



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DELEGACIÓN NORTE DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94**

Protocolo de investigación titulado:

**Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con
Osteoartrosis degenerativa en la UMF No. 94**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

Dra. Wendy Lesly Sánchez Correa

Médico Residente del 1º año
Curso Especialización en Medicina Familiar

Matrícula: 98153084

Domicilio: Camino San Juan de Aragón 235

Colonia Casas Alemán

Teléfono: 57573289

Correo electrónico: momosa2809@hotmail.com

Investigador responsable

Dra. Esther Azcarate García

Matrícula: 99362280

Camino Antiguo San Juan de Aragón 235

Colonia Casas Alemán

Teléfono: 57573289

Correo electrónico:

Investigador asociado

Dr.

Matrícula:

Camino Antiguo San Juan de Aragón 235

Colonia Casas Alemán

Teléfono: 57573289

Correo electrónico:



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.

Proyecto autorizado por el comité local de investigación: 3515

Con número de registro

Dr. Víctor Manuel Aguilar

Coordinador Delegacional de Investigación en Educación en Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez

Coordinador de Educación en Salud

Dr. Alejandro Hernández Flores.

Director de la Unidad de Medicina Familiar no 94

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso

Jefe de Educación

Unidad de Medicina Familiar N° 94

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Marco teórico.....	6
Antecedentes científicos.....	14
Justificación.....	17
Planteamiento del problema.....	18
Hipótesis.....	19
Objetivos.....	20
Tipo de estudio.....	20
Universo.....	20
Tipo de muestra.....	20
Variables.....	20
Procedimiento de la recolección de la muestra.....	21
Recursos.....	23
Análisis estadístico de la información.....	23
Consideraciones éticas.....	24
Resultados.....	25
Análisis de resultados.....	31
Conclusiones.....	32
Sugerencias.....	33
Bibliografía.....	43

Resumen

“Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con Osteoartrosis degenerativa de la Unidad UMF N ° 94.”

Dra. Esther Azcarate, Dra. Sánchez Correa Wendy Lesly

Introducción: La osteoartrosis degenerativa es una enfermedad cronicodegenerativa que se caracteriza por la destrucción gradual y progresiva del cartílago, se manifiesta por dolor, deformidad e incapacidad funcional, principalmente de las articulaciones con gran movilidad o que soportan peso. Con la inversión de la pirámide poblacional y el cambio en el panorama epidemiológico hacia las enfermedades cronicodegenerativas, la artrosis es un problema de salud pública, que debe ser atendido con oportunidad y eficacia. Aproximadamente un 70% en población mayor de 50 años se encuentra afectado y llega a ser casi Universal. Esta enfermedad es una causa frecuente del deterioro de su calidad de vida relacionada con su salud, donde se repercuten muchas aéreas tanto sociales como biopsicosociales.

Objetivo: Conocer la calidad de vida en la población diagnosticado con osteoartrosis degenerativa de la UMF N° 94

Material y Métodos: Se realizo un estudio descriptivo, observacional y transversal en pacientes con Osteoartrosis degenerativa de la Unidad de Medicina Familiar N° 94. Se aplico el cuestionario SF-36 que evalúa la Calidad de Vida Relacionado con la Salud. Se realizara estatificación de los datos calculando frecuencia y distribución de las dimensiones más afectadas en la calidad de vida de estos pacientes, realizando la aplicación de los cuestionarios y posteriormente elaboración de graficas y cuadros estadísticos con su interpretación.

Recursos del estudio: Físicos de la Unidad y expediente clínico. Materiales y financieros a cargo del investigador.

Experiencia de Investigadores: Residente en tiempo de formación.

Tiempo de desarrollo: un año.

Palabras clave: Osteoartrosis Degenerativa, Calidad de vida,

Introducción

La Osteoartrosis es un grupo heterogéneo de patologías con manifestaciones clínicas, cambios patológicos y radiológicos comunes. La artrosis es el resultado de factores mecánicos y biológicos que desestabilizan el acoplamiento normal entre la degradación y la síntesis por los condrocitos de la matriz extracelular del cartílago articular y del hueso subcondral.

Tiene una prevalencia de aproximadamente el 70% de la población mayor de 50 años de edad. Afecta al 9.6% de los hombres y al 18% de las mujeres mayores de 60 años, se estima que la artrosis de rodilla afecta a la población mayor de 55 años lo que produce un alto costo de recursos económicos costo social.

La manifestación principal es el dolor que puede estar limitando a la articulación este puede presentarse intermitente y aislado si la artrosis es incipiente, el dolor incrementa conforme evoluciona la enfermedad volviéndose más persistente e inducido por cualquier movimiento de la articulación. En los últimos estadios es casi continuo, incluso en reposo.

El tratamiento radica en controlar los síntomas, mantener la función de las articulaciones afectadas, tratar de detener la progresión de la enfermedad en base a esto se tratamiento se clasifica en dos grupos terapéuticos, modificadores de la sintomatología que este puede ser farmacológico, no farmacológico o quirúrgico.

No existe cura para la osteoartrosis, pero existe un impacto importante en el estilo de vida y en la calidad de vida de estos pacientes.

El concepto a la calidad de vida relacionada con la salud se define como el valor asignado a la duración de la vida que se altera por la deficiencia del estado funcional, la percepción y las oportunidades sociales debidas a una enfermedad, un accidente un tratamiento.

Existen varios instrumento para evaluar la calidad de vida sin embargo utilizaremos la escala de evaluación SF-36 es un instrumento que detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental.

Consta de 36 temas que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTROSIS EN LA UMF 94

1. MARCO TEORICO

La osteoartrosis es una enfermedad articular degenerativa con mayor prevalencia en la población adulta y con una incidencia que aumenta con la edad, la cual causa mucho dolor y motivo de discapacidad en esta población, es complicado evaluar la incidencia y prevalencia aproximadamente un 80% de los pacientes mayores de 60 años es donde se observan alteraciones radiológicas en más de una articulación. (1)

En México, en una muestra de 2500 pacientes se encontró una prevalencia de artrosis de 2.3% en población adulta, en el Instituto Mexicano del Seguro social constituye uno de los 10 principales motivos de consulta al médico familiar (1)

Afecta al 9.6% de los hombres y al 18% de las mujeres mayores de 60 años, se estima que la artrosis de rodilla afecta a la población mayor de 55 años lo que produce un alto costo de recursos económicos costo social por la pérdida de horas laborales el alto consumo de fármacos y utilización de recursos sanitarios (3)

Existen diferentes factores predisponentes en esta enfermedad como son; la edad, sexo, factores hereditarios, traumatismo, el uso repetido de la articulación, la obesidad principalmente en la artrosis de rodillas y manos. (2)

No se conoce la causa de artrosis, pero se ha observado que se produce principalmente en las áreas de sobrecarga de cartílago articular, en el cual existe un reblandecimiento focal, aumentando el contenido en agua y disminuyendo el de proteoglicanos, con proliferación de condrocitos que muestran gran actividad, secundariamente aparecen fisuras superficiales, tangenciales o perpendiculares, que dan aspecto fibrilar al cartílago finalmente aparecen úlceras profundas en el cartílago que se extienden hasta el hueso.(2)

El hueso subcondral responde a la agresión aumentando la densidad (esclerosis ósea) y formando excrescencias óseas en los márgenes articulares (osteofitos). Se puede observar, en ocasiones, la formación de geodas (quistes intraóseos) yuxtaarticulares, bien delimitadas, que contienen restos

trabeculares y de médula ósea, originados por la hiperpresión articular que escapa por las fisuras de la cortical. (2)

Algunas articulaciones como la rodilla, radiocarpianas y temporomandibulares cuentan también con meniscos fibrinocartilaginosos que ayudan a mantener la estabilidad de la articulación este cartílago minimiza las fuerzas a las que se someten los huesos que forman la articulación, está anclado en el hueso subcondral y está encargado de facilitar el deslizamiento de las articulaciones está conformada por fibras de colágeno tipo II que mantiene la integridad del tejido y por los proteoglicanos, producidos por los condrocitos.(3.1)

Esta enfermedad cursa con 2 etapas que presentan diferentes manifestaciones clínicas, en la primera existen alteraciones del cartílago donde se inicia su desintegración. En la segunda etapa aparecen los síntomas de la disfunción mecánica de la articulación y los brotes inflamatorios (4)

A nivel histológico se observa la fragmentación de la superficie del cartílago, con fisuración progresiva, también existe depósito variable de microcristales, remodelado y alteración de la circulación marginal que sigue de un intento de reparación con la formación de osteofitos (4.1)

Dentro de los factores de riesgo, es un hecho bien establecido que la obesidad es uno de los factores de riesgo más importantes para la OA, principalmente de las articulaciones que soportan peso tales como las coxofemorales y las rodillas. Los factores de riesgo más importantes para la OA de rodilla son edad, actividad física, alineación articular (genu varo o valgo, pie plano) y fuerza del cuádriceps crural. Para la cadera anomalías congénitas (displasia acetabular, luxación congénita) edad, actividad física, densidad ósea, lesiones previas; para las manos, predisposición genética, fuerza de prensión, edad, ocupación e intensidad de los deportes.

El riesgo de padecer OA está estrechamente relacionado con la edad y es favorecido por obesidad, laxitud ligamentaria, atrofia muscular. Las mujeres tienen mayor riesgo de padecer OA de manos, rodillas y enfermedad generalizada. (20)

La manifestación principal es el dolor que puede estar limitando a la articulación este puede presentarse intermitente y aislado si la artrosis es incipiente, el dolor incrementa conforme evoluciona la enfermedad volviéndose más persistente e inducido por cualquier movimiento de la articulación. En los últimos estadios es casi continuo, incluso en reposo.

El dolor puede estar producido por la inflamación de estructuras periarticulares por la proliferación de estructuras óseas la presión por hueso expuesto, contracturas musculares, compresión de nervios periféricos, brotes inflamatorios sinoviales o inflamación secundaria de ligamentos.

