



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



SEDE:

H.G.Z. CON MF. NO. 4 ZAMORA DE HIDALGO MICHOACÁN.

TITULO DEL TRABAJO:

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTROSIS DE RODILLA
Y CADERA EN LA UMF 72 DE YURECUARO, MICH.**

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

PRESENTA:

DR. JUAN ANTONIO DURAN MONTES

ZAMORA MICH.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTROSIS DE RODILLA
Y CADERA EN LA UMF 72 DE YURECUARO, MICH.**

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

PRESENTA:

DR. JUAN ANTONIO DURAN MONTES

AUTORIZACIONES:

**DR MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE ONVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINAFAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTROSIS DE RODILLA
Y CADERA EN LA UMF 72 DE YURECUARO, MICH.**

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

PRESENTA:

DR. JUAN ANTONIO DURAN MONTES

AUTORIZACIONES:

**DR. FERNANDO ALDERETE ALONSO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS**

**DR. JUAN MANUEL AGUÑIGA RAMIREZ
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA MÉDICA
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS**

**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DR FERNANDO ALDERETE ALONSO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS**

**DR. JUAN MANUEL AGUÑIGA RAMIREZ
JEFE DE ENSEÑANZA HGZ/MF O4 ZAMORA MICHOACAN**

ZAMORA MICH.

2007

INDICE

| | |
|--|-----------|
| MARCO DE REFERENCIA | 5 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 24 |
| JUSTIFICACION | 26 |
| OBJETIVOS | 28 |
| METODOLOGIA | 29 |
| TIPO DE ESTUDIO | 29 |
| POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO | 29 |
| TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA | 29 |
| CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION | 30 |
| INFORMACION A RECOLECTAR | 31 |
| CONCEPTUALIZACION DE VARIABLES | 32 |
| METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION | 33 |
| INSTRUMENTO DE EVALUACION | 33 |
| CONSIDERACIONES ETICAS | 37 |
| RESULTADOS | 40 |
| DISCUSION | 46 |
| CONCLUSIONES | 48 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 50 |
| ANEXOS | 55 |

Marco teórico

Definición Osteoartrosis

La osteoartrosis es la más común de las enfermedades articulares. Es un síndrome anatomoclínico caracterizado por dolor mecánico que con frecuencia se asocia a rigidez y que conduce progresivamente a una pérdida o disminución de la función articular. Siendo una enfermedad que cursa con dolor y limitación funcional progresiva constituye, además de un motivo habitual de consulta médica con los consiguientes elevados costos para su atención y tratamiento, una causa frecuente de deterioro del estilo de vida que influye en la Calidad de Vida del individuo asociada a su salud.¹

Es un trastorno corriente de una o más articulaciones, se inicia por un deterioro del cartílago articular y se caracteriza por una degeneración progresiva del cartílago, hipertrofia y remodelado del hueso subcondral e inflamación secundaria de la membrana sinovial. De esta manera desaparece la función amortiguadora de las articulaciones, y así las mismas van perdiendo su movilidad normal. Con el tiempo, todos los tejidos peri articulares sufrirán las consecuencias de la afección (músculos y tendones).

En la primera fase e la enfermedad se destruye cartílago, Esto no produce sintomatología alguna. Las mujeres se afectan mucho más que los hombres, pero en ellos suele iniciar a más temprana edad.^{1,2}

Epidemiología

Siendo una enfermedad que cursa con dolor y limitación funcional progresiva constituye, además de un motivo habitual de consulta médica con los consiguientes elevados costos para su atención y tratamiento, una causa frecuente de deterioro del estilo de vida³. Existen estudios que demuestran que en personas con Osteoartrosis sintomática hasta un 50% de ellos sufren algún grado de discapacidad⁶.

Los datos demográficos actuales revelan un rasgo peculiar de este siglo en relación con el incremento absoluto y relativo de sexagenarios. Expertos aseguran que al año 2000 arribaron alrededor de 600 millones de personas

mayores de 60 años y que para el año 2025, mientras la población mundial se triplicará, el número de personas de la tercera edad crecerá entre 5 y 7 veces⁷ .

Las zonas del cuerpo más afectadas, son la columna lumbar y cervical, caderas, rodillas, articulaciones distales de los dedos de las manos, o bien pueden ser afectadas articulaciones que han sido dañadas por enfermedad reumática previa, por sobre peso, por alguna, por infección crónico, traumatismo, y por uso indebido de la articulación.

El 70% de las personas mayores de 60 años, presentan alguna alteración radiológica secundaria a la enfermedad, pero solamente el 50% de ellos refieren alguna sintomatología^{3,4}

Esta artropatía es causante de limitaciones en la actividad de los adultos y por consiguiente del deterioro de la calidad de vida.

El proceso normal del envejecimiento del cartílago, como la aparición de las canas puede ser prematuro y acelerado en algunos individuos. Se calcula que a los 60 años de edad, el 25% de las mujeres y el 15% de los hombres presentan los síntomas, como el dolor y la limitación de la función y no necesariamente los datos radiológicos.¹

Existen pacientes que estando en movilidad total, caen en inmovilidad de manera abrupta, como en el caso de aquellos que sufren accidentes vasculares encefálicos o traumatismos incapacitantes, etc. En el caso de la artrosis, el deterioro es progresivo, lo que permite al clínico estudiar las diversas causas, factores o situaciones que aceleran el estado de inmovilidad, con la repercusión inevitable en la calidad de vida, a fin de encontrar las corregibles e incidir sobre ellas.

La osteoartrosis es una de las enfermedades más importante de este siglo por su elevada prevalencia en proporción al incremento de la longevidad de la población. Es una enfermedad dinámica caracterizada por cambios en el metabolismo del cartílago que culmina en degradación de la matriz. Originalmente considerada como una enfermedad esencialmente no

inflamatoria (Enfermedad Articular Degenerativa), ahora representa un proceso donde se ha alterado el balance normal entre la degradación y reparación del cartílago articular y hueso subcondral, con un componente inflamatorio (Osteoartrosis u Osteoartritis); lo que origina una abrasión del cartílago con formación de hueso nuevo en la superficie articular (osteofitos). El resultado final es daño funcional de la articulación, inestabilidad y dolor. La osteoartrosis representa además, una vía final común de muchas otras enfermedades. El mejor conocimiento del proceso de la enfermedad ha conducido a plantear una excitante propuesta de nuevas y beneficiosas terapias.

La edad es el principal factor de riesgo para la enfermedad, aumentando progresivamente su prevalencia en todas las articulaciones con el transcurrir de los años. La National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) encontró que la prevalencia de osteoartrosis de rodilla se incrementa desde 0,1% en personas de 25-34 años hasta 10-20% en personas de 65-74 años¹. Estudios de Frammighan encontraron porcentajes más elevados, de 30% para personas de 65-74 años. El sexo femenino es afectado casi dos veces más que el sexo masculino ². La osteoartrosis de cadera es menos común que la de rodilla y no exhibe la preponderancia femenina. Se asocia la obesidad con el incremento de la prevalencia de Osteoartrosis de rodilla³. Sujetos obesos que no tienen osteoartrosis, reducen su riesgo al bajar de peso; se ha calculado que si una persona baja solamente 5 kilos de peso, disminuye al 50% la probabilidad de desarrollar osteoartrosis sintomática de rodilla⁴

El traumatismo y el uso repetitivo articular ocupacional han sido considerados causas de Osteoartrosis, mientras que el sobreuso articular en actividades deportivas no presentan la misma relación causal, esto se explicaría por que el estrés articular de las actividades ocupacionales, intensidad y duración, es diferente al de las deportivas.

Historia

La Osteoartrosis es la más común de las enfermedades articulares. Es un síndrome anatomoclínico caracterizado por dolor mecánico que con frecuencia se asocia a rigidez y que conduce progresivamente a una pérdida o disminución de la función articular. El término en sí fue descrito por primera vez por el alemán Friedrich Von Muller, aunque hallazgos arqueológicos en momias egipcias y fósiles prehistóricos evidencian que esta enfermedad es tan antigua como varias especies de mamíferos¹ .

Está demostrado que la edad es el mayor factor de riesgo para el desarrollo de la Osteoartrosis que aumenta paulatinamente después de los 30 años pudiendo llegar hasta un 80% hacia los 65 años e incluso a un 95% en edades superiores² . 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 hormonales³ .

Múltiples factores de riesgo se asocian al progreso de esta enfermedad entre los que se destacan además de la edad y el sexo femenino ya mencionados, la obesidad, los microtraumas repetitivos en la práctica de determinados deportes y el desarrollo de actividades profesionales específicas.

Esta entidad se produce primariamente en articulaciones que soportan peso - como la cadera y la rodilla aunque puede afectar también la columna vertebral y pequeñas articulaciones de los miembros⁴ .

La rodilla y la cadera se encuentran entre las articulaciones más frecuentemente afectadas debido a que son sitios expuestos a sobrecarga articular, traumas, alteraciones biomecánicas o infecciones, sin dejar de mencionar el importante papel de la herencia.

Etiopatogenia

La mayor parte de las veces, la causa de la osteoartrosis es desconocida. Es una enfermedad que está relacionada principalmente con el envejecimiento; sin embargo, los factores metabólicos, genéticos, químicos y mecánicos pueden jugar un papel en su desarrollo.

Investigaciones de la fisiopatología del cartílago han revelado déficit de algunas sustancias requeridas para síntesis de proteoglicanos por parte del condrocito, tal como el Zinc y la Glucosamina. Se han encontrado que en el cartílago de pacientes con osteoartrosis, existe una reducida síntesis de glucosamina, que agrava el desequilibrio metabólico.¹⁹

En la patogénesis de la osteoartrosis antevienen factores genéticos (intrínsecos) y factores ambientales (extrínsecos)³⁹.

