas cortas de reposo escalonadas a lo largo del día, corregir la obesidad, utilizar calzado con suela blanda que amortigüe el impacto y un bastón en las artrosis de los miembros inferiores.

En la coxartrosis el paciente se acostará unos 30 min diarios en decúbito prono. El calor local puede ser de ayuda como norma general. Existen numerosos artilugios para facilitar las tareas domésticas y el cuidado personal.⁽¹⁾

El tratamiento farmacológico es meramente sintomático. Se prescribirá paracetamol como analgésico y capsicina tópica al 0,025-0,050%. Si esto no es suficiente, se utilizarán antiinflamatorios no esteroideos (AINE), en dosis generalmente inferiores a las empleadas en la artritis reumatoide. En mayor o menor grado, todos los AINE inhiben las prostaglandinas, y éstas desempeñan un papel importante en el mantenimiento del flujo renal y en la protección de la mucosa gástrica. Su inhibición provoca la erosión de esta última y puede desencadenar una insuficiencia renal en individuos con nefropatía subyacente (frecuente en el anciano), insuficiencia cardíaca, hepática o deshidratación, especialmente en edades avanzadas.

Las inyecciones intraarticulares de glucocorticoides (acetato de triamcinolona o metilprednisolona) están indicadas únicamente en los brotes agudos de la enfermedad, siempre que no se apliquen más de tres al año en una articulación y nunca en la cadera. Los glucosaminoglicanos sulfatados que se ofertan como condroprotectores y los hialuronatos para administración intraarticular necesitan todavía de estudios controlados a largo plazo en el hombre para confirmar su eficacia.

La cirugía está indicada cuando el dolor y la alteración de la función articular se acentúan, a pesar del tratamiento médico. Las osteotomías siguen teniendo sus indicaciones, pero en los últimos años se han producido avances importantes en el campo de las artroplastias (prótesis). Las artrodesis están indicadas sólo excepcionalmente en la artrosis. Las prótesis se reservan para los casos con dolor y limitación funcional importantes. La artroplastia total de cadera da buenos resultados en el 85% de los casos, aunque con el transcurso del tiempo pueden aumentar las complicaciones (desunión de la prótesis en el 24% e infección en el 0,5% a los 10 años). En la rodilla, la osteotomía tibial alta es muy efectiva en pacientes menores de 60 años con artrosis femorotibial interna; la osteotomía femoral distal está indicada en algunas artrosis femorotibiales con genu valgo. En la artrosis femororrotuliana, si existe una malposición rotuliana, está indicada la realineación de la rótula; la pateleotomía puede estar indicada en la artrosis femororrotuliana aislada. La prótesis total (tricompartimental) se reserva para las gonartrosis globales y graves, preferentemente en mayores de 60 años. El tratamiento quirúrgico de la rizartrrosis del pulgar suele ser la artroplastia, pero la artrodesis también tiene sus indicaciones.⁽¹⁾ La prevención sólo es posible en algunas de las artrosis secundarias.

Es crucial informar al paciente sobre su enfermedad y su curso oscilante, destacando que no lo conducirá a la invalidez inexorablemente. La asistencia al anciano requiere de una atención integral llevada a cabo por un equipo multidisciplinario, se ha destacado la importancia de los indicadores de salud percibida y la capacidad funcional en la evaluación del estado de salud de éste grupo etario; se ha relacionado con la utilización de los servicios de salud, la institucionalización, la pérdida de autonomía y la muerte.⁽⁸⁾

La osteoartritis afecta a toda la familia, los gastos originados por la osteoartrosis pueden ser importantes. Los costes directos de la terapia farmacológica (que pueden superar con facilidad los 60 dólares mensuales) se suman a la pérdida de ingresos por el tiempo dedicado a las consultas y la fisioterapia, las bajas laborales por incapacidad y las ausencias del trabajo relacionadas con la cirugía.⁽²⁾

La osteoartrosis puede impedir que una persona desempeñe su ocupación previa y, por lo tanto, la rehabilitación profesional representa un componente importante de la atención a los pacientes con esta enfermedad. El dolor y la incapacidad funcional causados por la osteoartrosis pueden contribuir al aislamiento social y la depresión. Las relaciones sexuales quizá se conviertan en difíciles y dolorosas, lo que aumenta las tensiones familiares.⁽²⁾

La transición demográfica que el país y en general el mundo entero está viviendo, en donde su población cada vez se hace mas longeva obliga al médico familiar a enfrentar una creciente demanda médico-asistencial en el geriátrico; se enfrenta pues a la disyuntiva de hacer una evaluación meramente clínica tradicional o bien abocarse de acuerdo a la filosofía de la especialidad a un abordaje mas integral del paciente que implica no solamente la historia clínica tradicional, sino deberá

extenderse a aspectos psicológicos, familiares, sociales, económicos, sin pasar por alto la disponibilidad de recursos en éstos mismos ámbitos, lo que hace reflexionar con que cuidadores cuenta ya que generalmente en esta época de la vida el paciente se encuentra en la fase de retiro, pensionado y muchas ocasiones solos.

De ahí que considerando toda ésta gama de posibilidades el médico debe conocer como está el paciente desde el punto de vista médico biológico, pero también como el se percibe con su o sus enfermedades, o simplemente con los cambios esperados de la misma edad, ya que con ello podrá establecer decisiones vitales en el manejo gerontológico apropiado, con lo que se espera mejorará la calidad de vida, disminuirá los efectos negativos de la enfermedad crónico degenerativa, retardará la discapacidad y el ingreso indiscriminado a los hospitales o a la consulta cotidiana. Al tener un manejo gerontológico apropiado se espera además el incremento de la precisión diagnóstica, prescripción razonada y notable disminución del dolor en relación a la carga emotiva que ocasiona al paciente la enfermedad crónica, su evolución y las entidades intercurrentes, lo que significaría una mejor y mayor supervivencia del anciano

La auto percepción de salud se considera un parámetro válido y aceptable para la medición del estado de salud en el paciente geriátrico, ha demostrado ser un buen indicador de la demanda de servicios sanitarios.

El que el individuo adopte el auto cuidado derivado del convencimiento de sus beneficios, o en ocasiones por la necesidad de realizarlo (por soledad) armoniza con lo propuesto institucionalmente para la promoción de la salud, mediante el auto cuidado el anciano puede ejercer mayor control sobre su salud, su micro ambiente y adquiere capacidades para optar por lo que le contribuya a su bienestar integral.⁽⁹⁾

Para tener una evaluación mas acorde con la realidad que el individuo con osteoartrosis vive en su cotidianidad, se cuenta con algunas herramientas entre las cuales pueden mencionarse: El Perfil de salud de Nottingham (PSN) para la auto percepción de salud, se trata de un cuestionario autoadministrado (excepto en casos de analfabetismo o incapacidad para la lectura) la versión en español fue validada por Alonso J. y cols. Con una validez de constructo y una confiabilidad con consistencia interna estructurada en dos apartados con un total de 45 ítems, proporciona indicaciones sencillas acerca de problemas físicos, sociales y de salud emocional percibidas por el sujeto; la primera parte consta de 38 ítems repartidos en seis dimensiones de salud, las cuales son:

1. Movilidad física (8 ítem)
2. Dolor (8 ítem)
3. Sueño (5 ítem)
4. Aislamiento social (5 ítem)
5. Reacciones emocionales (9 ítem)
6. Nivel de energía (3 ítems)

La segunda parte mide, a través de 7 ítems, la repercusión del estado de salud actual en relación a diversas áreas o actividades de la vida diaria: Trabajo/ocupación; cuidado y mantenimiento de la vivienda, vida social, vida en el hogar, vida sexual, interés, aficiones y vacaciones o días de fiesta.^(10,11,12)

El entrevistado contesta “SI” cuando la descripción refleja su estado actual (su valor será 1), y “NO” en caso contrario (su valor será 0). Se calculan puntuaciones para cada dimensión por separado (pudiendo emitir una interpretación parcial), sumando el número de respuestas afirmativas para cada dimensión, dividiéndolo entre el total de ítems de aquella dimensión y multiplicándolo por cien, y cuanto mayor es la puntuación, mas bajo es el estado de salud percibido. La puntuación 0 se obtiene cuando la persona interrogada contesta negativamente a todos los ítems de la dimensión y no padece ningún problema de los que ésta refleja. La puntuación 100 indica que los padece todos.

$$\text{Puntuación} = \frac{\sum \left(\frac{\text{ítems de la dimensión}}{\text{No. ítems de la dimensión}} * 100 \right)}$$

La interpretación de los resultados se puede hacer tanto basándose en un perfil-resultado de la puntuación obtenida en cada una de las secciones, o a partir de la puntuación global. Para el cálculo de la puntuación global, se calcula la media de todas las dimensiones del Perfil de Salud del Nottingham.

$$\text{Puntuación total} = \left(\frac{\text{EN+P+EM+SL+SO+PM}}{6} \right)$$

La función se ha definido como la capacidad de un individuo para adaptarse a los problemas de todos los días, a pesar de sufrir una incapacidad física, mental o social, es por tanto un fenómeno complejo que esta influenciado por multitud de factores, ambientales, económicos, sociales, de la afectividad y los aspectos cognitivos.

La valoración global funcional esta reconocida actualmente como parte importante de los servicios sanitarios que proporcionan los médicos de atención primaria.

La información sobre la función de un individuo es esencial para establecer un diagnóstico, pronóstico y un juicio clínico, en los que se basaran las decisiones sobre el tratamiento y los cuidados geriátricos, estas decisiones no podrán ser más exactas, completas o idóneas que la información de la que derivan. La valoración funcional se convierte de esta forma en un parámetro más, para determinar la eficacia y eficiencia de la intervención medica, añadido a otros indicadores como la morbilidad y la mortalidad.

En este sentido la valoración de la función se ha mostrado como un indicador sensible y relevante para evaluar las necesidades y determinar la adjudicación de recurso.

Al evaluar la función del individuo, se toma en cuenta la acción y la posible necesidad de ayuda para realizarla. La acción se evalúa a través de su ejecución, la acción de vestirse viendo como se viste el paciente: sin embargo esto requiere de tiempo, y la inspección de la ejecución de alguna de ellas puede ser incomoda para el paciente e incluso para el entrevistador. Por ello se realiza una evaluación indirecta con el familiar o directa a la persona evaluada si es o no capaz de ejecutar las actividades examinadas. Además, se puede evaluar la acción según el grado de esfuerzo que la persona evaluada debe realizar para llevar a cabo la acción, grado que diferenciamos en máximo o habitual, usándose este último como referencia, ya que expresa lo que habitualmente es capaz de realizar el individuo. Los resultados de ambos tipos de evaluación pueden variar de forma importante dependiendo del grado de colaboración de la persona evaluada.

El análisis de la ayuda que se requiere para completar una acción lo realizaremos una vez determinado el método de evaluación de las actividades de la vida diaria (AVD) y cuando el sujeto no sea capaz de ejecutar por sí mismo una actividad. Dependiendo del tipo de ayuda necesaria, se clasificara al individuo como dependiente o independiente para la ejecución de la tarea en cuestión.

Las actividades de la vida diaria (AVD) son el conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días con frecuencia casi cotidiana, para vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir con su papel social. Según su complejidad se divide en tres tipos, básicas, instrumentales y avanzadas, y para cada uno de estos tipos existen instrumentos de evaluación específicos que se examinan a continuación.

Partiendo que las actividades de la vida diaria (ABVD) son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros, las principales escalas de actividades de la vida diaria⁽¹³⁾ conocidas son:

1. PULSES
2. Índice de las actividades de la vida diaria (Katz)
3. Índice de Barthel (Mahoney y Barthel)
4. Escala de autocuidado de Kenny (Schoening y cols)
5. Escala de autocuidado físico (Lawton y Brody)
6. Escala de incapacidad física de la Cruz Roja (1972)
7. Subescala de OARS – actividades de la vida diaria.

La selección de estas actividades proviene fundamentalmente de los trabajos de Katz y cols. Previos a la confección de su índice de ABVD, estos autores observaron que la recuperación funcional de los pacientes que habían perdido la independencia para su autocuidado seguía habitualmente un patrón jerárquico (desde la actividad más básica hasta la más compleja) su semejanza con los patrones de crecimiento y desarrollo infantil y su presencia incluso en los grupos humanos más primitivos indicaban según los autores, que este patrón jerárquico

traducía la organización biológica de las conductas primarias del ser humano. Estas observaciones confieren a las escalas de ABVD una evidente validez e aquí algunas de sus características:

- ❖ Útiles para detectar incapacidad, describir el estado funcional determinar objetivos terapéuticos y monitorizar el curso clínico de los pacientes
- ❖ Capaces de predecir la evolución funcional, la mortalidad y el riesgo de institucionalización
- ❖ Más sensibles para evaluar la situación funcional, incluso en estudios especialmente en ancianos mayores de 80 años, patologías crónicas, hospitalizados o institucionalizados.
- ❖ Aplicables al conjunto de la raza humana y menos influenciados por el estado mental y el entorno social y cultural que las escalas de AVD instrumentales y avanzadas.
- ❖ De auto administración fácil y rápida (habitualmente de 5 minutos).

La Escala de Lawton y Brody^(14,15) fue desarrollada en el centro Geriátrico de Filadelfia, de ahí que también sea conocida como Philadelphia Geriatric Center – Instrumental Activities Daily Living (PGC-IADL) por estos autores y publicada en 1969, como resultado de sus estudios sobre la organización y complejidad de las diferentes áreas de la conducta humana. Las AIVD se agrupan en una escala de 8 ítems cuya puntuación varía de 0 (máxima dependencia) a 8 (independencia total).