La artrosis también es acompañada por la rigidez de la articulación afectada, que es de predominio matutino y después del reposo, que si persiste se transformara en incapacidad funcional permanente alterando la vida diaria y actividad laboral del paciente. Es frecuente el chasquido y la crepitación al movimiento de la articulación debido a la irregularidad de la superficie cartilaginosa ya degenerada. (4)

Puede existir derrame articular que dará aspecto de inflamación articular en los estados avanzados de artrosis aparecen grandes deformaciones e incluso subluxaciones de las articulaciones provocadas por la incongruencia articular.

El American College of Rheumatology la clasifica describe que esta puede ser idiopática y secundaria a otras patologías, la artrosis idiopática localizada es la que afecta una articulación como mano, rodilla, pie, hombro la secundaria puede ser postraumática, metabólica, inflamatoria, endocrina, neuropática y puede ser localizada o generalizada.

I.- Idiopática

- OA localizada
 1. - Manos: nodular (Heberden y Bouchard)
 - 2.- Hallux Valgus
 - 3.- Rodilla compartimento interno externo femoro-rotuliano
 - 4.- Cadera (excéntrica o superior, concéntrica (axial, interna) y difusa coxae senilis
 - 5.- Columna vertebral (articulaciones apofisiarias, discos, osteofitos, enfermedad de Foriester
 - 6.- Otras localizaciones (glenohumeral, acromioclavicular, sacroileaca, temporo-mandibular

II.- Secundaria

- Traumatismos (agudos, crónicos)
- Congénita o del desarrollo (Luxación congénita de cadera)
- Metabólica (hemocromatosis ,alcaptonuria, Enfermedad de Wilson)
- Endocrina (Acromeglaea, Hipoparatiroidismo, DM, Hipotiroidismo)
- Enfermedad por deposito de calcio
- Otra enfermedades Oseas y articulares. (19)

El colegio Norteamericano de Reumatología establece criterios para orientar en casos inciertos y para estandarizar las poblaciones de pacientes con clínica parecidas. (4)

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la artrosis

Criterios del Colegio Americano de Reumatología para la clasificación de la artrosis

OA de rodilla:

- Dolor de rodilla.
- Osteofitos:
- Líquido sinovial de OA (sustituible por edad > a 40 años).
- Rigidez matutina < 30 min.
- Crepitaciones.

Sensibilidad, 94%; especificidad, 88%.

OA de cadera:

- Dolor de cadera y al menos dos de los tres siguientes:
- VSG < 20 mm/h.
- Osteofitos en las radiografías.
- Reducción del espacio articular radiográfico.

Sensibilidad, 89%; especificidad, 91%.

OA de mano:

- Dolor, congelación o rigidez de mano.
- Proliferación tejido duro en dos o más de las 10 Articulaciones seleccionadas*.
- Tumefacción en menos de dos MCF:
- Proliferación de tejido duro en dos o más IFD (segunda y tercera IFD pueden ser contadas en 2 y 4a).
- Deformidad de una o más de las 10 áreas articulares de la mano seleccionadas*

Sensibilidad, 93%; especificidad, 97%.

El tratamiento radica en controlar los síntomas, mantener la función de las articulaciones afectadas, tratar de detener la progresión de la enfermedad en base a esto se tratamiento se clasifica en dos grupos terapéuticos, modificadores de la sintomatología que este puede ser farmacológico: paracetamol antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos opiodes, tratamiento tópico, no farmacológico ;educación del paciente fisioterapia recomendar ejercicios y cambios en el estilo de vida, tratamiento modificadores de la

estructura, que se basan en modificar la estructura frenando la destrucción del cartilago articular, e intervenciones invasivas tales como infiltración intra-articular, lavado de la articulación y artroplastia

El tratamiento verdaderamente útil en artrosis es el tratamiento preventivo, identificar los factores de riesgo generales e individuales del paciente.

Educación del paciente: de acuerdo a la American College of Rheumatology y la European League Against Rheumatism han publicado algunas sugerencias para el tratamiento de la artrosis.

El paciente debe comprometerse a no sobrecargar o utilizar excesivamente las articulaciones lesionadas a realizar ejercicio apropiado según su condición, reducir el peso corporal cuando este sea excesivo y cuando la articulación afectada sean los miembros pélvicos se recomienda el bastón de apoyo, realización de ejercicios y otros.

La Fisioterapia, juega un papel muy importante en el tratamiento del paciente con limitaciones funcionales, se puede indicar calor local, ejercicios adecuados, técnicas de diatermia, ultrasonidos, infrarrojos, almohadillas eléctricas etc., el tratamiento de la artrosis incluye la rehabilitación, que ayuda a prevenir la disfunción intentando realizar los cuidados antes de que se desarrolle la incapacidad. Las principales consideraciones son la magnitud, el número de articulaciones afectadas, el dolor, y el tipo de vida del paciente.

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la artrosis se clasifican según su mecanismo de acción en fármacos de acción sintomática y de acción modificadora en la evolución de la enfermedad. De acuerdo a los de acción sintomática, están los analgésicos los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los corticoides. Los fármacos modificadores de los síntomas de los síntomas, SYSADOA, según sus siglas en inglés de Symtomatic show drug for osteoarthritis administrándose en forma oral como la glucosamina, el condroitín sulfato y la diacereína, dentro de este grupo está el ácido hialorunico que se administra por vía intraarticular. (18)

Generalmente los expertos indican como primer tratamiento analgésico el paracetamol en dosis de 1 gr. Hasta 4 veces al día de acuerdo a la individualización de cada paciente.

En un estudio observacional descriptivo, transversal y multicentrico de ámbito estatal, en el que se estudiaron 3.002 pacientes diagnosticados y tratados con analgésicos o antiinflamatorios en los últimos tres meses se encontró que el

paracetamol es el analgésico más utilizado en España ya que presenta menos efectos adversos gastrointestinales. (2)

Antiinflamatorios no esteroideos se otorga después de la persistencia de la sintomatología tras dos semanas de tratamiento con paracetamol, lo indicado será introducir un AINE a las dosis efectivas más bajas acompañado de un inhibidor de la bomba de protones

AINE COXIB (COX-2) con acción más específica y selectiva del dolor y la inflamación respetando la integridad del tubo digestivo

Se contempla la artroscopia o el remplazo articular en los casos que existe un daño grave de la articulación o cuando el paciente tiene dolor que no responde al tratamiento y experimenta una pérdida significativa de la movilidad (18)

No existe cura para la osteoartritis, pero existe un impacto importante en el estilo de vida y en la calidad de vida de estos pacientes, de acuerdo con el término de calidad de vida este incluye en su sentido más amplio todos los aspectos de la vida humana, valorando funciones físicas, emocionales sociales bioquímicas y fisiológicas, siendo por tanto una entidad bio-psicosocial

Los estudios sobre calidad de vida no se remontan a muchos años, siendo Karnofsky uno de los primeros en estudiar sobre este tema, en 1948, con la creación de una medición denominada status de desempeño con el cual transformo los métodos para valorar el pronóstico de los enfermos terminales. Posteriormente Kats en 1963 el índice de independencia para las actividades de la vida diaria. Pero en 1964 el término Calidad de Vida fue utilizado públicamente con un enfoque económico. En la década de 1960 se enfoco al ámbito de las ciencias humanísticas (5)

Algunos autores la definen como la calidad de las condiciones de vida de una persona como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos es decir como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta y por último como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderada por la escala de valores aspiraciones y expectativas personales.

La OMS en 1994 la define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas expectativas, normas y preocupaciones

El concepto a la calidad de vida relacionada con la salud se define como el valor asignado a la duración de la vida que se altera por la deficiencia del

estado funcional, la percepción y las oportunidades sociales debidas a una enfermedad, un accidente un tratamiento.(14)

El concepto de CVRS aporta a la salud esencialmente la percepción del paciente, una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable aportando evidencia empírica con base científica a la toma de decisiones en Salud.

Existen enfermedades donde los tratamientos provocan más efectos secundarios que benéficos para el paciente como en los pacientes portadores de cáncer deteriorando la calidad de vida. La toma de decisiones en el sector Salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativas de vida) y los costos los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción de la paciente.

Se debe analizar el proceso de atención a la salud tano en lo que hace a la evaluación de la excelencia técnica, decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnostico y tratamiento con fundamento sólido, así como la evaluación de la excelencia interpersonal, basado en un manejo científico, ético y humano de la relación médico paciente.

El estudio de los factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad es decir el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la CVRS del paciente y encarar intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible.(15)

En diferentes especialidades y rubros de la medicina se han realizado estudios en cuanto a la calidad de vida sobre todo en enfermedades croonicodegenerativas. Teniendo en cuenta que desde el punto de vista de la medicina familiar se ha observado que la artrosis encontradas dentro de las enfermedades crónicas es una de las causas que limita la capacidad funcional, repercutiendo en varias esferas del paciente no solo en la calidad de vida, sino en su entorno familiar, afecta a la salud física y psicológica, que repercute sus actividades diarias, autosuficiencia, empleo y el bienestar económico. (13)

Existen varios instrumentos para evaluar la calidad de vida sin embargo utilizaremos la escala de evaluación SF-36 es un instrumento que detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental.

Fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS), cuenta con una fiabilidad (α de Cronbach) de 0.7. Las estimaciones agrupadas obtenidas por metaanálisis fueron superiores a 0.7 en todos los casos. El SF-36 muestra buena discriminación entre grupos de gravedad. (6)

Consta de 36 temas que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol; problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:

- 1.- El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100, no todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuestas para cada pregunta.
- 2.- El Health Institute otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal.

Las características de las puntuaciones son como siguen

- a) Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcional al estado de salud, cuanto mayor sean, mejor estado de salud,
- b) El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila entre 0 a 100:

En cuanto al cuestionario: este detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación

El SF-36 contiene 36 temas formando 8 dimensiones

Función física: grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir, escaleras, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos.