La ocupación, el estilo de vida y el trauma articular son ejemplos de factores extrínsecos; mientras que las mutaciones en genes que alteran la matriz del cartílago, constituyen una muestra de los factores intrínsecos.³⁹ La importancia de los factores genéticos se resalta con la observación de que los nódulos de Heberden se heredan como un factor autosómico ligado al sexo⁵

La osteoartrosis temprana se explica apoyada en este punto de vista, donde componentes mutantes de la matriz que disminuyen, por ejemplo, la elasticidad y tensión del cartílago, originan cambios en las propiedades biomecánicas de la articulación, apareciendo cambios degenerativos tempranos, sobretudo en las articulaciones que soportan peso. Es probable que la interacción de factores genéticos y ambientales finalmente determinen la edad de inicio y la severidad de la osteoartrosis; así, mutaciones relativamente silentes estarían enmascaradas en personas sometidas a un estrés articular mecánico repetitivo, desencadenando la aparición de la enfermedad⁶.

Probablemente la osteoartritis sea poli génica, es decir, la interacción de varios genes contribuyen a la resistencia o susceptibilidad de la enfermedad⁷. Muchos genes candidatos pueden ser identificados como predisponentes; un grupo de genes que codifican los componentes del cartílago, colágeno, proteoglicanos, proteína corporal y proteína de unión; otro grupo de genes asociados a displasias esqueléticas; así como también otros genes que codifican las enzimas y cofactores comprometidos en el metabolismo del condrocito, como los factores de crecimiento.

Estudios actuales revelan que mutaciones en el gene de la colágena tipo II, en el cromosoma 12 (Col 2 A1) participan directamente en algunas formas de OA. Así, se sabe que como resultado de esas mutaciones se presentan un amplio grupo de enfermedades hereditarias con fenotipos diferentes y extremos, como la Displasia espondiloepifisiaria de un lado, y algunas formas clínicas de osteoartritis familiar, de otro⁸. Se esperan resultados de estudios presentes y futuros para definir las reales consecuencias bioquímicas de las diferentes mutaciones en Col 2 A1.

Clasificación

La osteoartritis se clasifica como primaria o secundaria. La osteoartritis primaria ocurre sin ningún tipo de lesión o causa identificable, mientras que la osteoartritis secundaria se debe a otra enfermedad o afección subyacente. Las causas más comunes de ésta última son padecimientos metabólicos, como acromegalia, problemas con la anatomía (por ejemplo, ser patizambo), lesión o trastornos inflamatorios como la artritis séptica⁴⁰.

Cuadro clínico y Sintomatología

Los síntomas generalmente aparecen en personas de mediana edad, y a la edad de 70 años está presente en casi todas las personas. Antes de los 55 años ocurre por igual en ambos sexos. Sin embargo, después de los 55 años es más común en las mujeres.

El cartílago de la articulación afectada se vuelve áspero y se desgasta (degeneración). A medida que la enfermedad empeora, el cartílago desaparece y los huesos se rozan entre sí. Generalmente, se desarrollan espolones óseos alrededor de la articulación.

- Comienzo leve y gradual de dolor articular profundo que:
- empeora después del ejercicio o de soportar un peso
- con frecuencia se alivia con el reposo
- Movimiento limitado
- Inflamación articular
- Rigidez en la mañana
- Crepitación de la articulación con el movimiento
- Dolor articular cuando el clima es lluvioso

La osteoartrosis generalmente sólo presenta signos y síntomas locales que se relacionan a anomalías radiológicas características (osteofitos definidos), aunque esto no siempre ocurre en los estadios tempranos de la enfermedad. Los signos y síntomas son dolor, tumefacción, rigidez, sinovitis, deformidad y crepitación articulares.

El dolor en la enfermedad temprana aparece después del sobreuso articular y se alivia con el reposo; pero, más tarde, puede aparecer al mínimo movimiento o aún en el reposo nocturno. El origen del dolor no está en el cartílago, que es un tejido denervado, sino en otras estructuras intra y periarticulares:

- Fibras del dolor de la cápsula y mecanorreceptores por hipertensión intrarticular

Fibra de dolor periósticos por hipertensión intraósea

- Microfracturas subcondrales, entesopatía y bursitis.

Las características del dolor nos orientan sobre la etiología: el trauma y entesopatía causan dolor al movimiento, la sinovitis origina dolor al reposo, y el dolor nocturno, un factor de pobre pronóstico, por hipertensión intraósea.

La sinovitis vista en pacientes con Osteoartrosis es generalmente leve, pudiendo llegar a ser severa en algunos casos, similar histológicamente a la sinovitis de la Artritis Reumatoide. Se sabe que la liberación dentro del líquido sinovial de los productos de la degradación de la matriz extracelular del cartílago, que se observa en la osteoartrosis, serían los causantes de la sinovitis.

La rigidez en esta enfermedad es de corta duración, entre 5 y 30 minutos. La crepitación, una sensación de crujido cuando ocurre el movimiento articular es una hallazgo prominente y casi patognomónico de la Osteoartrosis.

El aumento de volumen articular resulta de varios factores: sinovitis, aumento de líquido sinovial o cambios proliferativos óseos (osteofitos).

La osteoartrosis generalizada, definida como un enfermedad de tres o más grupos articulares (interfalángicas distales y proximales, primera carpometacarpiana, caderas, rodillas y metatarsofalángicas) que se presentan preferentemente en mujeres con pico de inicio en la edad media (30 - 40 años) y con una marcada predisposición familiar. La osteoartrosis de grandes articulaciones caderas y rodillas, constituye un segundo grupo. Se presenta tanto en hombres como en mujeres con características radiológicas propias, sobre todo en caderas: pérdida de espacio central en las mujeres y compromiso del polo superior en los hombres¹⁰.

Un tercer grupo, osteoartrosis erosiva, se caracteriza por desarrollar erosiones subcondrales y tendencia a la anquilosis de las articulaciones interfalángicas distales y proximales sin llegar a la osteoartrosis generalizada. Un porcentaje pequeño de pacientes (15%) puede virar a Artritis Reumatoide seropositiva y se ha encontrado una asociación con el Síndrome de Sjogren¹¹.

La osteoartrosis secundaria produce cambios clínicos y radiológicos similares a la osteoartrosis primaria, pero se detecta una enfermedad subyacente (Hemofilia, Acromegalia, AR, Enfermedad de Paget, Subluxación congénita de cadera, etc.)

En la década de los 60 pasó al ámbito de las ciencias humanísticas siendo hasta la actualidad un tema muy controversial¹⁰ .

Diagnóstico y Seguimiento

El diagnóstico de la osteoartrosis es esencialmente clínico, que se confirma con análisis del líquido sinovial y estudios por imágenes. El líquido sinovial es de tipo no inflamatorio con menos de 2,000 células/cc y tiene una viscosidad relativamente normal.

Diagnóstico por imágenes: las placas radiográficas planas son las más importantes y actualmente están vigentes los criterios radiológicos de Kellgren y Lawrence (grado de disminución del espacio articular, formación de osteofitos y esclerosis subcondral), sin embargo muchos pacientes con evidencia radiográfica de osteoartrosis no presentan el cuadro clínico o la incapacidad características.

Actualmente existen técnicas en radiología que ayudan a correlacionar mejor los síntomas y los hallazgos radiográficos, tal es el caso de la micro radiografías, que son placas radiográficas magnificadas de alta resolución que permiten un análisis digital cuantificado, pudiendo observarse hallazgos óseos, osteofitos y esclerosis subcondral mucho antes que exista disminución en el espacio articular (lesión del cartílago). Esto sugiere que los hallazgos óseos de las micro radiografías indican la presencia de una enfermedad más temprana¹².

La Tomografía computarizada no ayuda en general al diagnóstico de la osteoartrosis, pudiendo ser útil sin embargo, en el hombro para evaluar la articulación glenohumeral. El Ultrasonido es útil para el diagnóstico de lesiones extra articulares como por ejemplo, el Quiste de Baker.

La Gammagrafía en fase 3 (tardía o metabólica) sirve de forma muy sensible para diagnóstico temprano de osteoartrosis ya que puede evaluar la actividad metabólica ósea predictiva de osteoartrosis esquelética subsecuente, que preceden a los cambios radiográficos en meses o años.

La Resonancia Magnética proporciona información tanto anatómica como fisiológica y es un método no invasivo para medir los cambios en la composición del cartílago¹³).

Avances sobre las alteraciones moleculares que ocurren en las articulaciones de pacientes con diagnóstico de osteoartrosis han conducido a la identificación de varios marcadores bioquímicos, potencialmente de utilidad clínica. Estos marcadores pueden originarse en el hueso, cartílago o membrana sinovial e identificarse igualmente tanto en orina, suero, líquido o membrana sinovial . Los marcadores caen en dos categorías: anabólicos y catabólicos. Algunos identificados y que serían de utilidad son el Keratan sulfato, la proteína corporal del agregan, la osteocalcina y el ácido hialurónico¹⁴ .

Tratamiento

En los últimos años se ha investigado mucho sobre la patogenia de la osteoartrosis y sobre esta base, se ha racionalizado el esquema terapéutico, participando organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Liga Internacional de lucha contra el Reumatismo (ILAR) y la Sociedad de Investigación de la osteoartrosis (OARS)¹.