Tiene buena validez concurrente con otras escalas de AVD y con escalas de valoración cognitiva como MMSE. Su consistencia interna viene avalada por la relación jerárquica mostrada en el cumplimiento de las actividades evaluadas entre sí, y de estas en relación con las ABVD.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En un estudio realizado por Tirado-Cosío, al respecto de la autopercepción de salud en el paciente anciano mexicano en general se coincidió que ésta, está influenciada por la presencia de los trastornos crónicos (diabetes, hipertensión arterial sistémica, artrosis y dislipidemia, aunque no se mencionan porcentajes específicos relacionando cada una de dichas entidades) y por la presencia de síntomas referidos (cefalea, disminución agudeza visual y auditiva), baja capacidad funcional, menos satisfacción de la vida, sedentarismo y sensación de soledad. En los pacientes que vivían solos las dimensiones más afectadas fueron las del dolor, reacciones emocionales y aislamiento social.⁽⁹⁾

Azpia GM y Cols en España en el 2002 realizó un estudio en personas mayores de 65 años donde utilizó el Perfil De Salud De Nottingham junto con otros dos instrumentos para valorar la calidad de vida y de esta forma hacer una comparación de el Perfil de Salud de Nottingham, el Euroqol y el EAS con las

características sociodemográficas, el nivel de recursos económicos, el grado de apoyo sociofamiliar, el estado de salud física y mental y la capacidad funcional resultados que mostraron que la salud mental y la capacidad funcional son los factores que más influyen en la percepción del estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores.⁽¹⁶⁾

En otro estudio, realizado en España en el 2001 por Fernández Vargas A.M. y Cols. se valoró la auto percepción de salud, apoyo social y familiar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, utilizando como parte de los instrumentos el PSN mostrando que la calidad de vida de los pacientes con EPOC resultó estar bastante alterada fundamentalmente en las dimensiones de sueño, energía y movilidad en el Perfil de Salud de Nottingham.⁽¹⁷⁾

Desde su creación la escala de Lawton Brody ha servido de modelo a escalas posteriores de AIVD que han mejorado sus cualidades métricas, pese a lo cual sigue siendo la escala más recomendada para la evaluación de AIVD, es utilizada como instrumento por Farrel, en Australia en 1995 para valorar el grado de actividad y dependencia de ancianos en relación con sus padecimientos crónicos, y encuentra que los pacientes con problemas músculo-esqueléticos presentan 64% de alteraciones en su funcionalidad marcándolos como dependientes.⁽¹⁸⁾

Hedda en 1998 en Suecia en un estudio prospectivo por 3 años con seguimiento de 1745 personas con edad de 75 o más años con enfermedades crónicas degenerativas, analizó el desempeño en actividades de todo tipo, y reporta que la demencia es la principal causa de dependencia funcional.^(19,20)

Sager, en Estados Unidos entre 1990 y 1992 estudió 1729 pacientes que se encontraban internados en hospitales de varias ciudades con edades de 70 y más años todos con desórdenes de enfermedades crónicas degenerativas se valora la funcionalidad antes y después de 3 meses de controlar las enfermedades crónicas y encuentra que el grado de funcionalidad de estos pacientes mejora al corregir o controlar los padecimientos que estaban afectando su funcionalidad donde solo 26% fueron catalogados como independientes.⁽²¹⁾

Ambas posturas son importantes derivado de que para poder integrar un buen manejo terapéutico, se hace necesario tener ambas visiones, es decir como se percibe el paciente ya que de ello depende mucho la disposición y adhesión a la terapéutica, así como se sustentan las limitaciones de manera objetiva para poder adecuar dicho manejo por parte del médico. La literatura marca de manera independiente ambas evaluaciones, sin embargo no se cuenta con reportes de un abordaje más integrado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

En el ámbito mundial y nacional, la Osteoartritis(OA) es una de las patologías incapacitantes de mayor frecuencia a largo plazo, su distribución es universal, se presenta aun en etapas productivas a partir de los 40 años, aunque su mas alta prevalencia es reportada en personas de tercera edad. En México según el XII censo de población 2000, uno de cada 15 mexicanos (7.3%) son mayores de 60 años de edad; en el 2003, en la UMF No 94 presentó de una población total de 155,996 un registro de 20,499(13.14%) personas mayores de 60 años, con 161 casos de osteoartritis en este grupo como primera causa de atención medica con una tasa de 7.8, y 145 envíos a segundo nivel de atención.^(4, 22)

La OA se ha caracterizado por una dependencia progresiva del paciente a la familia, amigos e instituciones de salud, derivada de la limitación real o sentida de quien la padece, creando incluso discrepancias en la relación médico-paciente. La asistencia al anciano requiere de una atención integral llevada a cabo por un equipo multidisciplinario, destacando la importancia de los indicadores de salud percibida y la capacidad funcional en la evaluación del estado de salud; la edad geriátrica se ha relacionado con la utilización de los servicios de salud, la institucionalización, la pérdida de autonomía y la muerte ⁽¹¹⁾. Estudios realizados en Estados Unidos (1990) y Australia (1995) respecto a la capacidad funcional, demostró la dependencia progresiva en pacientes con enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial sistémica. Otro indicador válido de la demanda de los servicios sanitarios en el paciente geriátrico estudiado por Tirado-Cosío es la auto percepción de salud. Algunos estudios han demostrado que la supervivencia puede ser relacionada con la salud subjetiva que el individuo maneje, muchas veces más que con el proceso de atención a la salud misma. Esto resalta que el Médico Familiar además de conocer y manejar el ámbito biológico, debe reconocer como el paciente se percibe con los cambios esperados por la edad y las enfermedades, con ello establecer decisiones vitales en el manejo gerontológico; en la perspectiva de mejorar la calidad de vida, disminuir efectos negativos de la enfermedad, retardar la discapacidad y abatir la consulta o ingreso hospitalario indiscriminado. Sin embargo en México no se cuenta con el reporte de éste tipo de estudios.

En la UMF. 94 se cuenta con la infraestructura para la realización de éste tipo de investigación preliminar en pacientes con osteoartritis, cuyos resultados fortalezcan el ejercicio profesional cotidiano del médico familiar, sin contraponerse a la ética y políticas institucionales, es por ello que se realizo un estudio observacional, descriptivo, prolectivo, transversal, en 127 pacientes derechohabientes con osteoartritis de la UMF. 94 del IMSS, para determinar la concordancia entre la evaluación clínica, auto percepción de salud y las actividades instrumentales de la vida cotidiana.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe concordancia entre la evaluación clínica, auto percepción de salud y las actividades instrumentales de la vida cotidiana, del paciente portador de osteoartrosis, atendido en la UMF. 94 del IMSS?

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de concordancia entre la evaluación clínica, auto-percepción de salud y capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida cotidiana en el paciente portador de osteoartrosis, atendido en la UMF.94 del IMSS.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Clasificar a los pacientes de acuerdo a sus características clínicas en las diferentes clases funcionales establecidas para la osteoartrosis.
2. Identificar la auto percepción de salud de acuerdo al Perfil de salud Nottingham en los pacientes portadores de Osteoartrosis.
3. Identificar la capacidad funcional en actividades instrumentales de la vida cotidiana, por medio de la Escala de Lawton Brody en el paciente portador de Osteoartrosis.

EXPECTATIVA EMPÍRICA

Existe una alta concordancia entre la evaluación clínica, auto percepción de salud y capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida cotidiana en el paciente portador de osteoartrosis.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO

Concordancia entre: Evaluación clínica, Auto percepción de salud y Capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida cotidiana.