Rol físico: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas

Dolor corporal: medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar

Salud general: valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar

Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desanimo

Función social: grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

Rol emocional: grado en el que los problemas emocionales afectan en el trabajo y en otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

Salud mental: valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general. (6)

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En el Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz en el 2006 en Cuba, especialistas en primer grado en medicina física y rehabilitación realizaron un estudio prospectivo descriptivo y observacional para evaluar la calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de cadera y rodilla obteniendo como resultado que las dimensiones más afectadas en cuanto a Calidad de Vida en la Salud fueron movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas y dolor, no registraron ningún paciente con un estado de salud óptimo, las variables que influyeron en el estado de salud fueron; sexo, edad, estado civil, nivel de estudio, actividad laboral, residencia, tiempo de diagnóstico, ingreso económico y grado de discapacidad. No hubo diferencias entre la evaluación final del examinador y la percepción de los pacientes acerca de su estado de salud (7)

En la ciudad de Cataluña en agosto del 2011 la Dra. Vicky Serra-Sutton, Alejandro Allepuz, Olga Martínez, Mireia Espallargues, efectuaron un estudio de la evaluación en la Calidad de vida de pacientes operados de artroplastia total

de rodilla y cadera, se trata de un estudio prospectivo evaluativo, donde se seleccionaron siete hospitales públicos de diferente nivel de complejidad y volumen en dicha ciudad.

Se seleccionaron 2000, se realizó una entrevista telefónica un mes antes y 12 meses después de su cirugía, se emplearon tres cuestionarios de Calidad de vida relacionados con la salud (CVRS): dos genéricos, el SF-36 y HUI-3 y uno específico para artrosis, el WOMAC, los resultados obtenidos fueron mejoría en la mayoría de las dimensiones de salud física de CVRS y capacidad funcional de acuerdo al WOMAC, un 9 % percibió poca mejoría a los 12 meses. Las mujeres presentaron, bajo apoyo social con puntuaciones más bajas en la salud mental y en la salud percibida basal, presentaron peores puntuaciones en la CVRS a los 12 meses de la cirugía (en la función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad y salud mental medido a partir del SF-36; así como en la capacidad funcional y puntuación global de CVRS medida a partir del WOMAC. La mayoría de los pacientes fueron operados de ATR (75%). En relación a su estado de salud basal el 37% percibió la gravedad de su problema de salud, como bastante o muy grave mientras que solo un 15% percibió su salud general como mala, un 5.7% de los pacientes tuvo que ser reingresado después de su ATR o ATC. Y un 54% declaró encontrarse mucho mejor después del procedimiento.

Llegando a la conclusión que las puntuaciones de CVRS de los pacientes mejoraron mucho después de la artroplastia de rodilla y la artroplastia de cadera en el presente estudio, donde un grupo reducido percibió estar igual o peor después de la artroplastia y su cambio fue caso nulo en términos de incremento de su CVRS, se identificaron factores asociados a la CVRS posteriores a la cirugía sin embargo es necesario profundizar en los factores relacionados con la no mejora al año de la cirugía (8)

La Dra. Lizbeth Clavijo Castro evaluó la calidad de vida en pacientes con osteoartrosis del Policlínico N° 32 caja nacional de salud Cochabamba 2007 realizando un estudio descriptivo y transversal, utilizando la escala de evaluación de calidad de vida EURO QUOL 5D y la escala analógica visual donde observo mayor afección en el sexo femenino el grupo etario de 60-69 años es el más afectado con predominio en rentistas jubilados, siendo el dolor el síntoma principal, produciendo deterioro significativo de la calidad de vida afectando también aspectos como: movilidad, actividad cotidiana y aspectos psicológicos presentando ansiedad depresión en un elevado porcentaje. (9)

El Journal of Sport and Health Research realizó una revisión sobre la mejora de la calidad de vida mediante el programa de ejercicio físico en pacientes con osteoartrosis de miembros inferiores, el objetivo de esta revisión fue describir, los efectos de los programas de ejercicio físico sobre la calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de miembros inferiores, los criterios de inclusión fueron sujetos adultos diagnosticados de osteoartrosis, tipo de estudio

experimental, duración del programa más de 4 semanas, valoraron la calidad de vida mediante el cuestionario SF 36, donde los resultados encontrados fueron los programas que combinan trabajo de fuerza y aeróbico 20% consiguen mejoras en alguna de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en sujetos con osteoartritis de cadera y de rodilla, el trabajo en medio acuático y terrestre obtienen mejoras en la calidad de vida, siendo mayores en los programas que desarrollan la fuerza de forma isotónica 10% , los programas de fuerza y aeróbicos consiguen mejoras en las cuatro dimensiones del componente físico 20% y mental 10% , las mejoras de la calidad de vida se producen en programas a corto plazo 8-12 semanas obteniendo cambios más discretos en programas a largo plazo de 48-72 semanas.(10)

Thomas Rosemann , Gunter Laux and Joachim Szecsenyi en el *Journal of Orthopaedic Surgery and Research 2007* realizaron un estudio llamado Osteoartritis: la calidad de vida la utilización de las comorbilidades, medicamentos y servicios de salud evaluados en una muestra grande de pacientes de atención primaria , realizaron un estudio transversal con 1250 paciente portadores de artrosis que asisten en centros de atención primaria de marzo a mayo del 2005 la calidad de vida se evaluo mediante el Aleman – AIMS2-SF. Los datos sobre las comorbilidades, las recetas, utilización de servicios de salud y actividad física se obtuvieron, preguntando a los paciente o de los archivos médicos de los pacientes. La depresión se evaluó mediante el cuestionario PHQ-9.

El impacto en cuanto a la calidad de vida de la osteoartritis fue diferente entre los sexos, las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en los objetivos 2-SF, dimensiones inferiores del cuerpo ($p < 0.01$) los síntomas ($p < 0.01$) afecto ($p < 0.01$) y el trabajo ($p < 0.05$). Principales predictores del dolor y la discapacidad son una alta puntuación en la parte superior del cuerpo escala de la AIMS2-SF (beta= 0.280 $p < 0.001$), una puntuación alta en el PHQ-9 (beta = 0.214; $p < 0.001$), duración de la osteoartritis (beta = 0.097; $p = 0.004$), edad (beta = 0.090; $p = 0.023$). Los predictores de discapacidad y dolor no fue diferente entre los géneros 18.8% de los hombres y el 19.7% de las mujeres tenían una depresión concomitante. Las mujeres visitaron a su médico de cabecera con más frecuencia que los hombres, la visita a ortopedia no difirió entre los géneros .Concluyendo que a medida en que los impactos de la OA a hombres y mujeres es diferente en los pacientes de atención primaria , esto podría haber dado lugar a los diferentes tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (16).

Giuseppina Majani, Anna Giardini y Aurelio Scotti en año 2005 realizaron un estudio llamado Impacto subjetivo de la osteoartritis de los brotes en la calidad de vida del paciente el objetivo del estudio fue evaluar los efectos de la OA y de sus diferentes tipos de tratamiento médico sobre la CVRS en términos de satisfacción subjetiva y el estado funcional. Se realizo un estudio observacional recopilando de datos prospectivos Evaluando la Calidad de vida

en la OA, participaron 70 centros Departamentos de Ortopedia y Reumatología con Diagnostico de OA de cadera y rodilla los pacientes fueron observados durante 4 semanas durante los brotes y después del tratamiento. Se evaluó la CVRS mediante el cuestionario SF-36 y el perfil de satisfacción SAT-P que se centra en la satisfacción subjetiva, el dolor presente en el inicio y el alivio del dolor durante el seguimiento .Recabando los siguientes resultados dentro de los 1323 pacientes 86% se les prescribió un medicamento para el tratamiento de la OA a 13% se dio tratamiento con dos fármacos y al 16% 3 fármacos, la mayoría de los tratamientos implicaba la prescripción de AINES, no-coxib, AINE selectivo de la COX 2 se prescribieron en el 50 % de los pacientes, las visitas de seguimiento se realizaron después de 29 días , para todos los dominios del SF-36 todos los elementos SAT-P y de los factores, las diferencias entre la situación basal y el seguimiento de las puntuaciones resulto estadísticamente significativo ($p < 0.001$) una mejora tanto en el estado de salud subjetiva y en la CVRS. En este estudio se concluyo que además de las medidas clásicas de evaluación del estado de salud, la evaluación de la satisfacción subjetiva de los pacientes proporciona importantes aportaciones sobre los tratamientos más eficaces de la OA en el modelo de la medicina centrada en el paciente. En la práctica clínica esto podría conducir a una mejor comunicación médico-paciente y un mayor nivel de adherencia al tratamiento. (17)

Poley González A. Ortega Blanco, J.A. Pedregal González, M, efectuaron un estudio llamado Prevalencia de enfermedades osteoarticulares y consumo de recursos Calidad de vida y dependencia de pacientes con artrosis, fue un estudio descriptivo, observacional y transversal el 59.6% eran mujeres la media de edad fue de 59.47 años (DE 13.24). La enfermedad osteoarticular más prevalente fue la artrosis 33.6% (IC 29,43-38,02). En la artrosis el 62.9% de pacientes no acudieron a consulta, en otras enfermedades oateoarticulares fueron una vez el 36.6%. El 83.7% en artrosis no se derivo en otras enfermedades el 86.5% .El 84.3% en artrosis no requirió pruebas complementarias, en otras enfermedades el 77,2%. Tomaron AINE con analgésicos el 43,1%, gastroprotección el 52,4% y el 7,5% se infiltró. Dificultad para subir escaleras (WOMAC) el 55,2%. La categoría A de Katz fue la más frecuente, 69,38%. (22)

JUSTIFICACION

La osteoartrosis es un trastorno reumático de mayor prevalencia dentro de las enfermedades que afectan al aparato locomotor, existen diferentes estudios que demuestran cambios patológicos y degenerativos en las articulaciones presentándose prácticamente en la totalidad de las personas de más de 65 años.