Existe consenso sobre un nuevo enfoque global terapéutico e incluso se ha intentado elaborar una pirámide terapéutica similar a la clásica pirámide de la Artritis Reumatoide. La rodilla por ser la articulación más comprometida y causar discapacidad está siempre referida en los esquemas de tratamiento.⁴¹

Prevención

La prevención primaria en osteoartrosis abarca la educación del paciente, protección de la articulación del trauma, ejercicios, apoyo psicosocial, reducción de peso y evitar el uso repetitivo ocupacional. Se trata de eliminar los factores de riesgo.

La prevención secundaria comprende el tratamiento no farmacológico y el farmacológico.

Dentro de las modalidades no farmacológicas tenemos: la educación , terapia física y de rehabilitación, terapia ocupacional, brazaletes, vendajes, bastones, ortéticos, zapatos ortopédicos, aplicación de calor y frío, lavado articular, etc. Todos ellos tendientes a mejorar la propiocepción articular y retardar o detener el proceso.⁴¹

Manejo farmacológico

La terapia farmacológica se puede administrar en forma tópica, oral o intrarticular. La Capsaicina es un efectivo analgésico tópico, no es un antiinflamatorio, sino actúa sobre las terminaciones sensoriales de la articulación y alivia el dolor al segundo o tercer día después de iniciar su aplicación⁷. Otra forma de terapia tópica es la diatermia o aplicación de calor profundo, de mucha utilidad antes del ejercicio, por permitir una mejor extensibilidad de los tendones y la relajación muscular.

En la síntesis de la colágena tipo 11 participa la vitamina C, por lo que se recomienda en el tratamiento de la osteoartritis en forma de tabletas orales diarias, ya que puede proteger contra la progresión de la osteoartrosis⁷.

El acetaminofeno, los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y los corticoides son los agentes más empleados para tratar la osteoartrosis. Dados los efectos adversos conocidos de la mayoría de los AINES y su probable efecto deletéreo sobre el metabolismo del cartílago, el acetaminofeno en dosis diarias de 4 gramos, es la droga más recomendada y empleada.

Los corticoides, empleados racionalmente por especialistas, en forma intrarticular dos a tres veces por año en cualquier articulación con sinovitis y muy inflamadas que no respondan al tratamiento con AINES, son muy efectivas y controlarían la degradación del cartílago¹⁸; sin embargo, su abuso y dosis elevadas, impedirían la reparación del cartílago articular.

Dentro de la categoría de Drogas de Acción Lenta para los Síntomas de OA (SYSADOA), se encuentran varios compuestos, también denominados NUTRACEUTICALES, que además de ofertar sustrato al condrocito, tienen acción analgésica por lo que son de mucha utilidad en esta enfermedad: el sulfato de glucosamina, el avocado de soya, condroitin sulfato y un hidrolizado de colágena, son algunos de ellos.

En pleno desarrollo se encuentran las llamadas Drogas Modificadoras de Enfermedad en osteoartrosis (DMOADs) que constituyen un verdadero pilar para controlarla. En este grupo está la Tetraciclina y su derivado Doxiciclina, cuyo mecanismo de acción es inhibir la degradación del cartílago²⁰. Otro avance, en este grupo, es la denominada Visco suplementación que consiste en reconstituir la viscosidad del líquido sinovial, al aplicar dentro de la articulación moléculas de alto Peso Molecular de Acido Hialurónico. No tiene acción sistémica, por lo tanto no tendría reacciones adversas y son efectivas en todos los estudios clínicos de la osteoartrosis, retardando la cirugía en casos severos²¹. Finalmente, la Geneterapia intraarticular²² y la implantación intraósea de condrocitos autólogos²³, constituyen un campo de investigación actual y un proyecto futuro muy atractivo.

Calidad de vida, concepto

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las

Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998)³¹.

La **calidad de vida** se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo⁹. Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Es un concepto valorativo en el que convergen puntos de vista teóricos, filosóficos y políticos, que parte de proteger al hombre de cuanto pueda dañarlo para establecer mejores condiciones de vida. En Medicina se define como "el equilibrio entre los estados de bienestar y malestar". Es la percepción del individuo respecto a su posición en la vida en el contexto en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones¹¹.

A pesar de las numerosas definiciones que existen, aún no hay acuerdo de si la Calidad de Vida debe identificarse solamente a través de indicadores objetivos o subjetivos, lo cual sigue generando múltiples polémicas en los estudiosos del tema.

La UNESCO utiliza el término Calidad de Vida refiriéndose de forma integral a las necesidades humanas, no sólo a un fragmento o parte de ellas.¹²

En las sociedades capitalistas industrializadas el crecimiento económico es condición absoluta del progreso social con una meta exclusiva de aumentar el consumismo como sinónimo de bienestar. Pero resulta obvio que existen otras fuentes de felicidad fuera del consumo tales como una familia unida, un entorno protector, un trabajo satisfactorio, el sentimiento de validismo y un medio ambiente sano y bello. Por tanto, el crecimiento económico no necesariamente es equivalente al desarrollo humano.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha propuesto el Índice de Desarrollo Humano (IDH) con los indicadores esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad infantil, educación e ingreso promedio, pero esta propuesta tiene la limitante de que no observa indicadores de gran importancia como son la seguridad, el estado de salud o las escalas de valores.¹²

Algunas condiciones mínimas para una Calidad de Vida digna son:

- Oportunidad de empleo.
- Escolarización.
- Protección a la salud.
- Eliminación de formas de discriminación.
- Protección al ecosistema.
- Sistema de valores.

Cada individuo debe ser considerado la única persona capaz de sopesar las satisfacciones e insatisfacciones de su vida¹² .

Los desacuerdos y criterios divergentes que persisten en la conceptualización de la Calidad de Vida son consecuencia de la relativa novedad del término, de su esencia interdisciplinaria así como de la abundante literatura existente sobre este tema ¹³ El estudio de la morbilidad y el impacto de la enfermedad en el estilo de vida se conocen como medición de la Calidad de Vida.

Muchos expertos coinciden en que no existe un instrumento ideal y único para evaluar todas las aristas de la Calidad de Vida¹⁴ a pesar de lo cual son varias las escalas empleadas actualmente con este fin. ^{15,16} De las más conocidas pueden mencionarse el Perfil de Salud de Nottingham diseñado en Gran Bretaña, validado en nuestro idioma, y excelente para medir salud percibida; el Índice de Katz que fue desarrollado básicamente en ancianos con enfermedades crónicas; el Test de Valoración Funcional de Karnofsky; el SF-36, el Sickness Impact Profile y el EUROQuol-5D entre otros muchos. Los estudios acerca de la Calidad de Vida no datan de muchos años siendo Karnofsky uno de los iniciadores en 1948 con la creación de una medición denominada status de desempeño con el cual revolucionó los métodos convencionales para valorar el pronóstico de enfermos terminales. Posteriormente Katz crea, en 1963, el índice de independencia para las actividades de la vida diaria (AVD) ⁹ pero no es hasta 1964 que el término Calidad de Vida fue utilizado por primera vez públicamente por el presidente norteamericano Lyndon B. Jonson teniendo en sus inicios un enfoque básicamente económico¹⁰

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.³¹.

La Calidad de Vida en la Salud puede adquirir una connotación particular y puede incluir todas las enfermedades y manifestaciones que afecten la salud, constriñan la libertad y dañen la felicidad de las personas. No debe medirse, sino valorarse, pero sólo a partir de la propia actividad humana, su contexto, sus resultados y su percepción individual previamente educada^{17,18}.

Consideramos que cualquier investigación que se acerque a este tema reviste 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. Por lo que nos trazamos como objetivo, evaluar la Calidad de Vida en pacientes con Osteoartrosis de cadera, rodilla y columna lumbar.

En la familia, formada como un sistema abierto, las interacciones de sus miembros varían gradualmente para adaptarse a los cambios internos en los elementos que la componen, así como a los cambios producidos en su entorno. Las enfermedades, sobre todo las crónicas y las terminales, ocasionan una serie de procesos que afectan no solo al individuo que las padece,, sino que dan lugar a cambios radicales al interior de la familia, fundamentalmente influidos por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades (calidad de vida) del enfermo que requerirá ser atendido, cuidado y medicado.

Estos cambios dependerán en gran medida en las características propias de cada familia, de la etapa del ciclo vital en que se encuentre, del momento de la vida del paciente, del lugar que ocupe en el grupo familiar y de los requerimientos de la enfermedad y su tratamiento.

Dependiendo del grado de funcionalidad familiar, estos cambios podrán provocar reacciones crónicas que exacerbén la situación, prolongando un círculo vicioso difícil de romper.

Es de esperarse que la estructura familiar del paciente crónico cambie, ya que como en otras situaciones críticas, su figura se torna central, ocasionando que consecuentemente, las interacciones de la familia giren en torno de él. Los niveles de jerarquía se verán modificados de tal manera que si por ejemplo, si el padre es el afectado, su función parental o de proveedores vera delegada a otro miembro del grupo; así mismo, pueden aparecer alianzas e incluso coaliciones que, aunadas a los sentimientos del paciente pueden obstaculizar el manejo eficaz de la enfermedad.

Así pues, la enfermedad crónica definida como un trastorno con una característica insoslayable, no se cura nunca y sus repercusiones familiares están en función de su progresión y pronóstico.

Así pues, en este tono, se puede señalar que los problemas de salud crónicos o terminales, residen fundamentalmente en una etiología social más que biológica, situación que da lugar al renacimiento de un viejo concepto el de la familia como microsistema responsable de salud o enfermedad.⁴³

Existen dos razones importantes para que el médico desarrolle la capacidad de hacer observaciones clínicas fiables sobre la familia del paciente:

- a) Lo que ocurre en el interior de la familia puede desempeñar un papel etiológico en la enfermedad del paciente.
- b) La respuesta de la familia del paciente ante una enfermedad, influye sobre su curso.