VARIABLES UNIVERSALES:

Estado civil
Ocupación
Escolaridad

VARIABLES CONFUSORAS:

Edad
Sexo
Localización somática de la osteoartrosis.

CUADRO DE VARIABLES (Anexo 1)

METODOLOGÍA

DISEÑO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, ambilectivo, transversal, en pacientes derechohabientes con osteoartrosis de la UMF. 94 del IMSS.

UNIVERSO DE TRABAJO

Derechohabientes de la UMF No 94 del IMSS

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Derechohabientes con osteoartrosis de la UMF No 94 del IMSS

MUESTRA DE ESTUDIO

Derechohabiente con osteoartrosis atendidos en la Consulta externa de la UMF no 94 del IMSS.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Con la utilización del programa estadístico Epi-Info v6.0, para el cálculo de muestra en estudios poblacionales con una población de 48656 de 40 a más años de edad, una prevalencia esperada de dependencia del 74 % y un peor esperado del 64 % de pacientes con osteoartritis, un nivel de confianza del 99% se obtiene 127 pacientes.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Inclusión:

- ∅ Derechohabiente de la UMF. 94 del IMSS
- ∅ De 40 y más años de edad
- ∅ Alfabetos
- ∅ Con diagnóstico de Osteoartrosis.
- ∅ Que acepto participar
- ∅ Que acudió a la cita y lleno de manera completa los instrumentos proporcionados (Perfil de Nottingham, Escala de Lawton Brody)

No inclusión

- ∅ Pacientes que cursaron con patología terminales (Neoplásicas, SIDA, IRC) y otras enfermedades de la colágena registrado en el expediente.
- ∅ Minusvalía aparente (ceguera, sordera, hemiplejías, amputaciones)

Exclusión

No aplican

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

En sala de espera, de manera personalizada el investigador propuso a los derechohabientes de ambos turnos, su participación en el estudio, para ello se les informó el objetivo del estudio y las características de ingreso y participación. Aquellos que aceptaron fueron conducidos al consultorio no. 26 de la unidad para aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

HOJA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION (Anexo 2)

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Anexo 3: Corresponde al instrumento denominado “Perfil de salud de Nottingham”, el cual tiene una validación de constructo al español en el año 1990 por Jordi Alonso, en Barcelona, España. Consta de 45 ítems dividido en dos apartados, el primero con 38 ítems explora 8 dimensiones, y la segunda parte tiene 7 parámetros que exploran vida social y capacidad funcional. Mientras más alto es el porcentaje obtenido es peor la percepción de salud del sujeto.

Anexo 4: Corresponde a la Escala de Lawton Brody, desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia y publicada en 1969. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) se agrupan en una escala de 8 ítems cuya puntuación varía de 0 (máxima dependencia) a 8 (independencia total).⁽⁷⁾

Tiene buena validez con otras escalas de Actividades de la vida diaria (AVD) y con escalas de valoración cognitiva. Su consistencia interna viene avalada por la relación jerárquica mostrada en el cumplimiento de las actividades evaluadas entre sí, y de estas en relación con las Actividades básicas de la vida diaria.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Posterior al establecimiento de la línea de investigación, se realizó la búsqueda dirigida sobre ello, integrando la fundamentación teórica de la investigación y realizando bajo la metodología científica el proyecto de tesis. Una vez aprobado el protocolo por el Comité Local de Investigación No 3115, conforme al procedimiento de integración de la muestra, se inició el trabajo de recolección de los datos. Aquellos individuos que aceptaron participar fueron dirigidos al consultorio no. 26 de la unidad en donde se les otorgó el formato de consentimiento informado para obtener su rubrica. Se les explicó nuevamente el objetivo del trabajo y las condiciones de su participación, entregando el segundo formato correspondiendo a la Escala de Lawton Brody (se valoró la realización respecto de las actividades de vida cotidiana), posterior a su llenado por el paciente se le entrega el último formato que correspondió al Perfil de Auto percepción de salud de Nottingham, en ambos se les dio el tiempo que ellos requirieran para ser resueltos y el investigador principal aclaró dudas al respecto de los mismos, en aquellos que lo solicitaron. Finalmente se les pidió su anuencia para realizarles una exploración física completa enfocada al sistema músculo-esquelético, para ello se le indicó a cada uno mantenerse con ropa ligera. Este procedimiento fue realizado en cada uno de los participantes hasta completar la muestra, teniendo un horario asignado para ello de las 7:00 a 8:00 hrs en el turno matutino y de 14:00 a 18:00 hrs en el turno vespertino.

Al final de la sesión, de manera verbal se le indicó al paciente lo obtenido en cada una de sus evaluaciones y al mismo tiempo se disiparon las dudas, así como de acuerdo a la limitación observa clínicamente por el médico investigador se le sugirió acudir con su médico familiar de forma programada.

El vaciado de datos se realizo en hoja de cálculo, apoyados en el programa SPSS V12.0

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación por las características que presento de no utilizar métodos invasivos o que afecten la integridad del individuo se clasifico como investigación sin riesgo. Se considero los principios de ética y normas institucionales, establecidas en la Declaración de Helsinki, Ley General de Salud en materia de investigación y normas y procedimientos establecidos en materia de investigación en el IMSS. Se aplico el principio de beneficencia al buscar realizar una mejor y más amplia evaluación del individuo portador de enfermedad crónico-degenerativa, perfilándose de acuerdo a resultados como una herramienta que fortalezca la actividad asistencial y profesional del médico familiar y repercuta en la calidad de vida del paciente. La equidad y justicia ya que se tuvo la oportunidad de participar todo el que acepto participar y de autonomía pues se realizo todo ello bajo consentimiento informado. (Anexo.5)

RESULTADOS

El estudio incluyó un total de 127 pacientes adscritos a la UMF. 94 del IMSS, de los cuales resalta en el comportamiento de los datos sociodemográficos (Cuadro 1) el predominio del sexo femenino en 93(73.2%); un rango de edad de 60 a 69 años con 47(37%) una media de 64 ± 11 años; casados con 85(67%); amas de casa con 74(58.3%); primaria completa 84(66.1%).

En la evaluación clínica (cuadro 2), se observó lo siguiente: De acuerdo al número de articulaciones afectadas se encontró con dos y más el 61(48%); el sitio de localización de lesión con mayor frecuencia fue en rodillas con 47(37.8%), seguida de manos con 13(10.2%), de todos estos pacientes se reportó como ocupación preponderante el ser ama de casa.

Al realizar la valoración de la limitación física de éstos pacientes, se encontró, considerando la gravedad de la limitación, lo siguiente: 106(83%) con limitación leve; 21(16.5%) moderada y ningún paciente en severa. Así mismo la evaluación de la auto percepción mostró estar en la categoría de buena en los 127(100%) participantes.

El aspecto concerniente a las actividades de la vida cotidiana y de acuerdo a las categorías que marca la Escala de Lawton Brody, arroja los siguientes datos: 2(1.6%) dependencia total; 3(2.4 %) con dependencia parcial; y 122(96.1%) con independencia.