Todo esto hace que las implicaciones sociales, económicas y sanitarias de la artrosis sean muy altas y que previsiblemente lo serán cada vez más en las próximas décadas, debido al progresivo envejecimiento de la población.

Los datos de incidencia y prevalencia de la osteoartrosis degenerativa a nivel mundial son escasos, sin embargo en diferentes estudios se ha observado que la prevalencia aumenta con la edad y es casi universal en mayores de 65 años.

En OA de cadera se han reportado valores de 47 hasta 88 casos por 1000 habitantes, mientras que para la rodilla se han estimado incidencias entre 164 y 240 /100.000. La incidencia de OA sintomática de manos rodilla y cadera se estimó una incidencia de 100 por 100.000 personas/año para la osteoartrosis de mano 88 por 100.000 personas/año, para la osteoartrosis de cadera 240 por 100.000 personas/año para la osteoartrosis de rodilla la incidencia fue en aumento con la edad y mayor en las mujeres que en los hombres, especialmente después de los 50 años de edad (12)

En Latinoamérica se han publicado estudios utilizando la metodología COPCORD en un estudio realizado en 300 individuos adultos, reportó la OA como el diagnóstico más frecuente en los evaluados con una frecuencia de 19.6%. Un estudio posterior realizado en México en una muestra de 2500 individuos se encontró una prevalencia de artrosis de 2.3% (IC 95% 1.7 a 2.9) en población adulta.

El motivo del presente 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 teniendo en cuenta, cuatro componentes uno es el estado físico y la capacidad funcional otro es el estado psicológico y otro es el sentido del bienestar y finalmente las interacciones sociales, los factores económicos, éticos y finalmente los valores.

La evaluación de la calidad de vida constituye un reto para el personal de salud. Este estudio sobrepasa el marco habitual del enfoque curativo o preventivo de la medicina, para incluir como meta principal la valoración del bienestar de los pacientes que padecen de esta enfermedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La artrosis es una enfermedad crónica caracterizada por el desgaste y la degeneración progresiva del cartílago en las articulaciones, lo que produce dolor, pérdida de la movilidad normal y deformación. (11)

Con una incidencia mujer-varón 3:1 y produce síntomas diversos, como rigidez matinal fatiga dolor incapacidad funcional y depresión, la evolución de la

enfermedad lleva a la destrucción articular, con resultados incapacitantes lo que produce una reducción progresiva de la movilidad.

La osteoartrosis, intervienen varios factores, que interactúan entre sí, por una parte la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad producen discapacidad, lo que resulta a la pérdida de un gran número de actividades y funciones de la vida diaria, lo que afecta en mayor o en menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas, todo esto altera la independencia económica y los roles sociales de la persona.

Por consiguiente esta enfermedad representa un cambio importante en la calidad de vida de las personas. Diversos estudios han demostrado que los pacientes que sufren esta enfermedad tienen peor calidad de vida en todas las dimensiones que la población general

Es una de las enfermedades más frecuentes en la población mayor de 50 años. Aproximadamente un 70% de este grupo se encuentra afectado y llega a ser casi universal por encima de los 75 años.

Todo ello conlleva una alta tasa de morbilidad con una elevada demanda de los servicios sociosanitarios. Siendo una de las 10 primeras causas de consulta

Al ser una enfermedad crónica, hoy por hoy sin tratamiento curativo definitivo, es fundamental realizar rehabilitación, tratamiento farmacológico cuando sea necesario y educación sanitaria para lograr que el paciente viva su enfermedad con la mejor calidad de vida posible. También es necesario intervenir sobre factores predisponentes o agravantes de la enfermedad (sobre peso, sobrecargas, inmovilizaciones etc.,)

Es una enfermedad que se encuentra en las primeras 10 causas de consulta en la Unidad de Medicina Familiar N° 94 presentando una prevalencia 5238 pacientes

Por lo que surge la siguiente pregunta

¿Cuál es la calidad de vida en los pacientes con osteoartrosis degenerativa en la unidad de medicina familiar N° 94?

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer la calidad de vida en la población diagnosticada con osteoartrosis degenerativa de la UMF N° 94

Objetivos específicos

Identificar las dimensiones más afectadas en la calidad de vida de los pacientes con osteoartrosis.

Determinar el impacto funcional de los pacientes con osteoartrosis degenerativa.

VARIABLES

Variable de estudio

La relación que existe en cuanto a la calidad de vida en los pacientes diagnosticados con alguna artropatía.

Variables sociodemográficas

Edad y sexo

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Estudio descriptivo, observacional y transversal

UNIVERSO

Pacientes diagnosticados con osteoartrosis degenerativa.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes con diagnóstico de osteoartrosis degenerativa derechohabientes de la UMF N° 94 del IMSS.

MUESTRA

Pacientes con diagnóstico de osteoartrosis degenerativa, derecho habientes del IMSS adscritos a la UMF 94 mayores de 65 años.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

De acuerdo a los pacientes diagnosticados con osteoartrosis degenerativa se tomara una muestra de 100 pacientes

TIPO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión

Pacientes con diagnostico confirmado clínico y radiológico de osteoartrosis degenerativa

Edad superior a los 45 años

Pacientes que hayan manifestado su consentimiento a participar en el estudio

Pacientes en pleno uso de sus facultades mentales

Pacientes adscritos a la UMF 94

Pacientes que sepan leer y escribir

Criterios de exclusión

Osteoartrosis de causas secundarias

Pacientes con enfermedades de base descompensadas

Pacientes con infecciones graves, neoplasias u otras que comprometan su estado general

Pacientes que no estén adscritos a la UMF 94

Criterios de eliminación

Pacientes que estén adscritos a otras Unidades de Medicina Familiar

Procedimiento para integrar la muestra

El alumno del curso de especialización de Medicina Familiar, en el horario de consulta el cual es de 8 a 14:00 hrs identificara a los pacientes que tengan el

diagnostico de osteoartritis y los invitara a formar parte de esta investigación mediante su autorización en un formato de Consentimiento Informado (anexo)

Procedimiento para recolectar información

El residente de Medicina Familiar adscrito a la unidad UMF 94 reunirá a los pacientes con diagnostico de osteoartrosis degenerativa que cumplan los criterios de inclusión para realizar la aplicación del cuestionario SF-36 que evalúa la calidad de vida de dichos pacientes

Es un instrumento de evaluación diseñado por el Health Institute New England Medical Center de Boston Massachuset se desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el estudio de los resultados médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto como estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. (21)

Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones de rol: de problemas físicos; limitaciones del rol; problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento extra, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Para su evaluación el Rand Group estableció una graduación de la respuesta para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta

Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcional al estado de salud; cuanto mayores sean mejor estado de salud.

El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100

Asignación de puntaje

Enfoque Rand

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100)

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0-50-100; con 5 categorías se puntan 0-25-50-75-100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100

Los ítems no respondidos no se consideran.

En el 96% de las escalas superaron el estándar propuesto de (α de Cronbach) de 0.7%. El SF-36 mostró buena discriminación entre grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos de CVRS. (21)

Programa de trabajo. (Anexo Cronograma de actividades)

- Elección del tema a investigar
- Contacto con el director de tesis y miembros del comité
- Documentación exhaustiva de la bibliografía
- Solicitud de registro de protocolo
- Fase experimental
- Elaboración de la base de datos
- Presentación, interpretación y análisis de los datos
- Discusión y conclusiones
- Elaboración de tesis y escrito médico

Recursos.

Medico: Alumno del curso de especialización en Medicina Familiar con Sede en la UMF N° 94 del IMSS

Asesor Metodológico:

Médico Familiar de base y Coordinador clínico de Educación e Investigación en salud de la UMF N° 94

Físico: Instalaciones de la UMF, consultorio médico.

Materiales: Cuestionarios, artículos de papelería, computadora e impresora, cartucho de tinta para impresora, consentimiento informado

Financieros: El IMSS cuenta con los recursos físicos y humano para la realización del presente proyecto.

Los recursos de papelería serán costeados por el investigador principal.

Se cuenta con suficientes pacientes para completar el estudio.

La investigación será con el autofinanciamiento del autor.

Análisis estadístico de la información.

Se realizara estatificación de los datos calculando frecuencia y distribución de las dimensiones más afectadas en la calidad de vida de estos pacientes, realizando la aplicación de los cuestionarios y posteriormente elaboración de graficas y cuadros estadísticos con su interpretación.

Difusión del estudio.

Este estudio se presentara como sesión médica de la unidad.

Aspectos éticos.

En la elaboración de este proyecto se consideraran los fundamentos éticos internacionales (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Medicas y la Organización Mundial de la Salud Ginebra 2002) y nacionales (Ley de Salud e Instructivos del IMSS) vigentes en materia de investigación humana. Este trabajo se considera de riesgo mínimo y se cubrirán los requisitos de confidencialidad, privacidad, se utilizara el consentimiento informado y la participación libre y voluntaria respetando la autonomía del paciente se buscara el beneficio en cuanto al conocimiento de la calidad de vida de su padecimiento para así poder buscar el mejor tratamiento, rehabilitación y prevención de su enfermedad. Puede retirarse en cualquier momento de la investigación, sin perjuicio de su derecho asistencial.

RESULTADOS

Se aplico el instrumento SF 36 para medir su calidad de vida a 100 pacientes con osteoartritis degenerativa de los cuales se excluyeron 3 cuestionarios distribuida de la siguiente manera; 35 hombres con una edad mínima de 41 años y una máxima de 91; 59 mujeres con una edad mínima de 41 años y una máxima de 90 años.