Es por eso que el médico familiar debe tener siempre en cuenta que los cambios naturales de la familia, su dinámica, y los patrones de disfunción familiar, invariablemente se reflejan en el proceso salud enfermedad y que por lo tanto forman parte de los elementos que debe abordar para ejercer una práctica médica efectiva.

En otros tiempos la carencia de conocimientos científicos y de tecnología sofisticada, eran suplidos por el médico de entonces con la capacidad nacida de su dinámica personal y su conocimiento del medio ambiente, el enfermo y su familia. En la actualidad, todos estos elementos conjugan para hacer de la medicina familiar el elemento idóneo para llevar a cabo las acciones de una atención médica integral.

La medicina familiar como la especialidad preventiva por excelencia, y el médico familiar como principal promotor del cuidado de la salud de las familias, debe resolver los problemas relacionados con las necesidades de salud y enfermedad en el contexto de la atención primaria de salud, no solo del individuo como unidad biopsicosocial, sino también del ambiente más importante en el que ocurre y se resulta la enfermedad, la familia.

Los propósitos de identificar los comportamientos en los diferentes momentos que la familia, a través del ciclo evolutivo vive, son dos, el primero de ellos la identificación de los factores de riesgo que presentan las familias, lo que puede propiciar desequilibrio, cuyo reestablecimiento dependerá de los mecanismos que la familia haya desarrollado para afrontarlos.

Además que la identificación de estos comportamientos, llevan al buen médico familiar al diseño de una intervención oportuna, para dicho momento del ciclo, es innegable que los comportamientos. Es innegable que los comportamientos de una familia ante la presencia de un conflicto son diversos.

De tal suerte que, su conocimiento se convierte en un indicador que facilita el proceso de la intervención del médico familiar, permitiendo y facilitando la explicación para las hipótesis que se construyen en la interacción continua y habitual con nuestros pacientes.

Se convierten en la mirada que permite desde la cibernética, y el construccionismo social, encontrar como es que en esta familia, se construye la realidad o bien la identificación de factores de riesgo y de cómo estos serán enfrentados y confrontados.

Planteamiento del problema

La enfermedad articular degenerativa, (osteoartrosis) es un diagnóstico común en la consulta externa de la unidad de medicina familiar N° 72 de Yurécuaro Michoacán. La queja principal está dada por la sintomatología dolorosa y la limitación funcional del órgano afectado, condicionando un déficit en la calidad de vida del paciente portador de esta patología, requiriendo, el apoyo de algún miembro de la familia, para acompañarlo a la atención médica rutinaria, en las menos e incluso para vestirse o acudir al sanitario en las mas severas. Alrededor del 12% (SIMO: sistema de información médica operativa de la UMF 72 de Yurècuaro Michoacàn) .³⁸ de la consulta externa de los pacientes mayores de 50 años de edad, presentan sintomatología clínica relacionada con la osteoartrosis.

El impacto 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. Este estudio intenta sobrepasar 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 osteoartrosis de cadera y rodilla y cintura lumbar.

Las principales dimensiones que se abordan en el estudio de la calidad de vida del paciente con osteoartrosis en este estudio son:

Capacidad de realizar las actividades de la vida diaria, del autocuidado habitual, de acuerdo con el colegio americano de reumatología . (American College of Reumatoligy)⁴⁴

Esta entidad, toda vez que produce grados variables de afectación que pueden transitar desde sólo dolor y limitación hasta una importante imposibilidad del paciente para realizar sus actividades habituales, influye en la Calidad de Vida del individuo asociada a su salud pero no deja de afectar otros aspectos más amplios del término que implican elementos sociales, familiares y económicos.

La motivación para este estudio surge a partir de los elementos antes mencionados y del conocimiento de que cualquier discapacidad conduce a una afectación de la calidad de vida del paciente.

En la comunidad de Yurécuaro Michoacán, con un solo consultorio de medicina familiar, con un total de 1692 personas adscritas, y de estas 461 pertenecen al grupo etáreo de 50 y más años de edad, siendo 251 varones y 210 mujeres, grupo de edad, en que inician los síntomas y limitaciones relacionados con la osteoartrosis.³⁸

Existe una pirámide de población de base ancha por la cantidad de personas jóvenes, pero con punta obtusa, por el incremento de personas mayores de 40 años y con tendencia a la forma cilíndrica, lo que indica que pronto tendremos un pirámide de punta ancha, lo que nos sugiere la predominancia de personas mayores de 60 años de edad, por encima de los demás grupos etéreos y tomando en cuenta las aseveraciones anteriores, nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Que calidad de vida tienen los pacientes portadores de osteoartrosis de rodilla y cadera de acuerdo con la edad y tiempo de evolución adscritos a la unidad de medicina familiar número 72 de Yurécuaro Michoacán?

Justificación:

El alto índice de diagnósticos de osteoartrosis en la consulta diaria en la unidad de medicina familiar de Yurècuaro Michoacán, nos permite visualizar el alto número de pacientes que se verán con un déficit en su calidad de vida, por lo que me propuse valorar el estatus de la calidad de vida de estos pacientes, en busca de situaciones que pudieran ser prevenibles y en su caso promover las acciones que limiten el deterioro de la calidad de vida de los mismos, que frecuentemente se ve alterada por la limitante de los servicios de medicina física y rehabilitación con frecuencia son rebasados por las demandas, no solo de estos pacientes, sino de todos aquellos de las diferentes disciplinas que requieren de sus servicios.

Los padecimientos del sistema músculo esquelético son un serio problema de salud pública al afectar alrededor de 30% de la población en general y representar una de las principales causas de invalidez. La osteoartrosis es la más común de las enfermedades reumáticas. Es una enfermedad degenerativa que ocasiona pérdida del cartílago de la articulación. Por ello, cuando se desgasta ocasiona inflamación, dolor intenso y formación de hueso adicional al que ya existe²³.

En la actualidad este padecimiento afecta a cerca del 80% de los mayores de 65 años, lo que representa alrededor de 4.8 millones de personas. De seguir esta tendencia, se prevé que en el año 2050, 19 millones de habitantes sufrirán este mal.⁷

Este estudio se verá reflejado, en la posibilidad de determinar las causales que pueden ser modificables y que de manera sustantiva deberán limitar el empobrecimiento de la calidad de vida de estos pacientes.

Considero que es factible, dado que se cuenta con los recursos materiales y humanos; contamos con disposición de pacientes y el apoyo de personal paramédico para su realización.

Se contó con el tiempo, disposición de sujetos. De acuerdo con la incidencia y prevalencia de la patología, es considerada como problema de salud pública, dados los costos económicos por lo que considero que es completamente viable.

Objetivos:

Objetivo general:

Determinar el estado de calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de cadera y rodilla.

Objetivos específicos

- 1.- Determinar la relación de la edad con el grado de calidad de vida según sexo del paciente.
- 2.-Determinar la calidad de vida en relación al tiempo de evolución de la osteoartrosis.
- 3.-Determinar la calidad de vida en relación a la edad del paciente.

Material y métodos

Diseño o tipo de estudio:

Se realizó un estudio, descriptivo, transversal no experimental, retrospectivo de tipo observacional.

Población, lugar y tiempo:

Población: Pacientes con osteoartrosis de ambos sexos, adscritos a la UMF 72. de Yurécuaro Michoacán

El estudio fue realizado del primero de marzo al 30 de junio del 2006.

Tipo de muestra: Probabilística

Tamaño de la muestra:

Se obtiene muestra probabilística: aleatoria simple

Calculo del tamaño de la muestra: Se utilizó la siguiente formula para determinar el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{N \times Z^2(3.8416) \times p \times q}{(e^2 \times N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

N= Población con Osteoartrosis = 245

N= Tamaño de la muestra

Z = utiliza 1.96—95%

P= Prevalencia del problema de acuerdo a los reportado 0.10

e= Error permitido= 0.03

q=proporción de individuos que no presentan el fenómeno= 1-p = .9

$$n = \frac{N(245) \times Z^2(3.8416) \times p(.10)q(0.9)}{D(.0009) \times N-1(244) + 0.3457} = \frac{84.7}{0.56} = 151$$

Criterios de inclusión:

- > Pacientes con diagnóstico confirmado clínico y radiológico de osteoartrosis primaria de cadera, rodilla y cintura lumbar
- > Edad superior a 40 años.
- > Pacientes que hayan manifestado su consentimiento a participar en el estudio.
- > Pacientes en pleno uso de sus facultades mentales.
- > Pacientes de ambos sexos

Criterios de exclusión:

- *Pacientes menores de 40 años
- * Osteoartrosis de causas secundarias.
- Pacientes con enfermedades de base descompensadas. (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Renal)
- Pacientes con enfermedades infecciosas graves (tuberculosis, hepatitis), neoplasias u otras que comprometan su estado general (secuelas de Fractura de cadera, hombro, parkinson)
- * Pacientes que no correspondan a la UMF 72

Criterios de eliminación:

> Aquellos pacientes que una vez firmado consentimiento informado, se nieguen a contestar cuestionario.

Información a recolectar:

Variables a recolectar:

Calidad de vida:

Se tomó como el bienestar y satisfacción que le atorga al individuo la capacidad para realizar sus actividades cotidianas.

Edad. Tiempo transcurrido, desde el nacimiento, hasta la fecha actual en años cumplidos.