El cruce de datos entre la auto percepción evaluada con el Perfil de Nottingham y la limitación física determinada en la exploración física (cuadro3), mostró una buena percepción de salud y limitación física leve en 106(83.5%) y una concordancia de Kendall de 0.165

Así mismo, de acuerdo al grado de dependencia y la limitación física observada (cuadro 4), predomina la categoría de independencia, con una limitación física leve en 104(81.9%), tendiendo un valor de concordancia de Kendall de 0.945

La integración de las tres evaluaciones: clínica de limitación física, auto percepción de salud y grado de dependencia, bajo la aplicación de la prueba de hipótesis mostró un valor de concordancia de Kendall de 0.920. Así como variables universales y confusoras mostraron una p mayor de 0.05

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De manera semejante a lo reportado en el diagnóstico de salud de la unidad médica de estudio,⁽²²⁾ el comportamiento de los datos sociodemográficos muestran en su mayoría pertenecer al sexo femenino, cronológicamente correspondiente a la tercera edad, casados, con escolaridad básica y cuya ocupación es ama de casa.

Respecto a las variables estudiadas, similar a lo reportado por Figueroa,⁽¹⁾ las articulaciones mas frecuentemente reportadas con daño fueron las de rodillas, aunque al mismo tiempo en contraposición con éste mismo autor, nosotros encontramos una alta frecuencia de afectación en manos (articulaciones metacarpo-falángicas), situación contraria a lo que el establece en su trabajo. Independientemente de ello, éste hecho es muy relevante en nuestro trabajo ya que, considerando que la osteoartritis es innegablemente progresiva y limitante, los pacientes participantes tienen mayor posibilidad de dependencia debido a que los sitios afectados están estrechamente ligados a la sustentación y bipedestación(rodillas) y a las actividades cotidianas (manos).

Al respecto, puede destacarse que un elemento favorable observado en éste trabajo, es el grado de limitación física predominantemente leve en la mayoría de los participantes, fenómeno que debe tenerse presente para implementar estrategias que mantengan en ésta categoría a los pacientes portadores de osteoartritis.

Es importante señalar que la alta concordancia obtenida en el cruce de las tres evaluaciones realizadas, debe tomarse con cierta reserva, ello derivado a que dos de las escalas (Lawton y Nottingham) pueden considerarse más subjetivas ya que corresponden a la percepción de los pacientes, deducción que se ve reforzada al observar la concordancia obtenida entre la exploración física y la auto percepción, la cual fue baja, probablemente debido a que la valoración del paciente implica “su sentir” y la exploración se basa en elementos métricos es decir en ángulos y arcos de movilidad evaluados por un profesional. Por otra parte, los resultados obtenidos en la evaluación de la habilidad en las actividades de la vida cotidiana mostró una concordancia alta con la exploración física, incluso en algunos pacientes con reporte de limitación física moderada a severa, sin embargo cabe considerar que se realizó a través de un cuestionario y no de la observación directa de las acciones del participante, lo que pudo sesgar la integración de estos elementos en una concordancia alta.

Finalmente debe reconocerse que aun con lo anteriormente señalado, el estudio presentó otros aspectos positivo, como la existencia de un alto porcentaje de participantes con independencia en sus actividades cotidianas, a pesar de la limitación o percepción de la misma por ellos, circunstancia contraria a lo reportado por autores como Farrel⁽¹⁹⁾ y Sager⁽²¹⁾ lo que representa para la población estudiada una gran oportunidad de mantener su salud positiva.

CONCLUSIONES

En los portadores de osteoartrosis pudo identificarse que existe afectación de diversas articulaciones, con predominio de dos a más sitios diferentes y de ellos frecuentemente son rodillas y manos.

Los participantes se perciben en su mayoría con buena salud.

La evaluación de las actividades de la vida cotidiana reporto en la gran mayoría con categoría de ser independientes.

Finalmente en la concordancia considerando la convergencia de las tres evaluaciones se logra establecer como alta, señalando que la comparación inicial entre clínica y auto percepción muestra una concordancia baja; en relación a la comparación de la clínica y la capacidad de las actividades cotidianas con un valor alto y que en la integración de las tres el resultado fue igualmente alta concordancia.

Aspectos como los datos sociodemográficos y localización de la osteoartrosis no modifica la concordancia reportada.

SUGERENCIAS

Impulsar la participación de los pacientes con osteoartrosis en grupos de rehabilitación para mantener o revertir el grado de limitación funcional, aunque esta sea de grado mínimo, aprovechando su percepción de buena salud y su autonomía e independencia física, a través de los grupos formales de autoayuda establecidos en la unidad.

Promover la utilización de éstos instrumentos como herramienta en consulta de medicina familiar, considerando su aplicabilidad y en la búsqueda de una asistencia integral y en corresponsabilidad con el paciente.

La realización de estudios semejantes sobre los aspectos evaluados, con un diseño de intervención o al menos de observación directa de la funcionalidad buscada y utilización de instrumentos equivalentes en su punto de referencia para evaluar al paciente.

Dar a conocer los resultados en la población con problemas de osteoartrosis y enfermedades crónicas, con la finalidad de fortalecer en el paciente que una percepción positiva de su salud favorece y complementa el manejo del profesional médico.

ANEXO 1

CUADRO DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE
VARIABLE DE ESTUDIO: Concordancia entre evaluación clínica, auto-percepción de salud y capacidad funcional instrumental	Determinación del nivel de correspondencia entre los resultados de los instrumentos de valoración clínica de un sujeto, de sensación de auto-percepción de salud y capacidad funcional.	Determinar si hay correspondencia estadística entre los resultados de los instrumentos de valoración aplicados al individuo, los indicadores en este estudio serán : Clínico, por medio de la revisión física. Auto percepción, es decir la expresión de sensación interior del individuo, respecto a su enfermedad, medida a través del Perfil de Salud de Nottingham. Y Capacidad funcional, es decir, aptitud o suficiencia de responder a una actividad específica y relacionada con su desempeño como individuo social, medida a través de la escala de Lawton Brody. Considerando en cada uno indicadores específicos.	De acuerdo a la correspondencia de los datos conforme a los parámetros y dimensiones de cada escala propuesta.	Cualitativa	Ordinal	De acuerdo al valor de Kendall entre los tres instrumentos: * Concordancia alta (valor de Kendall de .80 a 1.0) * Concordancia media (Valor de Kendall 0.40 a 0.79) * Concordancia Baja (Valor de Kendall de 0.10 a 0.39) * Sin Concordancia (Valor de Kendall 0)
			Evaluación clínica, será la valoración de la limitación en la movilidad, de acuerdo a la presencia de signos	Cualitativa	Ordinal	Limitación Leve. Tiene casi la totalidad de sus movimientos requiere ayuda ocasional.(categoría I y II de Lee)