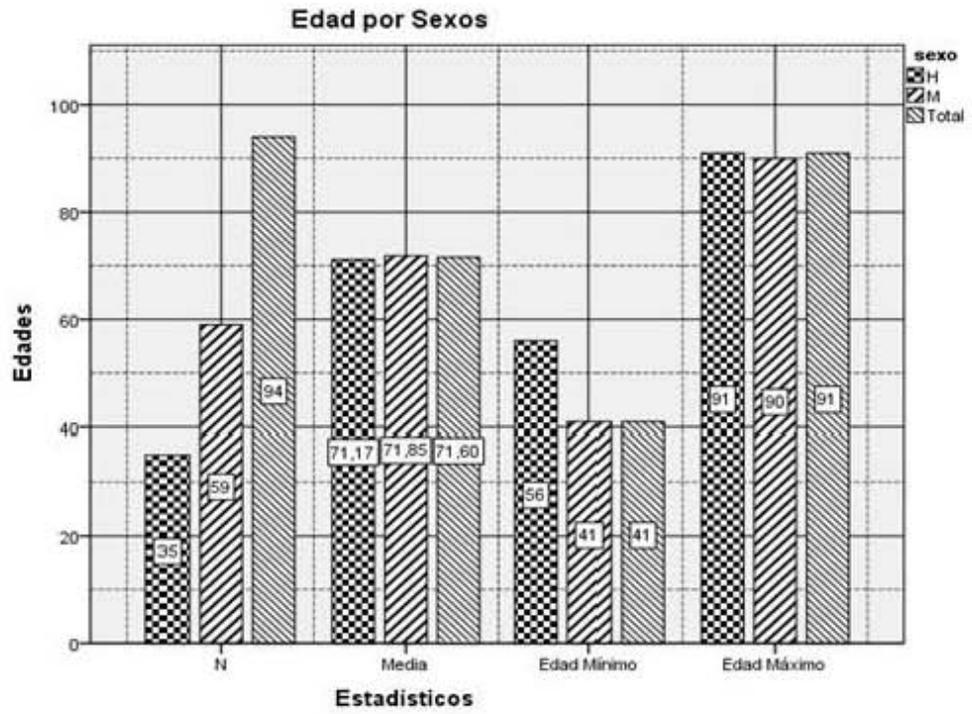
Resumen del procesamiento de los casos						
	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad -Sexo	94	96.9%	3	3.1%	97	100.0%

Tabla 1. Reporte del total de cuestionarios aplicados y excluidos

DISTRIBUCION DE ACUERDO A EDAD Y SEXO				
Sexo	Media	N	Edad Mínimo	Edad Máximo
H	71.1714	35	56.00	91.00
M	71.8475	59	41.00	90.00
Total	71.5957	94	41.00	91.00

Tabla 2. Distribución de acuerdo a la edad y sexo

Grafica 1. Distribución de acuerdo a edad y sexo



La calidad de vida de los pacientes con oteoartrosis degenerativa en la UMF 94 se ve más afectada en el componente de salud física ya que se identifico una media de (33.320) en comparación al componente de Salud Mental encontrando una media de (47.928)

COMPONENTE MAS AFECTADO EN LA CALIDAD DE VIDA						
	Casos					
	Incluidos		Excluidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Componentes de Salud Física (CSF)	80	82.5%	17	17.5%	97	100.0%
Componentes de Salud Mental(CSM)	76	78.4%	21	21.6%	97	100.0%

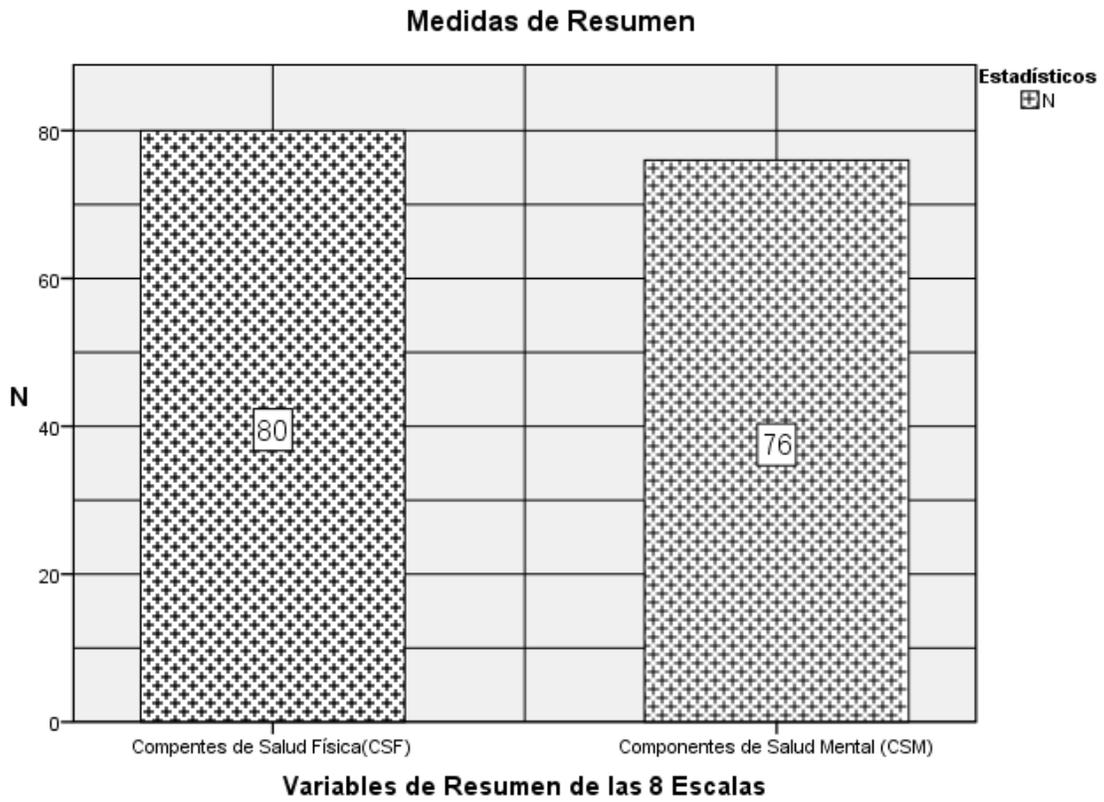
Tabla 3: Calidad de vida en los pacientes diagnosticados con Osteoartrosis degenerativa de la UMF 94

CSF: Componente de salud física; CSM: Componente de salud mental

CV EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON OSTEOARTROSIS DEGENERATIVA EN LA UMF 94		
	Componentes de Salud Física(CSF)	Componentes de Salud Mental (CSM)
Media	33.320	47.928
N	80	76

Tabla 4: Promedio final de los componentes más afectados en la calidad de vida en los pacientes con OA en la UMF 94

CSF: Componente de salud física; CSM: Componente de salud mental



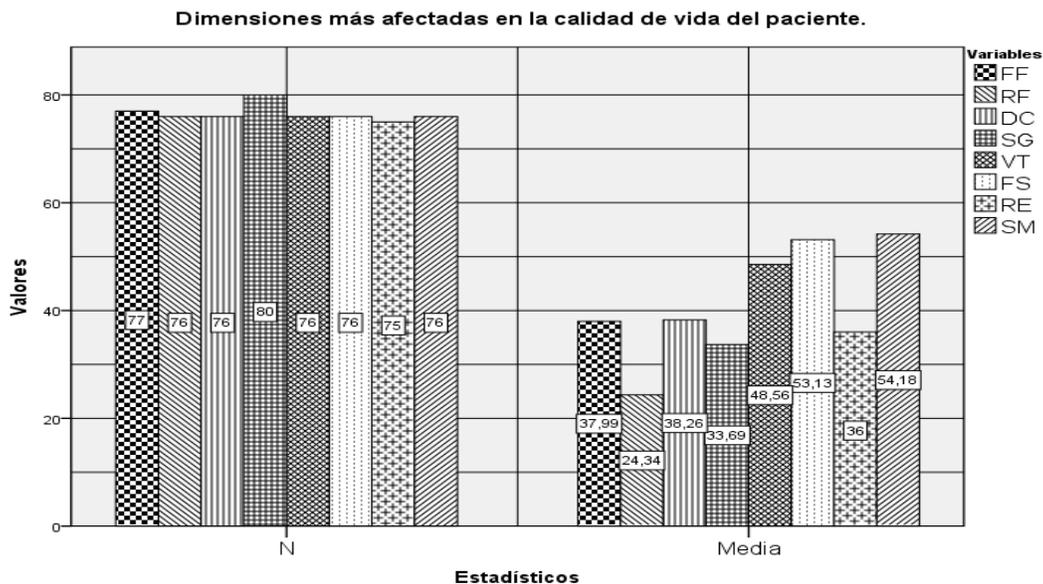
Grafica 2. Componentes más afectadas en la Calidad de vida de los pacientes con Osteoartrosis degenerativa en la UMF 94

Se identificando mayor daño en la dimensión de Rol físico que se refiere al grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. Obteniendo una media de 24.342 como el promedio más bajo en comparación al resto de las dimensiones.