Sexo: diferenciación entre hombre y mujer.

Tiempo de evolución: Tiempo transcurrido, desde la fecha de diagnóstico hasta la fecha actual.

Métodos o procedimiento para capturar la información:

Definición operacional de variables:

| Variable | Definición operacional | Tipo de variable | Escala de medición | indicador |
|---------------------|--|-------------------------|-----------------------|--|
| Calidad de vida | Bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. | Cualitativa | Nominal categórica | Escala HAQ de calidad de vida 1.- Sin dificultad 0-8 puntos 2.-Alguna dificultad 9-16 puntos 3.-Mucha dificultad 17-24 puntos 4.-Incapacidad severa 25-32 puntos |
| Edad | Agrupación categórica de rangos de edad en relación a la manifestación de la osteoartritis y la calidad de vida del paciente. | Ordinal Cuantitativa | Nominal | Años cumplidos 1=40-49 años 2=50-59 años 3= \geq a 60 años |
| sexo | Diferenciación entre hombre y mujer | cualitativa | Nominal categórica | 1.- hombre 2.- mujer |
| Tiempo de evolución | Agrupación categórica del tiempo de evolución de la osteoartrosis clínica o radiológica y la calidad de vida del paciente. | Ordinal cuantitativa | Nominal categórica | Años de evolución 1=0-10 años 2= 11-20 años 3= 21-30 años 4= \geq 30 años |

Recolección de datos:

1.- Selección del instrumento:

Instrumento de evaluación para medición de la variable:

Se selecciono el instrumento HAQ que es un Cuestionario diseñado en la Universidad de Stanford ³². Incluye cinco áreas que deben ser evaluados al considerar el Estado de Salud Integral de un paciente con una enfermedad crónica, incapacitante y grave como es la Artritis Reumatoide y la osteoartritis

El Índice de Capacidad Funcional del HAQ es el que ha sido ampliamente difundido y validado en diferentes poblaciones de pacientes con AR^{34,35}. Ya ha sido validado en España y México⁴².

El HAQ completo es un cuestionario de 20 páginas diseñado para evaluar malestar, discapacidad, toxicidad por fármacos, coste económico y muerte, y requiere de 30 a 60 minutos para que el paciente lo pueda rellenar. La dimensión que suele utilizarse y a la que nos referimos habitualmente al hablar del HAQ es a la que valora la discapacidad que consta de 20 cuestiones, agrupadas en 8 categorías que abarcan distintas actividades de la vida diaria, cada una de las cuales se puntúa de 0 a 3, siendo 0 la realización normal de la actividad y 3 la imposibilidad total de realizar la actividad. En cada una de las 8 categorías se da la puntuación de la que peor haya señalado el paciente y finalmente la suma total se divide entre 8, obteniéndose un resultado que va de 0 a 3, siendo 0 una capacidad funcional normal y 3 la peor posible. Este cuestionario se ha traducido y validado para la población española, ha demostrado ser útil¹⁸ y el paciente tarda en rellenarlo entre 5 y 10 minutos. Se ha desarrollado un HAQ modificado con 8 cuestiones solamente para intentar aún mayor sencillez. El resultado final del HAQ nos da una idea numérica y objetiva de la capacidad funcional del paciente con osteoartritis.

El instrumento está constituido por preguntas cerradas con varias alternativas de respuesta.

2.- Aplicación del instrumento:

El instrumento fue aplicado mediante entrevista persona

3.-Método para la captura de la información

- Previa autorización a las autoridades de la unidad médica N° 72 en Yurécuaro Michoacán, para la realización del estudio.

- Una vez autorizado, se seleccionaron a los pacientes de acuerdo al tamaño de la muestra, de manera aleatoria, de aquellos pacientes que acuden de manera regular al control de osteoartritis, mediante la revisión de los expedientes a fin de determinar que cuentan con diagnóstico clínico (dolores articular, limitación de movimientos, inflamación articular, rigidez matutina crepitación articular al movimiento), o radiológico (Disminución de espacio articular, osteopenia yuxtaarticular, esclerosis marginal presencia de osteofitos) del mismo, corroborado por el especialista.

- se identificaron a los pacientes que reunieron los criterios de inclusión y se realizaron visitas domiciliarias para la localización de aquellos que no se captaron en la unidad médica y previo consentimiento informado (anexo1), se solicitaron los generales y su participación en el estudio.

4.-se elaboró un banco de datos en hoja Excel (anexo 3), que contiene:

- Iniciales del paciente
- N° de afiliación.
- agregado
- Sexo
- Edad en años cumplidos
- Tiempo de evolución.
- Calificación de cuestionario AHQ.

Las variables tiempo y edad se operacionalizaron para ser agrupadas en categorías de tipo nominal categórica.

5.- El nivel de medición de cada ítem de la calidad de vida del cuestionario HAQ fue nominal categórica

6a.- Para codificar la calidad de vida se señaló con el número 1 al paciente que obtuvo calificación de 0-8 puntos; con el número 2 al paciente que obtuvo la calificación de 9-16 puntos; con el número 3 al paciente que obtuvo calificación de 17 a 24 puntos, y con el número 4 al paciente que obtuvo calificación de 25 a 32 puntos.

- En relación a la calidad de vida los pacientes con puntaje en codificación 1, constituye la categoría de buena calidad de vida; el 2, con calidad de vida levemente afectada; el 3, con calidad de vida moderadamente afectada y el 4, con mala calidad de vida.

- Para el sexo se tomo la siguiente codificación, el número 1 para sexo masculino y el 2 para el femenino

- Para la edad en años cumplidos, se estableció la siguiente categorización y codificación, para la categoría de 40-49 años, se codificó con el número 1; para la categoría de 50 a 59 años, se codificó con el número 2, y la categoría de 60 y más años de edad, se codificó con el número 3.

- para codificar el tiempo de evolución, se establecieron los siguientes rangos y códigos, para el rango de 0-10 años de evolución se utilizó el número 1; de 11 a 20 años, el número 2; de 21 a 30 años el número 3 y para el rango de 30 y más años, el número 4.

6b.- La confiabilidad de la codificación es buena ya que el estudio se realizó por una sola persona.

7.- Análisis estadístico.

Estadística descriptiva para cada variable (nominal categórica), utilizando distribución de frecuencia agrupados en categorías, de calidad de vida-tiempo de evolución; calidad de vida- edad;

calidad de vida- edad; y calidad de vida- sexo.

Recursos humanos:

Se contó con la participación de médicos familiares adscritos a la UMF de Yurécuaro de ambos turnos, así como de las asistentes médicas, para la recolección de datos y aplicación de encuestas, así como el propio autor.

Recursos materiales y financieros:

Se contó con recursos financieros propios del autor y de la institución.

Lápices de carbón

Hojas de papel bond

Borradores

Equipo de cómputo con los programas requeridos para el análisis estadístico.

Consideraciones éticas:

Se recogió la aprobación de los pacientes a participar en el estudio en un documento firmado en el cual se plasma la información difundida sobre objetivos, procedimientos y resultados esperados en la investigación, enfatizando el carácter voluntario de la participación del paciente a la misma.

Se solicitó la participación de los pacientes en el estudio, previo consentimiento informando en relación a las expectativas del mismo, y la seguridad de estricta confidencialidad de los datos expresados (anexo 1)

Previa realización del protocolo de investigación se solicitó la aprobación del comité de ética y de investigación del Hospital General de Zona C/MF 04 de Zamora del Instituto Mexicano del Seguro Social en Michoacán.

Posteriormente se realizó el estudio previa autorización de los directivos de la Unidad de la UMF N° 72 de Yurécuaro del Instituto Mexicano del Seguro Social Michoacán

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (1984) con última reforma publicada 12/01/2006, el presente estudio se apega a lo que establece el **TITULO PRIMERO,**

Artículo 2º, apartado VII: El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Ya que estudia la relación existente entre osteoartrosis de cadera y rodilla y la calidad de vida del paciente.

Artículo 3º, apartado IX: la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.

Por que de alguna manera se esta supervisando el ejercicio profesional del medico familiar sobre un estado de salud específico.

Se apega a lo que establece el **TITULO CUARTO,**

CAPITULO III Artículo 90, apartado IV, Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas.

Porque el estudio se realizó con la participación voluntaria del personal para medico y para médico de la Unidad de Medicina Familiar N° 72 de Yurécuaro Michoacán.

Se apega a lo establecido en el **TITULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Artículo 96.- apartado III.** A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.

Ya que la osteoartrosis de cadera y rodilla es uno de los principales diagnósticos en la consulta de medicina familiar y por ende, motivo de limitación en la calidad de vida de los pacientes portadores.

A lo establecido en el **TITULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Artículo 100.-** La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: **Apartado II.** Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

Porque el presente estudio sólo se puede realizar con la información obtenida de los mismos pacientes.

Apartado III.- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

Por que el estudio no compromete la integridad ni la seguridad de los pacientes estudiados.

Apartado IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizara la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

Para la realización del estudio se contó con consentimiento por escrito de los sujetos a investigar.

De acuerdo a la ley general de salud el presente estudio no representa ningún tipo de riesgo a la salud o integridad del paciente.