			<p>y síntomas conforme a la región somática afectada de acuerdo a los criterios de clasificación funcional de Lee⁽²²⁾ siendo:</p> <p>I.Capacidad funcional normal; II.Dolor, limitación en la articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria; III.Dolor limitante; IV.Dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado; V.Limitación para el autocuidado y la alimentación.</p>			<p>Limitación Moderada: Tiene movilización, requiere ayuda frecuentemente. (categoría III de Lee)</p> <p>Limitación Severa: Gran limitación al movimiento, afecta su autonomía. (categoría IV y V de Lee)</p>
			<p>Perfil de auto-percepción de Salud de Nottingham, cuyos parámetros serán:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Movilidad físicas (8 ítem) 2. Dolor (8 ítem) 3. Sueño (5 ítem) 4. Aislamiento social (5 ítem) 5.Reacciones emocionales(9 ítem) 6. Nivel de energía (3 ítem) 	Cualitativa	Ordinal	<p>Percepción de :</p> <p>Buena salud: ≤ 26 puntos</p> <p>Regular salud : 27 a 35 puntos</p> <p>Mala salud : 36 a 45 puntos</p>

			<p>7.Trabajo/ocupación; 8.Cuidado 9.Mantenimiento de la vivienda 10.Vida social, 11.Vida en el hogar, vida sexual, 12. Interés , 13. Aficiones y 14.Vacaciones o días de fiesta.</p>			
			<p>Escala de Lawton Brody: 1.-Capacidad para usar el teléfono 2.-Ir de compras 3.-Preparación de la comida 4.-Cuidar la casa 5.-Lavado de la ropa 6.-Medio de transporte 7. Responsabilidad sobre la medicación 8.-Capacidad para utilizar el dinero</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>Dependencia total (0-2 puntos) Dependencia parcial (3-4 puntos) Independencia (5-8 puntos)</p>

VARIABLES UNIVERSALES.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE
Estado civil	Condición legal de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Condición legal civil de la persona en la actualidad	Cualitativa	Categórica	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión libre
Ocupación	Oficio en el que la persona invierte su tiempo, ya sea remunerado o no	Actividad laboral que realiza un individuo	Cualitativa	Categórica	Ama de casa Obrera Técnica Profesionista
Escolaridad	Grado de estudios terminados de manera escolarizada	Categoría de grados que ha estudiado en forma escolarizada hasta el momento del estudio, expresado por el paciente	Cualitativa	Categórica	Primaria Secundaria Bachillerato Técnico Licenciatura Postgrado

VARIABLES CONFUSORAS

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	DE ESCALA DE MEDICION	CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento hasta el momento actual.	Tiempo de vida transcurrida desde el nacimiento al momento del estudio, expresada en años cumplidos	Cuantitativa	Intervalo	Rangos de cada 10 años a partir de los: 40 a 49 50 a 59 60 a 69 70 a 79 80 a más años.
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Condición social del rol de género que el paciente refiere tener	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Localización somática de la osteoartrosis.	Estructura anatómica en donde se padece la enfermedad	Estructura anatómica en donde se manifiesta la enfermedad.	Cualitativa	Categórica	Según segmento afectado el tipo de OA: Cadera, rotula, acromio, interfalángica, muñeca, etc.

ANEXO 2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL. D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94**

Hoja de recolección de la información

No.	Paciente	Filiación	Cons	Edad	Sexo	Ocupación	Escolaridad	EdoCivil	Articulación	Limitación física	Res PSN	Res L-B	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
Total													

ANEXO 3

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
Perfil de salud de Nottingham**

Nombre _____ Folio no. _____

Filiación: _____ consultorio _____ Turno _____

Fecha: _____

Instrucciones:

1ra parte: A continuación verá algunos de los problemas que la gente puede tener en su vida diaria. Lea atentamente la lista de problemas.

En cada problema, si usted lo tiene conteste **“SI”**

Si usted no tiene ese problema conteste **“NO”**

Por favor, **conteste todas las preguntas**. Si no está muy seguro de contestar **"SI"** o **"NO"**, señale la respuesta que usted crea que es **la más cierta** en la actualidad.

	Respuesta
Energía	
Yo estoy cansado todo el tiempo	
Yo corro y pronto me quedo sin fuerzas.....	
Todo es un esfuerzo.....	
Dolor	
Yo tengo un dolor insoportable.....	
Yo estoy en dolor constante.....	
Yo tengo dolor por la noche.....	
Yo estoy con dolor cuando camino.....	
Yo estoy con dolor cuando estoy de pie.....	
Yo estoy con dolor cuando estoy sentándome.....	
Yo estoy con dolor al subir o bajar escaleras.....	
Yo encuentro doloroso cambiar de posición.....	
Reacciones emocionales	
Yo siento que la vida no tiene ningún valor vivirla.....	
Yo siento como si estuviera perdiendo control.....	
Las cosas me hacen sentir cabizbajo.....	
Tengo los pelos de punta.....	
El cuidarme está manteniéndome despierto por la noche ..	
Me despierto sintiéndose deprimido.....	
Estos días parecen arrastrar.....	
Pierdo mi temple fácilmente estos días.....	
He olvidado lo que me gusta disfrutar.....	

Sueño	
Tomo pastillas para ayudarme a dormir.....	
Duermo mal por la noche.....	
Me quedo despierto la mayor parte de la noche.....	
Me toma la mayor parte del tiempo conseguir dormir.....	
Estoy despertándome en las primeras horas de la mañana.	
Aislamiento social	
Siento que soy una carga para las personas.....	
Me siento solo/ sola.....	
Siento que no hay nadie a quien acercarme.....	
Siento difícil hacer contacto con la gente.....	
Encuentro difícil seguir con las personas.....	
Movilidad física	
Soy incapaz de caminar en absoluto.....	
Necesito ayuda para caminar fuera.....	
Yo sólo puedo caminar adentro.....	
Encuentro difícil alcanzar las cosas.....	
Tengo problemas para conseguir subir y bajar escalones ..	
Encuentro difícil vestirse.....	
Encuentro difícil estar de pie mucho tiempo.....	
Yo lo encuentro difícil doblar.....	

2da parte: En la lista siguiente señale "**Sí**" para cada uno de los aspectos de su vida que se haya visto afectado por su salud. Conteste "**No**" para aquellos aspectos que no estén afectados.

Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su puesto de trabajo?.....	
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con los trabajos domésticos?..... (como por ejemplo, limpiar, cocinar, pintar, hacer reparaciones)	
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su vida social?..... (como por ejemplo, salir, ver a los amigos, ir al bar)	
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su vida familiar?..... (es decir, las relaciones con los de casa)	
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con su vida sexual?.....	
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con sus pasatiempos y aficiones?..... (como por ejemplo, hacer deportes, ver la TV, hacer media, etc...)	
Actualmente, su estado de salud, ¿le causa problemas con los días de fiesta?..... (vacaciones, navidades, fines de semana)	

ANEXO 4 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Instrucciones: Lea con cuidado las preguntas y llene los datos generales que se le piden al principio y en el siguiente cuadro tache la opción que considere mas adecuada, contestando con una sola respuesta en cada actividad que se menciona.