Dimensiones	Media	N
FF	37.987	77
RF	24.342	76
DC	38.257	76
SG	33.687	80
VT	48.558	76
FS	53.125	76
RE	36.000	75
SM	54.184	76

Tabla 5. Dimensiones más afectadas en los pacientes diagnosticados con OA en la UMF 94

FF Función Física, RF Rol Físico, DC Dolor Corporal, SG Salud General, VT Vitalidad, FS Función Social, RE Rol Emocional, SM Salud Mental



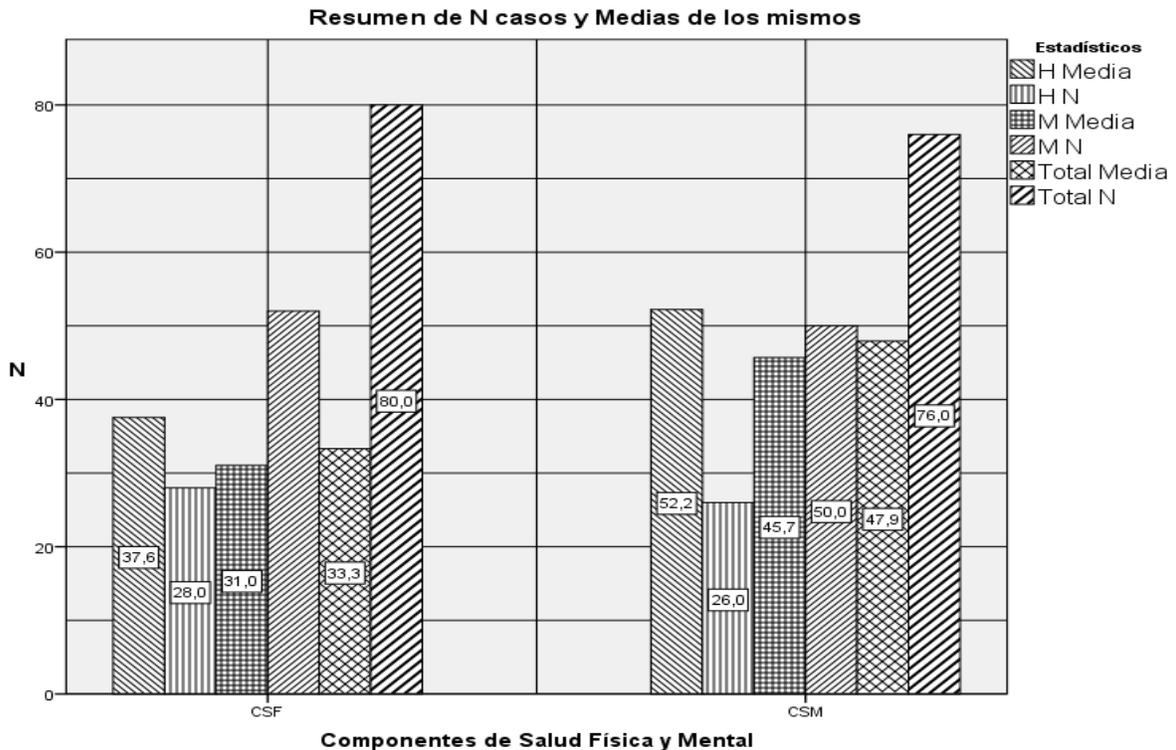
Gráfica 3. Dimensiones más afectadas en la calidad de vida del paciente con osteoartrosis degenerativa reportados en la UMF 94

FF Función Física, RF Rol Físico, DC Dolor Corporal, SG Salud General, VT Vitalidad, FS Función Social, RE Rol Emocional, SM Salud Menta

En base a las gráficas y los resultados obtenidos, se puede determinar que en cuanto a componentes de salud física (37.6 > 28.0) y mental (52.2 > 26.0) es mayor en los hombres que en las mujeres, por lo tanto son más funcionales los hombres que las mujeres.

IMPACTO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON OA EN LA UM 94						
	Sexo					
	H		M		Total	
	Media	N	Media	N	Media	N
CSF	37.555	28	31.040	52	33.320	80
CSM	52.212	26	45.701	50	47.928	76

Tabla 6. Impacto funcional de los pacientes con Osteoartrosis degenerativa
CSF: Componente de salud física; CSM: Componente de salud mental



Grafica 4. Impacto funcional de los pacientes con Osteoartrosis degenerativa
CSF: Componente de salud física; CSM: Componente de salud mental

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizo un estudio en el periodo del 2011 al 2013 para conocer la calidad de vida de los pacientes diagnosticado con Osteoartrosis degenerativa en la UMF N° 94, aplicando el Instrumento SF-36, donde se reporto daño en la dimensión Rol físico así como en el estudio que se realizo en el Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz en el 2006 en Cuba, especialistas realizaron un estudio para evaluar la calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de cadera y rodilla obteniendo como resultado que las dimensiones más afectadas en cuanto a Calidad de Vida en la Salud fueron movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas y dolor concordando con este estudio.

La Dra. Vicky Serra-Sutton, Alejandro Allepuz, Olga Martínez, Mireia Espallarges, efectuaron un estudio de la evaluación en la Calidad de vida de pacientes operados de artroplastia total de rodilla y cadera aplicando tres tipos de instrumentos entre los cuales se encuentra el SF-36, que fue aplicado después de la cirugía y a los 12 meses donde obtuvieron puntuaciones más bajas en la función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad y salud mental, coincidiendo con nuestro estudio que la dimensión más afectada es el Rol Físico.

Nuestro estudio reporto que el sexo femenino está más afectado siendo el género menos funcional, comparándolo con el análisis realizado por la Dra. Lizbeth Clavijo Castro que evaluó la calidad de vida en pacientes con osteoartrosis del Policlínico N° 32 Cochabamba 2007 observo mayor afectación en el sexo femenino.

Así como en el estudio realizado por Thomas Rosemann, Gunter Laux and Joachim Szecsenyi en el Journal of Orthopaedic Surgery and Research 2007 realizaron un estudio llamado Osteoarthritis: la calidad de vida la utilización de las comorbilidades, medicamentos y servicios de salud concluyeron que la Osteoarthritis tiene un mayor impacto en las mujeres en aspectos importantes de la calidad de vida, como el dolor, la discapacidad y el estado de ánimo.

CONCLUSIONES

Es significativo el número de pacientes del sexo femenino, mayores de 60 años, esto debido a que la población de la UMF N° 94 está compuesta predominantemente por este género y con respecto a la edad es secundario a la inversión en la pirámide poblacional a nivel nacional.

Se encontró como la dimensión más afectada el Rol Físico ya que la Osteoartrosis se caracteriza por dolor articular, rigidez articular, limitación de la movilidad, crepitación inestabilidad articular, incapacidad funcional derrame ocasional y grado variable de inflamación local afectando a más de una articulación interviniendo en sus actividades diarias

Ningún paciente refirió estado óptimo de salud ya que en las etapas más avanzadas el dolor osteoartrítico puede no cesar con el reposo presentando este síntoma la mayor parte del tiempo afectando su calidad de vida

En el componente de salud mental la más afectada fue dimensión de salud general esto nos habla de la propia percepción del enfermo y este constituye cada vez más un indicador importante de Salud Poblacional y la evaluación de efectividad de intervenciones lo que nos refleja que las intervenciones realizadas por el Médico Familiar en la UMF N° 94 no son del todo buenas.

Se encontró que el sexo masculino es más funcional que el sexo femenino ya que se encontró un reporte más alto en los promedios, de las diferentes dimensiones lo que los hace tener un mayor grado de vitalidad mayor autopercepción de salud, más autocontrol de la ansiedad, depresión haciéndolos más funcionales

SUGERENCIAS

La artrosis es la enfermedad del aparato locomotor más prevalente y la causa más común de discapacidad y limitación de la actividad en las personas. Se asocia a un deterioro importante de áreas conexas a la calidad de vida (deambulaci3n, movimiento, cuidado corporal, comportamiento emocional, descanso nocturno, actividad dom3stica y trabajo), quedando una vida limitada desde el punto de vista personal y familiar.

Por lo que se sugiere:

1.- La educaci3n del paciente y su familia sobre los aspectos psicol3gicos y sanitarios de la enfermedad, adem3s de medidas f3sicas para llevar mejor su enfermedad, claro dependiendo de la localizaci3n y grado de afectaci3n articular que tenga cada paciente, conocer su enfermedad le ayudara a tener una mejor calidad de vida.

2.- La orientaci3n del paciente puede ser de forma ilustrada mediante folletos que tenga como objetivo se1alalar lo siguiente:

a) Conocimiento del padecimiento

Que es una enfermedad degenerativa que se presenta en personas mayores de 40 a1os de edad, consiste en la degeneraci3n del cart3lago, este proceso no es reversible, ya que el cart3lago no se reproduce.

b) Identificaci3n del padecimiento

Existe dolor y crepitaci3n articular (rodillas, columna vertebral y cuello)

Hay n3dulos en las articulaciones distales de los dedos

El dolor se presenta con el movimiento o esfuerzo y disminuye con el reposo.

c) Como proteger las articulaciones

Evitar sobrecargas articulares

Evitar subir y bajar escaleras

No llevar pesos en los brazos

Evitar una manipulaci3n excesiva en las actividades laborales, dom3sticas o en la vida diaria

d) Medidas Posturales

Evite mantener las rodillas flexionadas totalmente, arrodillarse o ponerse en cuclillas

Cambie de postura frecuentemente, sobre todo si está sentado
En los casos de coxartrosis avanzada, la flexión durante media hora en decúbito prono tiene como objeto evitar las contracturas en flexión de esta articulación
Evite en lo posible las posturas mantenidas y prolongadas como estar de pie, cruzar las rodillas, permanecer sentados mucho tiempo
Si tiene un flexo de rodilla, se sugiere extender las rodillas sobre un taburete al menos media hora dos veces al día
Si existe una tendencia al flexo de rodilla es útil colocar un peso de dos o tres kilos alrededor de las mismas a modo de alforjas

e) Corregir el peso

Sabemos que la obesidad está íntimamente relacionada con la artrosis de rodilla y de cadera. Por ello es conveniente que reduzca su peso
La reducción de ocho a cinco kilos, produce por si solo un alivio del dolor y otros síntomas.

f) Mejorar la movilidad de las articulaciones

Ejercicios pasivos isométricos o de contrarresistencia, estos alivian el dolor y la rigidez e incrementan la fuerza muscular, mejorando la movilidad

Los ejercicios recomendados dependerán de la localización de la artrosis y las limitaciones que genere en su articulación

Fortalecimiento de cuádriceps, flexionar y extender las rodillas, tanto tendido boca arriba como sentado, o mantener la extensión de la pierna y elevada del plano unos 10-15 centímetros durante un minuto

Los ejercicios no deberán realizarlos en las fases inflamatorias de la enfermedad, durante estas fases debe reposar

La **termoterapia** (aplicación de calor local), puede beneficiarle aplicándola antes de la realización de ejercicios, al objeto de aumentar el recorrido articular previa a la realización de los ejercicios. El calor en cualquiera de sus formas de aplicación, va a ser beneficioso en el alivio del dolor y la rigidez muscular

Crioterapia o la aplicación de frío en forma de bolsas de agua fría, duchas, geles o spray puede serle útil en las fases de dolor inflamatorio, cuando su articulación se encuentra caliente y dolorida, o bien después de terminar los ejercicios. Con la aplicación del frío se reducirá el flujo sanguíneo de la zona tratada e igualmente, se obtiene un bloqueo de las sensaciones dolorosas

3.- Platicas de pasillo informando y repartiendo la información con la información antes mencionada

4.- También se sugiere un programa educativo que consiste y se describe a continuación:

PROGRAMA EDUCATIVO

Se sugiere la realización y desarrollo de sesiones educativas mediante el personal de enfermería.

Formando grupos de pacientes con artrosis captándolos a través de consultas y carteles informativos. Los grupos serán como máximo de 12 personas y las sesiones se impartirán cada semana. Los objetivos principales de dichas sesiones son las siguientes:

Tras una valoración previa del paciente, la enfermera formulará diagnósticos de enfermería; a continuación se enumeran aquellos diagnósticos reales o potenciales que con mayor frecuencia suelen darse en pacientes con este tipo de alteraciones

- Riesgo de alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con falta de conocimientos sobre las afecciones osteoarticulares, sus factores de riesgo y medidas de prevención.
- Alteración del bienestar: dolor relacionado con proceso inflamatorio o degenerativo articular.
- Riesgo de trastornos del patrón del sueño relacionado con dolor.
- Afectación de la movilidad física relacionado con uso limitado de los miembros superiores, inferiores o ambos.
- Incapacidad total o parcial para el autocuidado relacionado con afectación de la movilidad física.
- Riesgo de trastornos de la autoestima relacionado con pérdida de la función motora.
- Riesgo de lesión relacionado con afectación de la movilidad física.
- Dificultades para el entretenimiento relacionado con pérdida de independencia.
- Riesgo de afectación de las interacciones sociales relacionado con cambios en el estilo de vida.
- Riesgo de trastornos en la percepción de sí mismo relacionado con modificaciones en el desempeño del rol.
- Riesgo de trastornos en la percepción de sí mismo relacionado con alteraciones de la imagen corporal.
- Riesgo de afectación de la integridad de la piel o tejidos, o ambos, relacionado con afectación de la movilidad física.

Una vez valorado el estado de salud de cada paciente y formulados los oportunos diagnósticos de enfermería, habrá que determinar los objetivos que se pretenden alcanzar con el plan de cuidados. La naturaleza de los objetivos dependerá siempre de los diagnósticos enunciados, pero en todo caso tratarán de reflejar lo que la enfermera espera que el paciente sea capaz de lograr en un tiempo determinado. Pueden ser de tipo cognoscitivo, afectivo o psicomotriz, según estén asociados a cambios en los conocimientos, en las actitudes y valores, o en el desarrollo de habilidades motoras, respectivamente.

Dadas las características de los pacientes con artrosis, es indispensable que la enfermera formule los objetivos conjuntamente con el paciente. La toma de conciencia de la persona enferma acerca de su situación y de las posibilidades de solución de su problema influye decisivamente en su cooperación y en el logro de las metas propuestas. De igual modo debe tenerse en cuenta a la familia, como elemento importante de apoyo.

Los objetivos que se formulen deben ser preferiblemente intermedios a corto plazo ya que su consecución supone un estímulo positivo para el paciente de cara a otros de mayor dificultad.

En relación con los diagnósticos anteriores se enumeran algunos objetivos que pueden formularse en pacientes con artrosis o con riesgo de padecer la misma:

1. La población reconocerá factores de riesgo evitables de la artrosis y medidas de fomento y protección de la salud para prevenirlas.
2. Los individuos que se encuentren en el grupo de riesgo describirán las modificaciones necesarias en sus hábitos de vida para evitar la aparición de la enfermedad.
3. El paciente será capaz de describir el proceso de enfermedad, causas y factores que contribuyen a los signos y síntomas, así como los procedimientos para el control de la enfermedad y sus posibles repercusiones.
4. El paciente participará activamente en los comportamientos sanitarios prescritos o deseados para prevenir las complicaciones de la enfermedad.
5. El paciente practicará técnica no agresiva de alivio del dolor.
6. El paciente expresará una mejoría del dolor.
7. El paciente mantendrá o aumentará la fuerza, resistencia y amplitud de movimientos en los miembros superiores o inferiores, o ambos.
8. El paciente demostrará el uso correcto de aparatos para mejorar la movilidad.
9. El paciente mostrará un aumento de la capacidad de autocuidado (higiene, vestirse, alimentarse y utilizar el servicio).
10. El paciente mostrará un aumento de la capacidad de adaptación a la limitación para realizar actividades de la vida diaria.
11. El paciente o los familiares, o todos ellos, demostrarán mediante la realización práctica, la comprensión de instrucciones sobre cuidados en el domicilio.
12. El paciente utilizará medidas de seguridad que disminuyan el riesgo de lesión.
13. El paciente mantendrá la integridad de la piel y los tejidos.

14. El paciente examinará métodos alternativos para encontrar nuevas actividades recreativas (coser, pintar, construir, etc).
15. El paciente identificará factores que contribuyan al aislamiento social y los comportamientos modificables para evitarlo.
16. El paciente expresará sus preocupaciones y sentimiento sobre cómo se ve a sí mismo, describiendo los cambios positivos en su autoconcepto.

Una vez formulados los objetivos, se llevarán a cabo acciones de enfermería destinadas al cumplimiento de dichos objetivos; a continuación se enumeran algunas acciones a llevar a cabo con pacientes con artrosis o riesgo de padecerla.

- Fomentar estilos de vida saludables.
- Controlar factores específicos de riesgo.
- Contribuir al diagnóstico y tratamiento precoz.
- Orientar sobre aspectos terapéuticos y nutricionales.
- Aliviar el dolor.
- Mejorar la movilidad articular.
- Indicar la utilización de dispositivos de ayuda.
- Favorecer el autocuidado.
- Evitar riesgo de lesiones.
- Contribuir a la integración socio-laboral.
- Proporcionar apoyo emocional.

ACCIONES DE ENFERMERÍA Y DESARROLLO DE LA SESIÓN EDUCATIVA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF N °94

Carta descriptiva para las sesiones educativas: "Orientar sobre aspectos terapéuticos y nutricionales"

FECHA Y LUGAR	TEMA	IMPARTIDO POR	OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICAS Y MEDIOS	SISTEMA DE EVALUACIÓN
Auditorio de la UMF N ° 94 Día Lunes de 10:00 am a 11:00 am	Nutrición y Alimentación	Enfermería	Adquirir habilidades y conocimientos sobre la dieta y nutrientes, así como modificación de hábitos	<i>Parte teórica:</i> alimentos y sus propiedades nutricionales. <i>Parte práctica:</i> elaboración de un menú	Videos explicativos, lección participada y práctica individual.	Cuestionario de preguntas cerradas.

Como se puede ver en el cuadro la sesión formativa, se impartirán conocimientos sobre alimentos y nutrientes para modificar conductas y adquirir conocimientos, todo esto impartido de forma teórica a través de la lección participada (el grupo expresa sus conocimientos previos sobre el tema, posteriormente el educador realizará una exposición sobre el mismo, completando la información. Se finaliza con una discusión sobre el tema). Todo esto apoyado con un vídeo explicativo. Después se realizará la práctica individual confeccionando un menú. Por último se evaluará la adquisición de conocimientos mediante un cuestionario de preguntas cerradas.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF N °94**

Carta descriptiva para las sesiones educativas: “Aliviar el dolor y reducir la inflamación”

FECHA Y LUGAR	TEMA	IMPARTIDO POR	OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICAS Y MEDIOS	SISTEMA DE EVALUACIÓN
Auditorio de la UMF N ° 94 Día Martes de 10:00 am a 11:00 am	Dolor e inflamación	Enfermera	Adquirir conocimientos y habilidades sobre el tratamiento médico y medidas físicas. .	Dolor y tratamiento médico, inflamación y medidas físicas	Folleto informativo Charla coloquio	Cuestionario de preguntas cerradas

La sesión formativa se llevará a cabo los martes en grupos de 12 personas máximo, las realizará la enfermera con objeto de que los pacientes adquieran conocimientos sobre tratamiento: orientación sobre el tratamiento, sus efectos, medidas físicas como calor y baños de parafina, frío en caso de inflamación aguda, reposo articular y uso de ropa adecuada. Se repartirán folletos informativos y se realizará una charla-coloquio donde se expondrá el tema y se plantearán preguntas, dudas, comentarios, etc.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF N °94

Carta descriptiva para las sesiones educativas: “Mejorar la movilidad articular”

FECHA Y LUGAR	TEMA	IMPARTIDO POR	OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICAS Y MEDIOS	SISTEMA DE EVALUACIÓN
Auditorio de la UMF N ° 94 Día Miércoles de 10:00 am a 11:00 am	Mejora de la movilidad	Enfermera y fisioterapeuta	Adquirir habilidades para la correcta realización de ejercicios para mantener la función articular.	Ejercicios de cuello, dorso lumbar, de hombros, de caderas y rodillas.	Demostración con entrenamiento y folletos	Observaciones

A través de esta sesión educativa los pacientes adquirirán habilidades para la correcta realización de ejercicios para mantener la función articular y la buena alineación corporal, así como higiene postural. En esta sesión se elaborarán folletos descriptivos sobre posturas y ejercicios recomendados para que el paciente los pueda realizar en su domicilio. Además enseñaremos mediante demostración lo siguiente:

- 1.-Mover suavemente articulaciones afectadas (en caso de inflamación aguda o infección debe guardar reposo).
- 2.-Recomendar cambios en la manera de realizar determinadas actividades cotidianas, para evitar molestias articulares.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF N °94

Carta descriptiva para las sesiones educativas: “Proporcionar apoyo emocional relacionado con la imagen y la autoestima; contribuir a la plena integración socio laboral”

FECHA Y LUGAR	TEMA	IMPARTIDO POR	OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICAS Y MEDIOS	SISTEMA DE EVALUACIÓN
Auditorio de la UMF N ° 94 Día Jueves de 10:00 am a 11:00 am	Terapia en artrosis	Enfermera y otros profesionales (terapeuta ocupacional, psicólogo)	Proporcionar apoyo emocional, informar sobre dispositivos de ayuda, modificar creencias y actitudes	Dispositivos de ayuda, programas de actividades recreativas, apoyo psicológico.	Folletos ilustrativos, tormenta de ideas.	Observaciones, cuestionario

En esta sesión realizada en el centro de salud de 16:00 a 18:00 horas se tratarán diversos temas en colaboración con otros profesionales como terapeuta ocupacional y psicólogo como por ejemplo:

- 1.- Estimular a la persona que hable de sus preocupaciones en relación con su imagen e independencia
- 2.- Explicar los cambios corporales habituales que se producen en la artrosis
- 3.- Proporcionar apoyo emocional para ayudar al paciente a superar las dificultades de adaptación al medio laboral y social
- 4.- Facilitar terapia ocupacional necesaria para la incorporación activa a la vida laboral
- 5- Planificar un programa equilibrado de actividades recreativas
- 6.- Proporcionar apoyo psicológico para que el paciente acepte sus propias limitaciones
- 7.- Estimular el desarrollo de nuevas habilidades
- 8.- Adoptar medidas de seguridad para evitar riesgo de lesiones, dispositivos de ayuda (aquí si el paciente lo requiere se entregarán ilustraciones sobre los diferentes dispositivos de ayuda como asideros y puntos de apoyo en el hogar)

Justificación

La Enfermera debe abordar no sólo la transmisión de información sino, fomentar la motivación, habilidades y autoestima, mejorando la salud. Debe ser clara, sencilla y asequible a la población a la que va dirigida. Se pretende contribuir a desarrollar las competencias personales sobre el control de la salud, promocionar el autocuidado y hacer al paciente responsable de su salud.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL DE LA PRIMERA SESION: Orientar sobre aspectos terapéuticos y nutricionales.

OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA PRIMERA SESION: Conocimientos: Los pacientes reconocerán cual es la dieta apropiada para su situación personal, reconociendo, identificando y diferenciándolos diferentes grupos de alimentos así como las propiedades de los nutrientes. Demostrará los conocimientos adquiridos elaborando una dieta.

OBJETIVO GENERAL DE LA SEGUNDA SESION: Aliviar el dolor y reducir la inflamación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SEGUNDA SESION: Conocimientos: Los pacientes identificarán los síntomas de la enfermedad, usará de forma eficaz el tratamiento médico pautado y reconocerá medidas físicas para el alivio del dolor.

OBJETIVO GENERAL DE LA TERCERA SESION: Mejora de la movilidad articular.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA TERCERA SESION: Habilidades y conocimientos: Los pacientes reconocerán cuales son los ejercicios más adecuados para su situación personal, así como la correcta postura para realizar actividades cotidianas, poniéndolo en práctica mediante la realización y reproducción de ejercicios propuestos.

OBJETIVO GENERAL DE LA CUARTA SESION: Proporcionar apoyo emocional relacionado con la imagen y autoestima; contribuir a la plena integración socio-laboral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA CUARTA SESION: Habilidades y actitudes: El paciente será consecuente con los cambios producidos por la enfermedad; se abrirá ante el grupo y empatizará con el resto de miembros. Se adaptará a los cambios en su imagen corporal e integrará dispositivos de ayuda si fuera necesario; se interesará por nuevas actividades recreativas tales como manualidades, coser, pintar, etc.

Actividad

El grupo sobre el que vamos a trabajar es de pacientes con artrosis captándolos a través de consultas y carteles informativos. Los grupos serán como máximo de 12 personas y las sesiones se impartirán cada semana.

Innovación

Se realiza una sesión grupal, con acciones formativas evaluables y específicas centradas en los diagnósticos de enfermería identificados.

Resultados

Se espera que el paciente con artrosis adquiera conocimientos, habilidades y actitudes en el manejo de la enfermedad crónica, mejorando así su percepción de la enfermedad y su autoconcepto, logrando el empoderamiento y aumentando su nivel de autonomía.

Bibliografía

- 1.-Cariño Ortega Carlos Alberto, Landeros Gallardo Carlos Antonio, Mendoza Salazar Lucero, Nesme Ávila Williams, Saavedra Salinas Miguel Ángel, Barrera Cruz Antonio. Guía de Práctica Clínica, Diagnostico y Tratamiento de la Osteoartrosis de Rodilla 2008, Instituto Mexicano del Seguro Social. Editor General pp.9-65.
- 2.- Harrison Principios de Medicina Interna 15va Edición, vol II. Edit. Mac Graw Hill, México, 2002
- 3.- Migue Bernal Pineda, Actualización en Artrosis, Comisión de formación continua, Sistema Nacional de Salud Madrid 2007. Sanidad y Ediciones, S.L.
- 3.1.- Sociedad Española de Reumatología. Primer documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla. Reumatol Clin 2005. 1:38-48
- 4.-Juan Rodríguez Solís, Víctor Manuel Palomo Martínez, Sonia Bartolome Blanco, Mercedes Hornillos Calvo, Osteoartrosis Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para residentes.
- 4.1. - Manek NJ, Lane NE. Oteoarthritis: Current Concepts in diagnosis and management. Am Fam Phys 2000; 61:1.795-804.
- 5.- Gómez Vela María, Sabeh Eliana N .Calidad de Vida Evolución del Concepto y su Influencia en la Investigación y la Práctica, Instituto Universitario de Integración en la comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- 6.- Gemma Vilagut, Montse Ferrer, Luis Rajmil, Pablo Rebollo, Gaieta Permanyer- Miralda, José M. Quintana, Rosalia Santed, Jose M. Valderas, Aida Rivera, Antonia Domingo-Salvany, Jordi Alonso.El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit v.19 n.2 Barcelona mar-abr.2005.
- 7.- 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. Calidad de vida en pacientes con Osteoartrosis de cadera y rodilla, Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz, Vol VIII. No. 9 y 10 2006, Revista Cubana de Reumatología.
- 8.- Serra-Sutton V, Allepuz A, Martínez O, Espallargues M. Calidad de vida en pacientes operados de artroplastia total de rodilla y cadera en Cataluña.

Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.

9.- Dra. Lizbeth Clavijo Castro. Evaluación de Calidad de Vida de pacientes con Osteoartrosis del Policlínico N° 32 Caja de Salud Nacional Cochabamba 2007.

10. - Garcia Hermoso, A. Dominguez, AM.Saavedra, JM, Escalante Y. Journal of Sport and Health Research. Mejora de la Calidad de Vida Mediante Programas de Ejercicio Físico con pacientes con Osteoartrosis de miembros inferiores 2010, 2 (3): 219-232.

11.- Mario Díaz Cortes. Guías de Práctica Clínica para el tratamiento de la Osteoartritis, de cadera, rodilla y mano. Revista Colombiana de Reumatología. Vol.9, N°, marzo 2002, pp; 15-17.

12.- Ministerio de Salud. Guía Clínica de Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o rodilla leve o moderada, Santiago Minsal 2007.

13.- Eugenio de Pava Mota, M G Larios Gonzales, G Briseño Cortes. Manejo de la osteoartrosis en Medicina Familiar y Ortopedia. Archivos en Medicina Familiar, septiembre-diciembre 2005; vol.7 n 003. Asociación Americana de Profesores de Medicina Familiar AC México; p-p 93-98.

14.- Beatriz Eugenia Botero de Mejía, María Eugenia Pico Merchán. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Adultos Mayores de 60 años: Una aproximación Teórica. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 11 – 24.

15. - Laura Schwartzmann. Health – Related Quality of life: Conceptual Aspects. Ciencia and Nursing IX, 2003.

16. – Tomas Rosemann, Gunter Laux, and Joachim Szecsenyi. Osteoarthritis: quality of life, comorbidities, medication and health service utilization assessed in a large sample of primary care patients. Journal of Orthopaedic Surgery and Research 2007, 2; 12

17. – Giuseppina Majani, Anna Giardini and Aurelio Scotti. Subjective impact of osteoarthritis flare-ups on patients' quality of life, Health and Quality of life outcomes 2005, 3:14

18. - Westferry Circus, Canary Wharf, London, Guideline on Clinical Investigation of Medicinal Products Used in the Treatment of Osteoarthritis. European Medicines Agency, 23 de April 2009.
19. – Dr. Kiran Veerapen, Dr. JHJ Azmillh Rosman. Clinical Practice Guidelines on the management of Osteoarthritis 2002. Ministry of Health Malaysia, Malaisian Society of Rheumatology, Academy of Medicine Malaysia 2002.
20. –ST Andrews Place, London NW. Osteoarthritis National Clinical Guideline for care and management in adults. The National Collaborating Centre for Chronic Conditions Funded de Produce Guideline for the NHS by NICE.2008.
- 21.- Espinosa de los Monteros MJ, Alonso J, Ancochea J, Gonzales A. Calidad de vida en asma: fiabilidad y validez del cuestionario genérico SF-36. Aplicado a la población asmática de un área sanitaria Arch Bronconeumol. 2002; 38:49.
- 22.- Poley González, A.; Ortega Blanco, J.A. Pedregal González, M. Martín Azofra, M.; Hermosilla Camacho, C.; Mora Moreno, F. Prevalencia de enfermedades Osteoarticulares y consumo de recursos, calidad de vida y dependencia en pacientes con artrosis. Publicado en Semergen. Vol. 37 num. 09 , 2011 , 37-432-7.