El presente estudio se apega al **Código de Helsinki** (1964) la investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero solamente aceptable cuando llene los requisitos señalados por este código: **apartado 2:** Consentimiento informado del sujeto

Resultados:

Se estudiaron un total de 151 pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de rodilla y cadera que reunieron los criterios de inclusión a los cuales se les aplicó encuesta cuestionario de evaluación de salud HAQ modificado, el cual califica la presencia o ausencia de dificultad para realizar actividades cotidianas y las categoriza, de acuerdo con el tipo de dificultad (calidad de vida), sin dificultad, con alguna dificultad, con mucha dificultad e incapacidad para hacerlo, y se obtuvieron los siguientes resultados:

De los 151 pacientes se estudiaron 54 hombres y 97 mujeres,(tabla3) de estos se encontró que 49 mujeres y 28 hombres, negaron la presencia de algún tipo de dificultad, lo que corresponde al 50.9% de la muestra; 23 mujeres y 11 hombres presentaron respuestas correspondientes a presentar alguna dificultad para realizar sus actividades cotidianas, correspondiendo al 22.5% del total de la muestra. (Tabla 1)

13 mujeres y 11 hombres reportan mucha dificultad para realizar sus actividades, correspondiente al 15.8% de la muestra y por último 12 mujeres y 4 hombres presentan incapacidad severa para la realización de sus actividades cotidianas representando al 10.5% de la muestra total (Tabla 1)

En relación al tipo de calidad de vida y el tiempo de evolución de la patología encontramos los siguientes resultados,.

Aquellos pacientes que se reportan sin ningún tipo de dificultad, se repartieron dentro de las siguientes rubros: con tiempo de evolución entre 0-10 años encontramos a 10 pacientes, con tiempo de evolución entre de 11 a 20 años de evolución se encontraron 59 pacientes y 8 pacientes de evolución entre 21 y 30 años para un total de 77 pacientes que corresponde al 50.9 por ciento de la muestra. (Tabla 2)

De los pacientes que reportan alguna dificultad, 31 corresponden al grupo de entre 11 y 20 años de evolución y 3 al grupo de entre 21 y 30 años de evolución, para un total de 34 pacientes con un porcentaje de 22,5%. (Tabla 2)

Con respecto a los que manifestaron mucha dificultad, se encontró a 15 pacientes con evolución entre 11 y 20 años y 9 pacientes con evolución entre 21 y 30 años, para un total de 24 pacientes y un 15.8%. (Tabla 2)

De los pacientes que reportan una incapacidad para hacerlo es decir incapacidad severa, se reportan 1 paciente con evolución entre 11 y 20 años y 15 pacientes entre 21 y 30 años de evolución, para un total de 16 pacientes y un porcentaje de 10.5%. (Tabla 2)

En relación a la calidad de vida y edad del paciente encontramos los siguientes datos.

De aquellos pacientes que reportan tener buena calidad de vida sin ninguna dificultad, 10 correspondieron al grupo de edad entre 40 y 49 años, 54 pacientes entre 50 y 59 años de edad y 13 entre 60 años y más de edad, con un total de 77 pacientes, y 50.9% de la muestra. (Tabla 3)

De los pacientes que reportaron alguna dificultad, se encuentran los siguientes datos.

31 pacientes del grupo de 50 a 59 años de edad y 3 del grupo de 60 y más años de edad, con un total de 34 pacientes y un 22.5% de la muestra.

Los pacientes que reportaron mucha dificultad son 15 del grupo de 50 a 59 años y 9 del grupo de 60 y más años, con un total de 24 pacientes y un 15.8%.

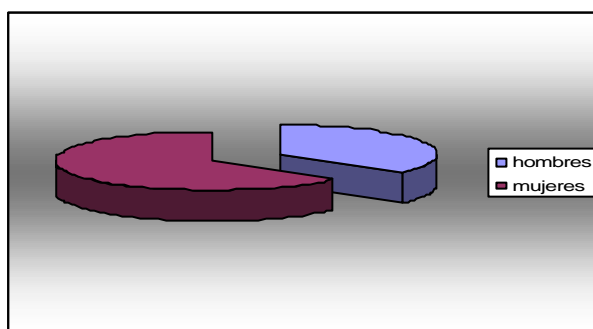
La incapacidad severa o para hacerlo, se reportan de la siguiente manera. 1 paciente del grupo de entre 50 y 59 años y 15 pacientes del grupo de 60 y más años de evolución con un total de 16 pacientes y un 10.5% de la muestra. (Tabla 3).

Tabla 1 Calidad de vida en relación al género

| Puntos | Hombres | Mujeres | Total | porcentaje |
|----------------------------------|---------|---------|-------|------------|
| 0-8 (sin dificultad) | 28 | 49 | 77 | 50.9 |
| 9-16 (con alguna dificultad) | 11 | 23 | 34 | 22.5 |
| 17-34 (mucho dificultad) | 11 | 13 | 24 | 15.8 |
| 25-32 (incapacidad para hacerlo) | 04 | 12 | 16 | 10.5 |
| Total | 54 | 97 | 151 | 100 |

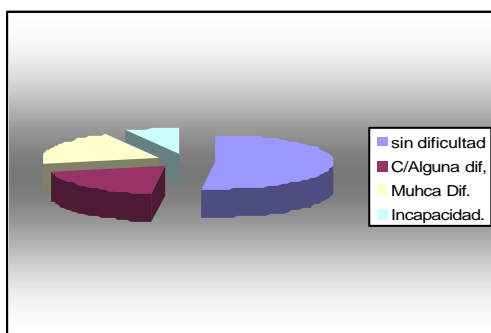
Fuente: pacientes con diagnóstico de osteoartritis de la umf 72

Gráfica 1 Pacientes con osteoartritis según género



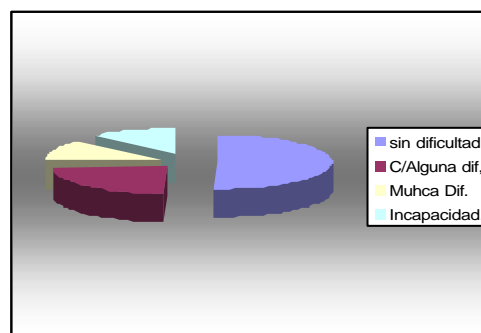
Fuente: pacientes con de osteoartritis de la umf 72

Grafica 2 Varones según calidad de vida



Fuente: pacientes con osteoartritis de la umf 72

Grafica 3 mujeres según calidad de vida



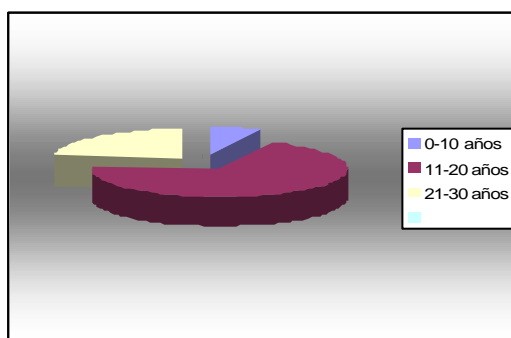
Fuente: pacientes con osteoartritis de la umf 72

Tabla 2 Relación entre calidad de vida y tiempo de evolución

| Calidad de vida/tiempo de evolución | 0-10 | 11-20 | 21-30 | Total | porcentaje |
|-------------------------------------|------|-------|-------|-------|------------|
| 0-8 (sin dificultad) | 10 | 59 | 8 | 77 | 50.9 |
| 9-16 (con alguna dificultad) | 0 | 31 | 3 | 34 | 22.5 |
| 17-34 (mucho dificultad) | 0 | 15 | 9 | 24 | 15.8 |
| 25-32 (incapacidad para hacerlo) | 0 | 1 | 15 | 16 | 10.5 |
| TOTAL | 10 | 106 | 35 | 151 | 100 |

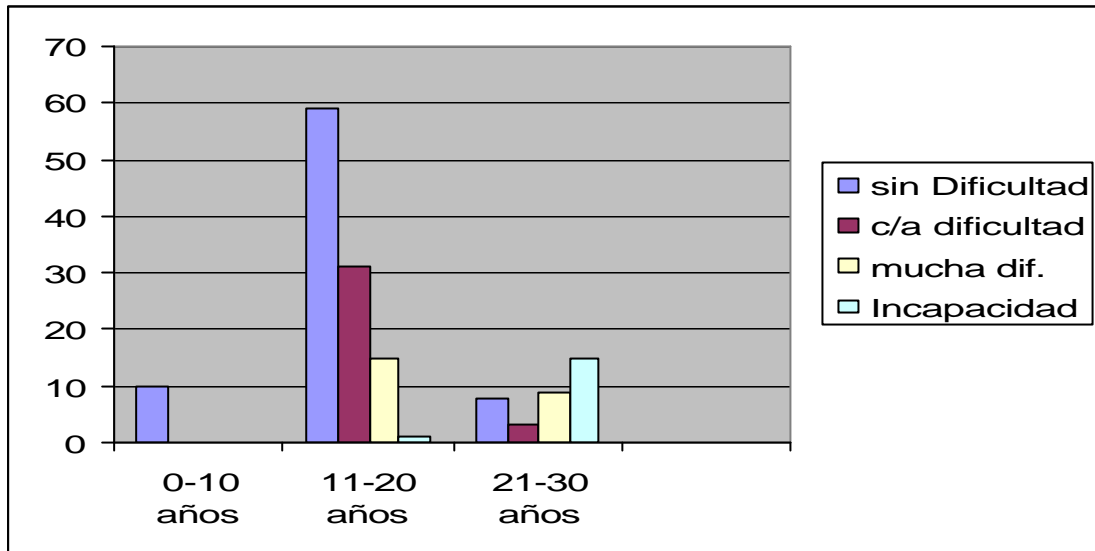
Fuente: pacientes con osteoartrosis de la umf 72

Gráfica 4 Diagnostico de osteoartrosis según tiempo de evolución



Fuente: pacientes con osteoartrosis de la umf 72

Gráfica 5 Tipo de calidad de vida según tiempo de evolución.