Nombre _____ Folio No. _____
 Filiación: _____ consultorio _____ Turno _____
 Con quien vive? _____
 Que enfermedades tiene: _____ Fecha: _____

1	CAPACIDAD DE USAR EL TELEFONO	
	Utiliza el teléfono	
	Marca número bien conocidos	
	Contesta el teléfono, no marca	
2	No usa el teléfono en absoluto	
	IR DE COMPRAS	
	realiza las compras necesarias sin ayuda	
	compra pequeñas cosas	
3	necesita cualquier compañía para realizar cualquier compra	
	completamente incapaz de ir de compras	
	PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
	planea, prepara, y sirve las comidas adecuadas con independencia	
4	prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes	
	prepara la comida pero no mantiene una dieta adecuada	
	necesita que se le prepare la comida.	
	CUIDAR LA CASA	
5	cuida la casa sin ayuda o esta es solo ocasional	
	realiza las tareas domesticas ligeras	
	las realiza pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable	
	necesita ayuda con todas las tareas de casa	
6	no participa en tarea domestica alguna	
	LAVADO DE LA ROPA	
	lo realiza sin ayuda	
	lava o aclara algunas prendas	
7	necesita que otro se ocupe del lavado	
	MEDIO DE TRANSPORTE	
	viaja con independencia	
	no usa transporte publico salvo taxis	
8	viaja en transporte publico si le acompaña otra persona	
	viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	
	no viaja en absoluto	
	RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
9	no precisa ayuda para tomar sus medicamentos	
	necesita que le sean preparadas las dosis con antelación.	
	no es capaz de encargarse de su propia medicación	
	CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL DINERO	
10	no precisa ayuda para manejar el dinero ni llevar cuentas	
	necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc	
	incapaz de manejar dinero	
	Puntaje total	

Valores asignados a cada ítem de la Escala Lawton y Brody

1.-CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO

- 1. utiliza el teléfono
- 1. marca números bien conocidos
- 1. contesta el teléfono, no marca
- 0. no usa el teléfono en absoluto.

2.-IR DE COMPRAS

- 1. realiza las compras necesarias sin ayuda
- 0. compra pequeñas cosas
- 0. necesita cualquier compañía para realizar cualquier compra
- 0. completamente incapaz de ir de compras

3.-PREPARACIÓN DE LA COMIDA

- 1. planea, prepara, y sirve las comidas adecuadas con independencia
- 0. prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes
- 0. prepara la comida pero no mantiene una dieta adecuada
- 0. necesita que se le prepare la comida.

4.-CUIDAR LA CASA

- 1. cuida la casa sin ayuda o esta es solo ocasional
- 1. realiza las tareas domesticas ligeras
- 1. las realiza pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable
- 0. necesita ayuda con todas las tareas de casa
- 0. no participa en tarea domestica alguna

5.-LAVADO DE LA ROPA

- 1. lo realiza sin ayuda
- 1. lava o aclara algunas prendas
- 0. necesita que otro se ocupe del lavado

6.-MEDIO DE TRANSPORTE

- 1. viaja con independencia
- 1. no usa transporte público salvo taxis
- 1. viaja en transporte público si le acompaña otra persona
- 0. viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros
- 0. no viaja en absoluto

7.-RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN

- 1. no precisa ayuda para tomar sus medicamentos
- 0. necesita que le sean preparadas las dosis con antelación.
- 0. no es capaz de encargarse de su propia medicación

8.-CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL DINERO

- 1. no precisa ayuda para manejar el dinero ni llevar cuentas
- 1. necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc
- 0. incapaz de manejar dinero.

**ANEXO 5 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN.**

Yo _____
_____ acepto participar de forma voluntaria y conciente en el estudio de investigación con el título "CONCORDANCIA ENTRE AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD CON PERFIL DE NOTTINGHAM Y ESCALA DE LAWTON BRODY EN EL PACIENTE CON OSTEOARTROSIS" cuyo objetivo es: Determinar la concordancia entre estas escalas, realizando una evaluación médica integral del paciente portador de osteoartritis, atendido en la UMF. No 94 del IMSS. Dicha investigación será realizada por el Médico residente Ulises Sánchez Rico, a quien puedo localizar en el teléfono 0445511248179. Para cualquier aclaración relacionada con éste estudio.

Reconozco que me han proporcionado información amplia y precisa sobre mi participación en dicho estudio, por lo que entiendo y declaro lo siguiente:

Aceptaré se me realice una Historia Clínica personal que incluye exploración física completa, además de contestar con verdad dos escalas complementarias que tengo opción de que sean o no anónimas, una de ellas se denomina, Perfil de salud de Nottingham y la otra Escala de Lawton Brody, los cuales entregaré el mismo día al investigador.

Se me ha brindado información de que se protegerá mi privacidad, omitiendo mi nombre cuando se den a conocer los resultados obtenidos de este estudio de investigación.

Me doy por enterado de que los datos obtenidos serán de uso privado para la investigación, y que mantengo el derecho de conocerlos, sin que esto represente un compromiso de seguimiento para el investigador.

Estoy informado que esta investigación implica lo siguiente para mi persona:

Riesgos ninguno; Inconvenientes: inversión de tiempo para realizar la historia clínica y contestar los instrumentos; Beneficios el saber los resultados de dichos instrumentos de manera personal por parte del investigador, sin embargo estoy conciente de que los datos obtenidos a futuro se empleen para proponer utilizar este tipo de escalas de valoración en pacientes con osteoartritis.

Que puedo retirarme de este estudio en cuanto yo lo decida sin que esto repercuta en mi atención medica, la cual en todo momento dependerá de mi médico familiar de mi unidad de adscripción.

Por lo anterior, es mi decisión libre, conciente e informada aceptar participar en dicho estudio de investigación.

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y NOMBRE DEL ACEPTANTE

TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR

ANEXO 6 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
 HISTORIA CLINICA

Nombre _____ Folio No. _____

Filiación: _____ consultorio _____ Turno _____ Edad: _____

Sexo: _____ Ocupación _____ Edo.civil: _____ Escolaridad: _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Antecedente	Parentesco	Si	No
Osteoartritis			
Artritis reumatoide			
Fiebre reumática			
Otros antecedentes			

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Alimentación _____

Tabaquismo _____

Alcoholismo _____

Hábitos _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Problemas ortopédicos _____

Traumatismos _____

Obesidad _____

Hipertensión _____

Diabetes Mellitus _____

Otros _____

PADECIMIENTO ACTUAL

Articulación afectada: _____

Tratamiento: _____

SÍNTOMA	SI	NO	TIEMPO EVOLUCION
Dolor			
Eritema			
Deformidad			
Limitación de la movilidad			
Nódulos			

EXPLORACION FISICA

Somatometria y signos vitales

Peso	Talla	IMC	T/A	FC	FR	Temp

Habitus exterior

Por articulación:

Articulación	Dolor	Deformidad	Eritema	Limitación funcional	Nódulos
Manos					
Muñeca					
Codo der. ó izq.					
Hombro der. ó izq.					
Cadera der. ó izq.					
Rodilla der. ó izq.					
Tobillo der. ó izq.					
Pie der. o izq.					

CLASIFICACION RADIOLOGICA (ARCHIBECK) DE ARTROSIS (Radiografía antero posterior de rodilla). Solo en quien cuente con radiografía.

Estadio	Marcar con una X
Interlínea articular disminuida en altura al 50 % en e compartimiento afectado (habitualmente interno); normal en el opuesto.	
Desaparición completa de la interlínea del lado afectado, rodilla inestable; compartimiento opuesto indemne.	
Usura ósea inferior a 5 mm; rodilla más inestable y comienza a lesionarse el cóndilo femoral opuesto por acción de la espina tibial.	
Usura ósea mayor, entre 5 mm y 1 cm; afectación notable de compartimiento contralateral.	
Usura ósea superior a 1 cm; subluxación lateral de la tibia y lesión femorotibial global, que normalmente se extiende a la articulación femoropatelar.	