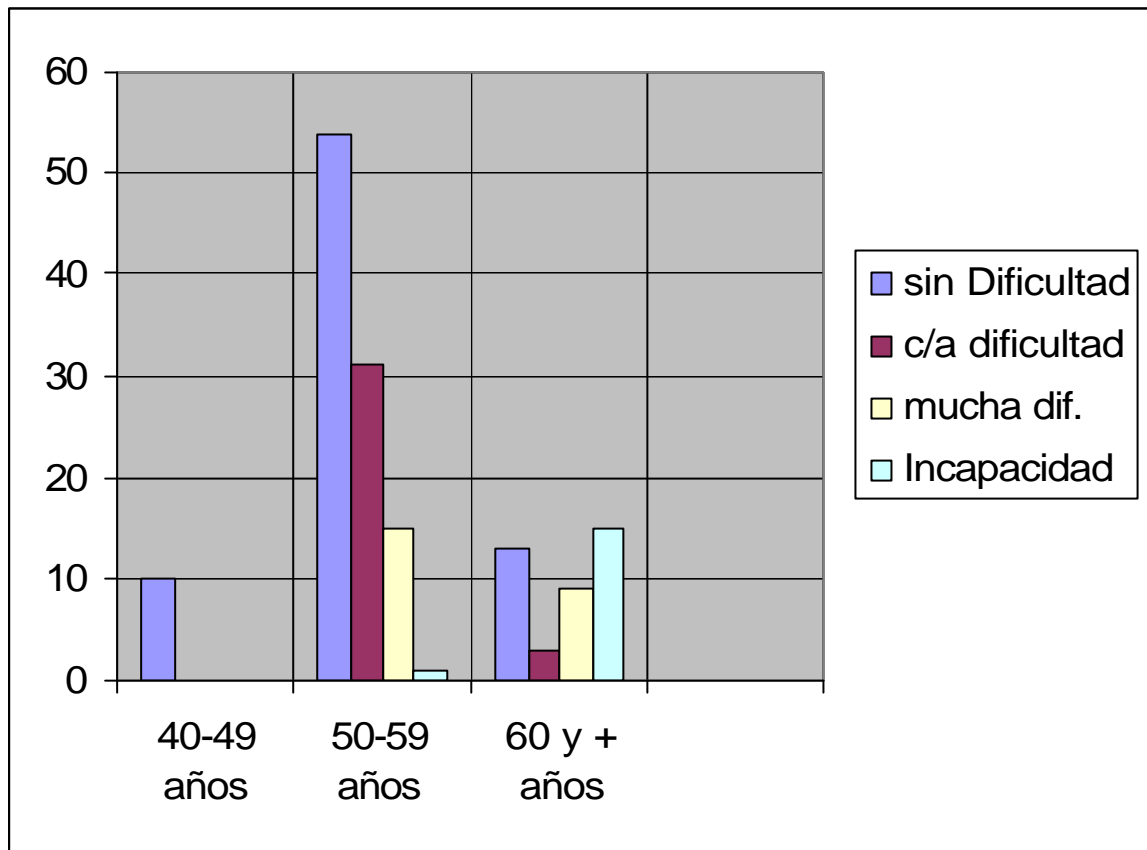
Fuente: pacientes con osteoartritis de la umf 72

Tabla 3 Relación entre calidad de vida y edad del paciente

| Calidad de vida/edad | 40-49 | 50-59 | 60 y + | Total | porcentaje |
|----------------------------------|-------|-------|--------|-------|------------|
| 0-8 (sin dificultad) | 10 | 54 | 13 | 77 | 50.9 |
| 9-16 (con alguna dificultad) | 0 | 31 | 3 | 34 | 22.5 |
| 17-34 (mucha dificultad) | 0 | 15 | 9 | 24 | 15.8 |
| 25-32 (incapacidad para hacerlo) | 0 | 1 | 15 | 16 | 10.5 |
| TOTAL | 10 | 101 | 40 | 151 | 100 |

Fuente: pacientes con osteoartritis de la umf 72

Gráfica 6 Relación entre calidad de vida y edad del paciente



Fuente: pacientes con osteoartrosis de la umf 72

Discusión:

La calidad de vida es definida por la UNESCO como la forma integral a las necesidades humanas, ha sido una preocupación desde los años 50s y 60s que alcanzare la población que de alguna u otra forma es portadora de alguna patología y con ella las crónico degenerativas.

En algunos estudios como el realizado por la Doctora María del carmen Ruiz Epidemiología en la Osteoartrosis en el Hospital central de San Cristóbal, Venezuela ³, en el que se encuentra que la calidad de vida en los pacientes con osteoartrosis se ve influenciada por el sexo y por la edad, que coincide con los resultados de este estudio, en que encontramos que el sexo femenino es el más afectado y a mayor edad y tiempo de evolución mayor déficit en la calidad de vida.

En el presente estudio, se aprecia que la osteoartrosis no muestra diferencia de géneros tanto en el grupo que muestra una buena calidad de vida como en el grupo que ya presenta alguna repercusión en la misma.

Estudios similares realizados por la Doctora Yolanda Góngora y Cols., ¹ reportaron mayor incidencia en la osteoartrosis de rodilla, con resultados muy similares al presente.

Es probable que el predominio del sexo femenino tanto en la presentación del diagnósticos de osteoartrosis, como en el deterioro de la calidad de vida se deba a que en general las familias de nuestra cultura son en general de tipo matricentricas, es decir, que las madres ocupan un territorio mucho mayor que cualquiera de los miembros de la familia, incluido el padre, por lo que es posible que este cobijo a la madre influya en la solicitud de atención médica y por lo tanto en atención; y al contrario, el rol del varón de proveedor y de líder familiar influye en la tardía solicitud de la atención médica.

En el presente estudio se determinó, una correlación entre el sexo del paciente, su edad, y el tiempo de evolución de la patología, y la calidad de vida, Encontramos resultados similares a los reportados previamente en los estudios referidos, llamando la atención la correlación de spearman de .9 en relación a la edad y la calidad de vida y de .99 con el tiempo de evolución y calidad de vida, en relación al sexo fue de .83 lo cual me permite conocer que la calidad de vida en los pacientes con osteoartrosis esta en relación directa con la edad del paciente, sexo y tiempo de evolución.

Queda demostrado por pruebas de correlación, que existe relación entre la calidad de vida y el tiempo de evolución en los pacientes con el grado de calidad de vida explorado. A mayor tiempo de evolución mayor deterioro en la calidad de vida.

Considero que los resultados me proporcionan datos que afirman la relación entre deterioro de la calidad de vida y la presencia de la osteoartrosis, en relación a la edad del paciente y el tiempo de evolución lo que obliga al clínico familiar a establecer medidas preventivas que limiten o retarden dicho deterioro, sobre todo en relación al estilo de vida del paciente.

Quizá sería conveniente, aumentar el tamaño de la muestra e indagar en otros aspectos que pudieran ser considerados dentro de la calidad de vida, por lo que considero importante realizar estudios futuros para buscar factores de riesgo en los diferentes subgrupos de osteoartrosis y así mismo hacer seguimiento de los pacientes ya estudiados, para evaluar su evolución en los próximos años, de modo que complementen los resultados de esta investigación.

Conclusiones:

Hay un predominio del género femenino como portadoras de la patología en una relación de 1:1,7 mujeres sobre hombres.

A mayor tiempo de evolución, mayor relación con el deterioro de la calidad de vida.

A mayor edad, menor calidad de vida

La relación entre ambos géneros, presenta resultados muy similares y sin significancia estadística, por lo que se concluye la calidad de vida tiene un deterioro igual en ambos géneros.

En relación al tiempo de evolución igualmente se determina que el factor tiempo de evolución no es determinante en el deterioro de la calidad de vida en pacientes portadores de osteoartrosis en ambos géneros.

Sugiero que para próximos estudios de investigación relacionados con el tema, se incluyan diferentes localidades y unidades de medicina familiar o realizar estudios comparativos entre diferentes unidades médicas, así como incluir otras variables que pudieran influir sobre la calidad de vida, como el estado nutricional, la escolaridad, el estado civil e incluso el tipo de funcionalidad familiar.

Por que el médico familiar debe encausar su quehacer al abordaje integral, de manera que no descuide las posibles alteraciones en la calidad de vida de todos sus pacientes, sobre todo aquellos con enfermedades crónico-degenerativas.

Es muy importante que el médico familiar, responsable de la población y primer contacto del paciente, encamine sus esfuerzos a la detección oportuna de este tipo de patologías, para establecer acciones preventivas en la búsqueda de conservar una calidad vida digna de los pacientes.

Es recomendable que los pacientes en general, que se encuentren en una edad de riesgo para estas patologías sean sometidos a valoraciones médicas periódicas a fin de hacer diagnósticos oportunos. Por lo que es necesario que el médico familiar, realice actividades, de promoción de la salud educación médica a los pacientes a fin de que estos tengan una cultura del cuidado de su salud. El conocer las características de calidad de vida propias de la población de Yurcuaro en relación a la osteoartritis, propicia algunas de las pautas para establecer las acciones educativas y de orientación que le corresponden al clínico familiar en los diferentes niveles de intervención.