Diagnostico:

ANEXO 7 Cuadros

Cuadro 1. Variables sociodemográficas

CARACTERISTICA		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	93	73.2%
	Masculino	34	26.8%
Edad	40-49 años	13	10.3%
	50-59 años	22	17.3%
	60-69 años	47	37%
	70-79 años	33	26%
	80 a mas años	12	9.4%
	Total	127	100%
Estado civil	Soltero	9	14.3%
	<i>Casado</i>	85	67%
	Divorciado	7	5.5%
	Viudo	22	17.4%
	Unión libre	4	3.2%
	Total	127	100%
Ocupación	Ama de casa	74	58.3%
	<i>Obrera</i>	36	28.4%
	Técnica	13	10.2%
	Profesionista	4	3.2%
	Total	127	100%
Escolaridad	Primaria	84	66.1%
	<i>Secundaria</i>	19	15%
	Bachillerato	6	4.7%
	Técnico	9	7.1%
	Licenciatura	9	7.1%
	Total	127	100%

Fuente: Formulario de Historia Clínica para pacientes con osteoartrosis, derechohabientes del IMSS, UMF. 94 año 2006.

Cuadro 2 Articulación afectada en pacientes con osteoartrosis y ocupación

Articulación afectada	Ocupación				
	Ama de casa	Obrera	Técnica	Profesionista	Total
Mas de 2 articulaciones	41(32.3%)	14(11%)	5(3.9%)	1(0.8%)	61(48%)
<i>Manos</i>	8(6.3%)	4(3.1%)	0(0%)	1(0.8%)	13 (10.2%)
Hombros	1(0.8%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(0.8%)
Caderas	2(1.6%)	1(0.8%)	1(0.8%)	0(0%)	4(3.1%)
Rodillas	22(17.3%)	17(13.4%)	7(5.5%)	2(1.6%)	48 (37.8%)
Total	74(58.3%)	36(28.3%)	13(10.2%)	4(3.1%)	127 (100%)

Fuente: Formulario de Historia Clínica para pacientes con osteoartrosis derechohabientes UMF. 94 año 2006.

Cuadro 3 Autopercepcion de salud conforme al grado de limitación física en el paciente con osteoartrosis.

Autopercepcion de salud	Limitación física			
	Leve	Moderada	Severa	Total
Buena	106 (83.5%)	21 (16.5%)	0 (0%)	127 (100%)
<i>Moderada</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Mala	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	106 (83.5%)	21 (16.5%)	0 (0%)	127 (100%)

Fuente: Cuestionario “Perfil de Salud de Nottingham” y Formulario de Historia Clínica para pacientes con osteoartrosis derechohabientes UMF. 94 año 2006.

Cuadro 4 Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria conforme al grado de limitación física en el paciente con osteoartrosis

Grado de dependencia	Limitación física			
	Leve	Moderada	Severa	Total
Dependencia total	1 (0.8%)	1 (0.8%)	0 (0%)	2 (1.6%)
<i>Dependencia parcial</i>	1 (0.8%)	2 (1.6%)	0 (0%)	3 (2.4%)
Independencia	104 (81.9%)	18 (14.2%)	0 (0%)	122 (96.1%)
Total	106 (83.5%)	21 (16.5%)	0 (0%)	127 (100%)

Fuente: “Escala de Lawton Brody” y Formulario de Historia Clínica para pacientes con osteoartrosis derechohabientes UMF. 94 año 2006.

BIBLIOGRAFÍA

1. Figueroa PM. Artrosis. En: Ferreras VP. Rozman BC. Medicina interna. 14ª edición versión CD-ROM. Madrid (España). Ed. Harcourt; 2000.
2. Monroe AD. Murphy JB. Osteoarthritis. En: Taylor RB. Medicina de familia principios y practica. 5ª edición. Barcelona (España). Ed. Masson; 2002. pp. 1022-1024
3. Loughlin J. Familial inheritance of osteoarthritis. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2004. No.427s. pp. s22-s25.
4. www.inegi.gob.mx
5. Armengol AD. Bonilla CM. Fernández GA. Mangrane GC. Puig SJ. Serena PA. Server PF. Guía del manejo de la artrosis de rodilla. Grup Sagessa. 2001.
6. Goycochea RMV. López RV. Colín MM. Ayala GMZ. Fragoso PMV. Ricardez SG. Solís SRA. Guía clínica para la atención de pacientes con osteoartrosis de rodilla y cadera. En: Guías de práctica clínica para medicina familiar IMSS. pp 141-149
7. Álvarez LA. Casanova MC. García LY. Fisiopatología, clasificación y diagnóstico de la osteoartritis de rodilla. *Rev Cubana Ortp y Traumatol* 2004; Vol 18. No 1. pp 41-46
8. Quintero M. El autocuidado en la atención de los ancianos. publicación científica OPS/OMS. 1994; 546: 652-659
9. Tirado CF, Moreno CY. Autopercepción de salud en un grupo de ancianos mexicanos con el uso del perfil de salud de Nottingham. *Arch Med Fam* 2004. Vol 6 No 1. pp 20-22
10. <http://www.gabinetedepsicologia.com>
11. <http://www.seom.org>
12. Alonso J. Antón JM. Spanish versión of the Nottingham health profile: translation and preliminary validity. *Am Journal Public Health* 1990. No 80: 704-708.
13. Velarde J. Figueroa E. Figueroa AC. Methods for quality of life assessment. *Salud pública Méx*. Sept-Oct. 2002. Vol 44. No.5. pp 448-463.
14. <http://jetch.bmjournals.com>

15. <http://www.hipocampo.org>
16. Azpia GM. Cruz JA. Villagrasa FJ. Factors Related to Perceived Poor Health Condition or Poor Quality of Life among those over Age 65. *Rev Esp Salud Pública*. 2002. Vol.76, No.6. pp 683-699.
17. Fernández VA. Bujalance ZM. Leiva FF. Martos FC. García RA. Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *MEDIFAM* 2001. Vol 11. No 9. pp 530-539.
18. Farrell MJ Gerontol M. Gibson SJ, Helme RD. The effect of medical status on the activity level of older. *Pain Clinica Patients. J Am Geriatr Soc*. 1995. Vol 43 No 2. pp 102-107.
19. Agüero HT. Fratiglioni L. Guo Z. Viitanem M. Strauss E. Winblad B. Dementia Is the Major Cause of Functional Dependence in the Elderly: 3-Year Follow-up Data From a Population-Based Study. *Am J Public Health*. 1998. Vol 88. pp 1452-1456.
20. Becker PM, Cohen HJ The functional approach to the care of elderly: A conceptual Framework. *J Am Geriatr Soc*. 1984. Vol 32 No 12. pp 923-929.
21. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, Sebens H, Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med*. 1996 Mar Vol. 156 No. 6. pp. 645-52
22. Diagnostico de Salud de la UMF 94 del IMSS. México DF. 2003.