Bibliografía:

1. Dra. Góngora Cuenca Yolanda Liset , Dr. Friol González Jesús E., Dra. Rodríguez Boza Edith M Dr. González Roig Jorge Luis , Dra Castellanos Suárez Marianela , Dr. Álvarez Acosta Reinaldo. Calñidad de vida en pacientes con osteoartrosis de cadera y rodilla. Rev Cub de Reumatología. 2006; VIII (9-10)
2. 2006, VIII (9-10)2. Microsoft. Encarta 2006 C. 1993-2005. 3. Davis M.A., Ettinger W.G., Neuhasus J.M., et al. Knee osteoarthritis and physical functioning: evidence from the NHANES I epidemiological follow-up study. J Rheumatol 18, 1999: 591.
3. Dra. María del Carmen Ruíz Marcos, Dra. María Hercilia Esteva Spinetti. Epidemiología de la osteoartrosis en el hospital centradle San Cristobal 1992-1995. Archivos de reumatología. 1995:1-5
4. Jaramillo N. Formas de artritis: Osteoartritis. Intellihealth, octubre 2000. 6
- 5.- Ojeda León H. El cuidado de la rodilla. Avances Médicos de Cuba. VIII, No.26, 2001 p 50-51.
6. Friol J.E. Osteoartritis de rodilla. Diplomado de Artroscopía, Hospital Hermanos Ameijeiras, 2001.
7. Osteoarthritis: new insights, part 1: the disease and its risk factors. Annals of Internal Medicine. October 17, 2000.
8. Lauciricai C. Bioética. Revista Centro Juan Pablo Publicación cuatrimestral con licencia eclesiástica. Volumen 3, No.3, Sept.-Dic., 2002.
9. Quintero Danauy, G. Calidad de Vida y envejecimiento. Temas de Gerontología. Ed. Científico Técnica, Ciudad Habana, 1996. P 34 a 36
10. Aspectos bioéticos de la calidad de vida. Colectivo de autores. Cuadernos de Bioética, No.19 (3), 1994. P 78 a 79

11. Lugo J, Bacallao J, Rodríguez G. Validez de contenido de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Rev. Cubana Oncol* 2 (16), 2000: 100-6.
12. Llanta M, Grau J, Chacón M. Calidad de vida en oncopediatria: problemas y retos. *Rev. Cubana Oncol* 2000; 16(3): 198-205.
13. Prieto, O; Vega, E. *Temas de Gerontología*. Editorial Científico Técnica, Ciudad Habana, 1996. 43 a 48
14. Shag CAC, Ganz PA, Polinsky ML, et al. Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *J Clin Oncol* 1993;11(4): 783-93.
15. Lugo J, Barroso M, Fernández L. Calidad de vida y sus instrumentos de medición: una herramienta en Oncología. *Rev. Cubana Oncol* 1996 2(1):18.
16. Zhang WY, Li, Wan Po A. The effectiveness of topically applied capsaicin. A meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol*. 1994; 46: 517-22.
17. Obermeyer CM. The culture context of reproductive health: Implications for monitoring. *The Cairo Agenda. Rev. Intern. Fam. Plann. Persp.* 1999. Vol.25. Supplement Jan.
18. San Martín H. *Calidad de Vida. Concepto, representación, medición, importancia en medicina. Epidemiología de la vejez*. Ed. Mc Grau Hill Interamericana de España, 1990.
19. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, et al. Validation study of relevant WOMAC: a health status instrument for measuring clinically-important patient- outcomes following total hip or knee arthroplasty in an osteoarthritis. *J Orthop Rheumatol* 1988; 1: 95-108.
20. García F, Flores M. Escalas de valoración funcional en gonartrosis.

21. Rehabilitación (Madrid) 1996; 30: 215-219. Carro G Alonso. Viscosuplementación. Rev Ortop Traumatol 2002;5:458-54
22. Evans C, Mankin H, Robbins P, et al: Clinical trial to assess the safety, feasibility and efficacy of transferring a potentially antiarthritic cytokine gene to human joints with rheumatoid arthritis. Human Gene Ther 1996; 7: 1261- 1279.
23. Brittberg M, Lindahl A, Nilsson A, et al: Treatment of deep cartilage defects in the knee with autologous chondrocyte transplantation. N Eng J Med 1994; 313: 889-895.
24. Cooper C, Cushnaghan J, Kirwan JT et al. Radiographic assessment of the knee joint in osteoarthritis. An Rheum Dis 1992; 51: 80-82.
25. Prevalence of Self-Reported Arthritis or Chronic Joint Symptoms Among Adults. United States, MMWR, 2002; 51(42): 948-950.
26. Disponible en URL. Arthritis Foundation, abril, 2002.
27. Álvarez López A, Casanova Morote C, García Lorenzo Y. Fisiopatología, clasificación y diagnóstico de la osteoartrosis de rodilla. Rev. Cubana Ortop y Traumatol, 2004; 18(1).
28. Praemer A, Furner S, Rice DP. Musculoskeletal Conditions in the United States. American Academy of Orthopedic Surgeons; Rosemont, IL, 1999.
29. Leplege A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. JAMA 1997; 278: 47-50.
30. Slevin ML et al. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? BMJ 1988; 57: 109-12.
31. Dennis, R.; Williams, W.; Giangreco, M. y Cloninger, Ch. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. Siglo Cero, 25, 155, 5-18.

32. Fries JF, Spitz P, Kraines; RG, Holman H: Measurement of patient outcome in Arthritis. *Arthritis Rheum.* Vol 23, N° 2 1980: 137-45.
33. Fries JF, Spitz P, Young D. The dimensions of health outcomes: the Health Assessment Questionnaire, disability and pain scales. *J Rheumatol* 1982; 9:789-93.
34. Perez ER, Mackenzie CR, Ryan C: Development of a Spanish version of the modified Health Assessment Questionnaire (abs)*Arthritis Rheum* 1989; (suppl 4) 32: S 100.
35. Esteve-Vives J, Batlle-Gualda E., Reig A, Grupo para la adaptación del HAQ a la población española: *J Rheumatol* 1993; 20: 2116-22.
- 36.- Ruiz, M.C., *Reumatología: Orígenes, Desarrollo y Perspectiva. Revista del Colegio de Medicina del Edo. Táchira*, 4:23-25 1995.
37. López-Villanueva, R: Estudio Clínico de la Osteoartrosis (OA). Asociación con enfermedades Crónico Degenerativas y Metabólicas. *Rev. Mex Reumatol.* 4:23, 1989.
- 38.- Sistema único de Información Médico operativa (SIMO) UMF 72 Yurécuaro Michoacán 2007
39. Byers V: Pathogenesis and treatment of osteoarthritis. In *the medical clinics of north Am(ed): USA*, Saunders 1997: 85 -112.
40. Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum* 1991;34:505-14.
41. M.E.PérezBastidas, R.Espinoza Morales. Enfoque terapéutica actual de la osteoartrosis. *Reumatología clínica*, ISSN 1699-258X, Vol. 1, N°. 2 (diciembre),2005;8-15
42. Carlos GT. Necesidad de una versión peruana del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) en pacientes peruanos conArtritis

Reumatoide. Revista Peruana de Reumatología: Volumen 1 N° 2, Año 1995 LIMA-PERU

43. Sornolinos PJ, Martínez CF j, Sepúlveda B, De la Fuente R., Laguna J. 120: 213-23.
44. Dra. Masardo Vega Loreto, Evaluación general del enfermo. Apuntes de reumatología . Pontificia universidad católica de Chile. 2004: 180-84

Anexos:

Anexos: 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTOY ENTERADO DE LOS PROPÓSITOS DE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR EL IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN MÉDICA Y MEDICINA PREVENTIVA EN LOS NIVELES DE ACTITUD PREVENTIVA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON OSTEOARTROSIS, EN LA BUSQUEDA DE FACTORES MODIFICABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL DETRIORO DE LA CALIDAD DE VIDA Y ACEPTO PARTICIPAR EN FORMA VOLUNTARIA CONTESTANDO EL INSTRUMENTO QUE EVALUA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON OSTEOARTROSIS

NOMBRE Y FIRMA

Anexo 2

| <u>Puntuación</u> | <u>0-8</u> | <u>9-16</u> | <u>17-24</u> | <u>25-32</u> |
|--|----------------|-----------------------|----------------------|--------------------------|
| | Sin dificultad | Con alguna dificultad | Con mucha Dificultad | Incapacidad para hacerlo |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| a) ¿Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abotonarse? | | | | |
| b) ¿Acostarse y levantarse de su cama? | | | | |
| c) ¿Llevarse a la boca una taza o un vaso lleno? | | | | |
| d) Caminar por fuera de la casa en terreno plano? | | | | |
| e) ¿Bañarse y secarse completamente? | | | | |
| f) ¿Agacharse para recoger ropa del suelo? | | | | |
| g) ¿Abrir y cerrar llaves de agua de tamaño regular? | | | | |
| h) ¿Entrar y salir de un auto? | | | | |

CRONOGRAMA

| | | |
|----------------------------|----------------------|---|
| 1 DE JULIO 2005 | 30 OCTUBRE 05 | REVISION DE LITERATURA |
| 1 NOVIEMBRE 05 | 28 FEBRERO 06 | ELABORACION PROTOCOLO |
| 1 MARZO 06 | 30 JUNIO 06 | RECOLECCION DE DATOS |
| 1 JULIO 06 | 31 OCTUBRE 06 | ANALISIS DE RESULTADOS |
| 1 NOVIEMBRE 06 | 28 FEBRERO 07 | REVISION GENERAL |
| 1 MARZO 07 | 30 SEPTIEMBRE 07 | ANALISIS ESTADISTICO Y CONCLUSIONES, DISCUSIÓN |
| 8 OCTUBRE 07 | | ENVIO DE INFORME FINAL DE TESIS FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR |