



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON OSTEOARTROSIS DE
RODILLA DE LA UMF No 33 "EL ROSARIO"**

**TESIS DE POSGRADO
NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL
R-2019-3404-005**

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

**PRESENTA:
DR. BLADIMIR PINEDA LÓPEZ
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**ASESORA:
DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA MEDICA DEL CIEFD**



**JEFATURA DE ENSEÑANZA
U. M. F. No. 33**

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2019.



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.

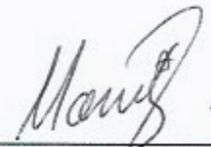
AUTORIZACIONES



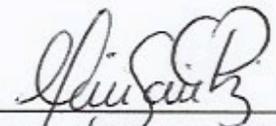
DR. ANDRÉS ROCHA AGUADO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"



DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA MÉDICA DE CIEFD
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN DOCENTE
ASESORA DE TESIS



DR. BLADIMIR PINEDA LÓPEZ
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"
AUTOR DE TESIS

DEDICATORIAS:

A mis padres por darme no solo una, sino muchas oportunidades de ser mejor, siempre con el ejemplo de no olvidar de donde vengo y lo que tengo. Gracias por todo.

A mi esposa Anjulie por todo, gracias a ti soy lo que quiero ser y por ti seré mejor. Gracias por tu tiempo, dedicación y por hacerme una mejor persona. Te amo.

A mis hermanos por que la vida no me dio muchos, solo los suficientes. Gracias Nelly, Lari, Coco, Irving, Primish y Lucio.

A mi asesora Dra. Mónica Sánchez Corona por su ayuda para hacer posible este proyecto. Gracias por su enseñanza y paciencia.

Por ultimo gracias a mis profesores y compañeros de guardia, comer y dormir siempre será una prioridad.

ÍNDICE

1. Resumen	6
2. Introducción	7
3. Marco teórico y antecedentes.	8
4. Planteamiento del problema.	17
5. Objetivos	19
6. Material y métodos	19
7. Resultados.	21
8. Tablas y gráficas.	26
9. Discusión.	44
10. Conclusión.	48
11. Bibliografía.	49
12. Anexos.	
- Consentimiento informado.	54
- Instrumento para la recolección de datos	55

1. RESUMEN

Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario.

Pineda LB ¹, Sánchez CM ².

Introducción: La prevalencia de osteoartrosis ha incrementado en todo el mundo, lo que implica la pérdida de 2.3 años de vida saludable. En México, es una de las diez primeras causas de invalidez total, lo que hace indispensable determinar la calidad de vida relacionada en salud en pacientes con este diagnóstico. **Objetivo:** Conocer la calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla adscritos a la UMF No. 33 El Rosario. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional y transversal, calculando una muestra de 91 pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de rodilla, a los cuales se les aplicó el Instrumento AMICAL que contempla las dimensiones de: actividad física, salud mental, apoyo social, dolor, pareja y sexualidad, y empleo, a fin de determinar la percepción de buena o mala calidad de vida de los pacientes. El análisis de resultados se realizó utilizando estadística descriptiva. **Resultados:** Se observó que el 61% de los pacientes presenta mala calidad de vida, siendo el grupo de 51-55 años el más afectado (74%) y se encontró que los hombres están más afectados (66%) en comparación con las mujeres (63%) **Conclusiones:** La presente investigación abre paso a otras líneas enfocadas a variables como sexualidad, pareja y de apoyo social a fin de que se realice una intervención integral en pacientes con este padecimiento.

Palabras clave: Calidad de vida, Osteoartrosis de rodilla.

¹ Médico Residente de tercer año del CEMF de la UMF No. 33 "El Rosario".

² Médico Familiar. Profesora médica de centro de Investigación educativa y formación docente.

2. INTRODUCCIÓN

La Osteoartrosis (OA) ocupa el 4° lugar de las causas de morbilidad y la 2ª causa de discapacidad, estimando que existen entre 12 y 45 millones de adultos que cursan con osteoartrosis; con afección al 60% de los hombres y 70% de las mujeres mayores de 70 años. Su frecuencia aumenta con la edad, de modo que se ha reportado una incidencia de un 80 % en sujetos de 65 años e incluso un 95 % en edades superiores.

La prevalencia de osteoartritis ha aumentado en todo el mundo, lo que implica la pérdida de 2.3 años de vida saludable. En México, es una de las diez primeras causas de invalidez total, lo que incrementa la carga económica y social del país y se espera que su frecuencia siga elevándose debido al incremento de la esperanza de vida y a los hábitos poco saludables de la población.

De acuerdo con Solís et al, al relacionar la Calidad de Vida relacionada en Salud (CVRS) y la localización de la osteoartrosis, destaca como los pacientes con OA de articulaciones de carga como la de cadera y rodilla son los que presentan una peor percepción de calidad de vida, siendo la exploración del dolor, la dimensión más afectada.

Por su parte, Rodríguez VD refiere que la necesidad de medir la CVRS en las personas que padecen artrosis surge de la exigencia de entender su impacto y con el objetivo de poder evaluar la seguridad y eficacia de las distintas estrategias terapéuticas.

Para evaluar la CVRS no existe un instrumento ideal y único, sin embargo, uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la sintomatología y la capacidad funcional de los pacientes con artrosis de rodilla es el cuestionario Wertern Ontario y Mc Master Universities (WOMAC), ya que abarca tres dimensiones importantes: dolor, rigidez, y capacidad funcional en general.

La motivación para llevar a cabo la presente investigación es ofrecer a la comunidad médica elementos que les permitan identificar la afectación en la calidad de vida de los pacientes con osteoartrosis de rodilla, ya que la mayor parte de esta población recibe tratamiento farmacológico con base en analgésicos sin considerar la calidad de vida repercutiendo en gran medida en su rehabilitación e incorporación dentro de la sociedad y de su ámbito personal. La mayor parte de las personas que cursan con osteoartrosis terminan en incapacidad, que, como médicos de primer contacto es importante identificar para realizar acciones, como la integración e implementación de programas educativos de rehabilitación e incorporación a su vida social, personal y sexual, mejorando mediante la aplicación de medidas, el rol biosicosocial y, por consiguiente, su calidad de vida a pesar de tener una enfermedad degenerativa.

Es por lo anterior que trasciende el objetivo de la presente tesis el cual es determinar la calidad de vida de pacientes con osteoartrosis de rodilla derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, El Rosario, mismo que se pretende alcanzar considerando también algunas variables que influyen en la misma.

3. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

La Osteoartrosis (OA) fue definida clásicamente como una condición degenerativa articular caracterizada por pérdida progresiva del cartílago articular, hipertrofia ósea marginal (osteofitos) y cambios en la membrana sinovial, sin embargo hoy se reconoce que en esta enfermedad existe un patrón génico y proteómico de características inflamatorias similar a lo encontrado en enfermedades tan diversas como la artritis reumatoide o el síndrome metabólico, por lo que actualmente se reconoce el componente inflamatorio como parte fundamental.¹

La prevalencia de osteoartrosis ha aumentado en todo el mundo, lo que implica la pérdida de 2.3 años de vida saludable. Considerándose la forma más común de artritis que afecta a 60% de los hombres y 70% de las mujeres mayores de 70 años de edad. Los estudios de prevalencia reportan que la osteoartritis de rodilla la padecen 10% de los hombres y 13% de las mujeres de 60 años y más de edad. Su frecuencia aumenta con la edad, de modo que se ha reportado una incidencia de un 80 % en sujetos de 65 años e incluso un 95 % en edades superiores.^{2, 3.}

En México, la osteoartrosis ocupa el 4° lugar de las causas de morbilidad y la 2ª causa de discapacidad, se estima que existen entre 12 y 45 millones de adultos que cursan con osteoartrosis.⁴

Además, es una de las diez primeras causas de invalidez total, lo que incrementa la carga económica y social del país y se espera que su frecuencia siga elevándose debido al incremento de la esperanza de vida y a los hábitos poco saludables de la población.²

Espinosa et al (2013) determinó la prevalencia en México de la osteoartrosis es de 10.5%, más frecuente en mujeres (11.7%) que en hombres (8.71%), con variaciones importante en las diferentes regiones del país: Chihuahua 20.5%, Nuevo León 16.3%, Distrito Federal 12.8%, Yucatán 6.7% y Sinaloa 2.5%.²

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 superiores. Hasta la quinta década muestra un comportamiento similar en ambos sexos para predominar marcadamente en el sexo femenino por encima de los 60 años, fenómeno probablemente asociado a influencias hormonales. 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 veces. El aumento en la expectativa de vida, fenómeno común a todos los países del mundo, permite afirmar que la incidencia de la osteoartrosis alcanzará cifras elevadas aún no predecibles. 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 miembros. 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.⁵

Clínicamente, la artrosis se caracteriza por dolor articular, rigidez matutina durante un tiempo < 30 minutos, limitación de la movilidad, crepitación, inestabilidad articular, incapacidad funcional, derrame ocasional y grado variable de inflamación local. Los síntomas son insidiosos y ceden con el reposo. Cuando la enfermedad avanza, el dolor puede ser constante al realizar cualquier actividad física y persistir durante horas después. El dolor, que se acompaña de incapacidad funcional, es de características mecánicas, se desencadena con el uso de la articulación, especialmente después de que esta ha estado inactiva, disminuye con el ejercicio, reaparece cuando se prolonga la actividad y mejora hasta desaparecer, con el reposo. La progresión de la artrosis produce limitación de la actividad de la articulación afectada, que si persiste se transformará en incapacidad funcional permanente, con todas las consecuencias negativas para el paciente que verá alterada su vida diaria habitual y obviamente, su actividad laboral, y por ende, su calidad de vida.⁶

Los criterios más utilizados son los publicados por el American Collage of Rheumatology que clasifican las tres localizaciones de la osteoartritis: en mano, rodilla y cadera. Los criterios diagnósticos de osteoartritis de rodilla son: 1. Historia clínica de gonalgia, 2. > 50 años, 3. rigidez < 50 min, 4. crépitos, 5. sensibilidad ósea, sin aumento de temperatura, aumento de volumen óseo 6. Exámenes de laboratorio VHS < 40 mm/h, factor reumatoideo < 1:40 7. Estudio radiológico Osteofitos.⁷

La necesidad de medir la CVRS en las personas que padecen artrosis surge de la exigencia de entender su impacto y con el objetivo de poder evaluar la seguridad y eficacia de las distintas estrategias terapéuticas.⁸

La calidad de vida es definida de acuerdo a la OMS como «la percepción por el individuo de su situación de vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas u objetivos, expectativas, valores e intereses». Es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento, por lo que los instrumentos para medir la misma deben considerarse herramientas adicionales en la evaluación del paciente y en la conducción de ensayos clínicos.⁹

La CVRS abarca entre otros factores, el dolor, la capacidad funcional y el bienestar emocional. La artrosis disminuye de manera importante la calidad de vida de los pacientes que la sufren. Es la artropatía de mayor prevalencia en todo el mundo y la afección de la rodilla y/o de la cadera es la causa más frecuente de discapacidad para la deambulación en las personas mayores, en todas las razas y zonas geográficas. En los países industrializados el 80% de la población mayor de 65 años sufre de artrosis, encontrándose la mayor prevalencia en el grupo de 70 a 79 años, y es de 33,7% en rodilla.⁶

Relacionando la CVRS y la localización de la OA destaca como los pacientes con OA de las articulaciones de carga como la cadera y la rodilla son los que peor percepción de calidad de vida presentan, primando como dimensión más afectada la concerniente a la exploración del dolor.⁹

La CVRS evaluada con los cuestionarios SF-12v2 y WOMAC es peor a medida que aumenta la edad de los pacientes, siendo más evidente en las puntuaciones que miden función física en los pacientes de 70 años de edad, lo que puede justificarse porque la artrosis es una enfermedad progresiva y además en este grupo el tiempo de evolución del dolor ha sido mayor.⁶

La calidad de vida (CV) se considera un indicador integral del rol biopsicosocial y es útil en el diagnóstico situacional del paciente y para la toma de decisiones respecto a su manejo. Los cuestionarios específicos de capacidad funcional, como el índice Womac o el índice de Lequesne, se encuentran limitados para medir el impacto específico en la CV, ya que solo son evaluaciones parciales de esta compleja percepción. Sin embargo, son escasos los instrumentos validados en español para medir la CV en OA y aquellos disponibles son genéricos (p. ej., SF-36), lo que condiciona pérdida de la fidelidad y especificidad de la información y

monitorización luego de las terapéuticas aplicadas, con lo que surge la necesidad de contar con instrumentos específicos validados al español.⁹

Teniendo en cuenta lo anterior tratamientos como la sustitución articular se reserva a pacientes en que, habiéndose tratado de forma conservadora sigue evolucionando su enfermedad y crea una repercusión importante en su calidad de vida. Esto refleja una situación general de buscar terapias actuales para aliviar los síntomas, pero solo están dirigidas a tratar la enfermedad en sí misma, lo cual repercute en forma importante en la calidad de vida del paciente.¹⁰

Un objetivo primario de la salud y la atención médica es mejorar la calidad de vida, independientemente de aliviar la enfermedad relacionada síntomas. La evaluación de nuevas terapias en intervenciones para OA de rodilla requiere una comprensión profunda del impacto de un tratamiento en el paciente físico, social, y estado psicológico. Las terapias para la rodilla OA deben disminuir el dolor, mejorar el funcionamiento físico y aumentar la CVRS de manera segura y duradera. El fracaso de terapias no quirúrgicas para modificar la CVRS en pacientes con artrosis de rodilla no es sorprendente dada su incapacidad para aliviar el daño físico de las manifestaciones de OA. Intervenciones quirúrgicas de OA de rodilla generalmente dan resultados de buenos a excelentes para el paciente. Desde el más fuerte correlato de las medidas globales de CVRS en el paciente OA es de mayor gravedad el dolor, terapias que controlan con mayor eficacia el dolor relacionado con OA sin impartir consecuencias negativas (por ejemplo, alto costo, efectos secundarios, cirugía invasiva, etc.) probablemente tener el mayor beneficio en CVRS.¹¹

Muchos expertos coinciden en que no existe un instrumento ideal y único para evaluar todas las aristas de la Calidad de Vida, a pesar de lo cual son varias las escalas empleadas actualmente con este fin. 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 SF36, el Sickness Impact Profile y el EUROQol-5D, entre otros muchos.⁵

Por lo que la introducción del concepto de calidad de vida en el campo de la salud comienza a cobrar esplendor en la década de 1990, como una medida de resultado trascendental en la evaluación de las innovaciones sanitarias. Este auge provocó la necesidad de desarrollar instrumentos para que la medida fuera válida y fiable, entre los que se pueden destacar los cuestionarios genéricos, como el cuestionario COOP/WONCA o el cuestionario EUROQoL y los cuestionarios

específicos para problemas de salud concretos, como el cuestionario WOMAC para personas con osteoartritis de cadera y de rodilla.¹²

El Sickness Impact Profile (SF-36) consta de 36 preguntas que se agrupan en 8 escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud Mental. Además incluye una pregunta sobre el estado de salud general respecto al año anterior. Para obtener una puntuación, se hace una escala que va desde 0 a 100, indicando mejor estado de salud la mayor puntuación en las escalas del cuestionario. Además este cuestionario permite calcular 2 puntuaciones sumario, el componente sumario físico (PCS-36) y el mental (MCS-36), mediante la combinación de las puntuaciones de cada ítem.¹³

El índice de Lequesne está compuesto por 10 apartados que evalúan 3 áreas: dolor o molestias (5 apartados), máxima distancia que camina (1 apartado), y actividades de la vida diaria (4 apartados). Cada una de las áreas puede alcanzar 8 puntos, por lo que la puntuación máxima, que traduce el peor estado posible, es de 24 puntos. Según la puntuación obtenida: >14=extremadamente grave; 11-13=muy grave; 8-10=grave; 5-7=moderado; 1-4=leve. Un paciente con una puntuación superior a 11-12 puntos después de un tratamiento adecuado sería subsidiario de cirugía.⁹

El índice Europeo de Calidad de Vida (EUROQuol-5D): Instrumento que surgió a partir de trabajos de equipos multidisciplinarios de Inglaterra, Finlandia, Holanda, Suecia y Dinamarca. Se diseñó para evaluar la calidad de vida en la salud. Simple, genérico, internacional y estandarizado. Está validado al español y explora cinco dimensiones (modalidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión) generando un total de 243 estados de salud posibles.⁵

El cuestionario Western Ontario and Mc Master Universities (WOMAC) es el instrumento específico, auto administrado, más utilizado para evaluar tanto la sintomatología como la capacidad funcional de los pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera. Contiene 24 ítems que abarcan tres dimensiones: dolor, rigidez y capacidad funcional en general. La puntuación más baja significa menos dolor y rigidez y mejor capacidad funcional. Cumpliendo con las instrucciones de los autores de la traducción y adaptación del cuestionario WOMAC, las respuestas dudosas debido a la posición de la marca fuera de las casillas se resolvieron eligiendo la más cercana. En algún caso excepcional en el que la marca estaba equidistante entre dos casillas, se eligió la puntuación más alta de las dos. Se consideraron como escalas no válidas la falta de respuesta del paciente a 2 ítems de dolor, 2 ítems de rigidez o 4 ítems de capacidad funcional. Cuando el paciente dejó en blanco un ítem de dolor, un ítem de rigidez y de uno a 3 ítems de

capacidad funcional, se sustituyó el dato *missing* del ítem no contestado por el valor medio de los ítems contestados.⁶

De acuerdo con Góngora et al. (2006) en un estudio observacional para evaluar la Calidad de Vida en pacientes con Osteoartrosis de cadera y rodilla en el Centro Nacional de Rehabilitación "Julio Díaz" con 138 pacientes encontraron que al aplicar y analizar la Escala WOMAC de valoración funcional en osteoartrosis, el 82,6% de los pacientes presentaron discapacidad severa. Respecto a la aplicación del Índice Europeo de Calidad de Vida, al analizar las 5 dimensiones evaluadas por separado vemos que en cuanto a movilidad el 81,9% de los pacientes presentaron algunos problemas, el 13,8% severos problemas y sólo el 4,3% manifestó no tener alteraciones en este aspecto. Al encuestar las posibilidades del paciente para efectuar su cuidado personal el 60,1% refirió algunas dificultades y el 9,4% problemas severos. En la dimensión referida al mantenimiento de las actividades cotidianas se muestra un predominio de los pacientes con algunos problemas con un 86,2% siendo insignificantes el resto de los porcentajes. El 69,6% de los encuestados manifestó grados diversos de ansiedad y depresión en contraposición al 30,4% que tuvieron ausencia de esta sintomatología.⁵

Por su parte, Prada et al. (2011), en un estudio prospectivo, longitudinal, experimental de 50 pacientes con diagnóstico de osteoartritis de rodilla se evaluó la Calidad de vida relacionada con la respuesta al tratamiento mediante la utilización de una adaptación del cuestionario Western Ontario and Mc Master Universities (WOMAC) para evaluar el dolor, la rigidez y la capacidad funcional de los pacientes estudiados antes y después del tratamiento (1 mes). En la evaluación al mes de terminado el tratamiento rehabilitador el descenso del promedio de las puntuaciones de las tres esferas menos del 50% del mayor nivel de afectación permite plantear que existe una mejoría de los síntomas en ese momento (dolor 19,4%, rigidez 38%, capacidad funcional 45%). En cuanto a las variables sociodemográficas se observó que la edad máxima fue de 82, con una media de 67.80 años, el grupo de edad más frecuente afectado fue de 60 a 70 años para ambos sexos, observándose un franco predominio del sexo femenino en todos los grupos de edades 66%, además que el 58.8 % de los pacientes tienen vínculo laboral.¹⁴

Antunez et al. (2012) en un estudio experimental, prospectivo y simple ciego con una muestra de 31 pacientes, la fue dividida en dos grupos. El grupo experimental (n = 17) realizó tratamiento basado en ejercicios físicos aeróbicos durante 4 semanas y dos sesiones semanales con una duración cada una de ellas de 50 minutos, realizándose una valoración pretest y postest empleando como instrumentos de medida la escala visual analógica (EVA), cuestionario WOMAC y

SF-36. La distribución por sexo fue de 11,8% hombres y 88,2% mujeres en el grupo experimental. Obteniéndose diferencias significativas en el t-test para muestras apareadas en las tres dimensiones del cuestionario WOMAC $p < 0,001$, en el dolor percibido $p < 0,001$ y en las dimensiones función física, vitalidad y salud mental del cuestionario SF-36 a un intervalo de confianza (IC) del 95%. Respecto al dolor medido mediante la EVA, obtenemos una mejora del 36,67%, observándose cómo mientras el grupo control percibe más dolor, el grupo experimental disminuye su percepción dolorosa. Respecto a la funcionalidad medida con el cuestionario WOMAC, los resultados mostraron una mejora global del 22,46% En el apartado dolor de este cuestionario, se obtiene una mejora del 26,9%.¹⁵

En un estudio descriptivo realizado por Solis et al., (2014) realizado a 952 pacientes, con criterios de OA según el Colegio Americano de Reumatología se evalúa capacidad funcional mediante la versión cubana del cuestionario HAQ (Health Assessment Questionnaire) en donde se encontró que predominó el sexo femenino con 735 pacientes (77.21 %), el 60.82 % de los pacientes presentó al menos una comorbilidad asociada, el tiempo de evolución más frecuente fue el de 1 a 5 años y el grupo articular más afectado fueron las rodillas con 457 pacientes. En los pacientes con tiempo de evolución menor de 1 año y entre 1 y 5 años predominó la discapacidad ligera, sobresaliendo el 30.71 % de los pacientes con tiempo de evolución menor de 1 año sin discapacidad, sin embargo en aquellos que presentaron tiempo de evolución mayor de 5 años fue más frecuente la discapacidad moderada, la cual se presentó incluso en más del 50 % de los pacientes con tiempo de evolución de 10 años o más, destacando también el 31.25 % de discapacidad severa entre los pacientes con este mismo tiempo de evolución de su enfermedad.¹⁶

De acuerdo a Bernad-Pineda et al. (2014) en un estudio transversal con una muestra de 1849, en el cual se evaluó la percepción de la calidad de vida desde el punto de vista del médico y pacientes, se encontró que las puntuaciones del WOMAC correlacionan significativamente con las del SF12-v2 en las dimensiones que evalúan salud física tanto desde la percepción del paciente (dolor: $r = -0,627$, $p < 0,001$; rigidez: $r = -0,586$, $p < 0,001$ y capacidad funcional: $r = -0,736$, $p < 0,001$) como del investigador ($r = -0,514$, $p < 0,001$; $r = -0,493$, $p < 0,001$ y $r = -0,595$, $p < 0,001$, respectivamente). Los pacientes tenían de $68,5 \pm 9,5$ años, el 61,5% tenía artrosis de rodilla, el 19% de cadera y el 19,5% en ambas localizaciones. Los pacientes de más edad y los que tenían artrosis de rodilla y de cadera presentaban peor calidad de vida, según la opinión de los pacientes y los investigadores.⁶

El cuestionario AMIQUAL es un instrumento específico para valorar la CV en OA de miembros inferiores; fue desarrollado en Francia en 2005 y está constituido por 43 ítems, ya en su versión 2.3, agrupados en 5 dominios. Para su validación y transculturización al español se realizó un estudio transversal, analítico, en el que la población diana se incluyó a 100 pacientes para cada tipo de OA (cadera y rodilla), grado radiológico II-III, para estimar homogeneidad, y 65 pacientes para cada tipo de OA, para evaluar consistencia; la edad promedio fue de $56,34 \pm 13$ y $60,1 \pm 9,2$ años, respectivamente; predominó el género femenino, el 67% y el 79,8%, respectivamente. La consistencia interna se determinó a través del cálculo de α de Cronbach fue de 0,946 y 0,999 para OA de cadera y de rodilla, respectivamente; los coeficientes de correlación intraclase fueron 0,979 y 0,998, respectivamente. Las correlaciones con todos los instrumentos fueron significativas ($p < 0,05$), excepto con el índice de Lequesne ($r -0,383$). La puntuación total de AMICAL mostró correlación significativa ($p < 0,05$) en sus dominios desagregados de escala visual análoga (EVA) ($r 0,737$), capacidad funcional ($r -0,831$), dolor ($r -0,742$) y rigidez ($r -0,649$). Las correlaciones de AMICAL con WOMAC fueron altas ($r > 0,6$) y significativas ($p < 0,05$) con actividad física, salud mental y dolor. Las correlaciones de AMICAL con SF-36 AMICAL fueron altas ($r > 0,6$) y significativas ($p < 0,05$) para: actividad física (con función física, rol físico, dolor, vitalidad y rol emocional), salud mental (con vitalidad, rol emocional y salud mental), dolor (con función física, rol físico, dolor y rol emocional), sexualidad (con salud mental) y pareja (con salud mental). La puntuación total de AMICAL mostró correlación baja ($r -0,383$) pero significativa ($p < 0,05$).¹⁷

De acuerdo a Rodríguez (2017) en un estudio observacional para valorar la calidad de vida se utilizaron los cuestionarios validados SF-36, WOMAC y Lequesne con una muestra de 707 pacientes en donde encontró que el 56,3% de los pacientes eran mujeres y la media de edad 61,75 años. La prevalencia de artrosis sintomática de rodilla es del 26,5% en rodilla derecha y 26,7% en rodilla izquierda. En, al menos una rodilla, la prevalencia es del 29,3%. Las variables que tienen un efecto independiente para predecir artrosis sintomática de rodilla son la edad, el sexo (ser mujer) y el IMC codificado. Las personas con artrosis presentaron peor calidad de vida que la población general medida con los cuestionarios SF-36 en su componente físico ($52,25 \pm 9,11$ vs $55,08 \pm 7,37$), Lequesne ($8,97 \pm 4,43$ vs $1,92 \pm 2,64$) y WOMAC. La puntuación media del SF-36 en la muestra estudiada es de $54,27 \pm 8,02$ en el componente físico y $48,66 \pm 8,43$ en el componente mental. Existe correlación significativa y negativa entre el cuestionario Lequesne y el componente físico del SF-36, es decir, puntuaciones más altas en el índice de Lequesne supone peor calidad de vida. Entre los pacientes

diagnosticados con artrosis en al menos una rodilla observamos que: refieren rigidez el 76,7%, se objetiva crepitación en el 99,5%, verbalizan dolor a la presión el 91,7% y presentan deformidad (hipertrofia articular de consistencia dura) el 14,1%.⁹

De acuerdo con Sánchez (2013) la dimensión más afectada al aplicar la escala SF-36 fue el rol físico en el cual se obtuvo una media de 24.342, seguida de salud general con 33.687, rol emocional con 36, función física 37.987, dolor corporal con 38.257, vitalidad 48.558, función social 53.125 y salud mental 54.184.¹⁸

En un estudio descriptivo realizado por De La Garza et al. (2013) realizado en 317 pacientes de primer nivel de atención, con limitación funcional por gonartrosis. Se utilizaron los cuestionarios WOMAC y SF-36 evaluando limitación funcional y calidad de vida respectivamente. Encontrando que 137 pacientes (43%) eran de sexo masculinos, 180 (57%) femeninos, edad \bar{x} : 72.46 y desviación estándar: \pm 6.76, mínima de 65 y máxima de 95. La limitación funcional leve se presentó en 222 (70%) pacientes. La calidad de vida regular representó el 52.37%. Se investigó la asociación entre limitación funcional y calidad de vida encontrando χ^2 de 106.78 y $p = 0.00$, aplicando Tau-b de Kendall para demostrar la relación, siendo de -0.502 y $p = 0.00$ significativa demostrando la relación entre las variables. Se dicotomizaron ambas variables valorando la dependencia de calidad de vida con limitación funcional encontrando 120 (37.85%) pacientes con mala calidad de vida y leve limitación funcional con χ^2 de 75.50, $p = 0.00$, tau-b de Kendall -0.428, $p = 0.00$, además se encontró una peor calidad de vida en los pacientes con mayor limitación funcional, teniendo 37 pacientes (11.7%) con limitación moderada y mala calidad de vida.¹⁹

Estrella et al (2014) en un estudio analítico, prospectivo y transversal en donde se estudiaron a 248 pacientes: 124 hombres y 124 mujeres con una media de 60 años de edad, evaluados mediante Índice de WOMAC encontraron que la capacidad funcional es la dimensión más afectada, en segundo lugar el dolor, y la rigidez en último término. La mayoría de los pacientes refieren una calidad de vida regular. la mayoría de los pacientes (43.55) posee una afectación baja de dolor, 38% tiene una afectación moderada y sólo el 18.5% tiene una afectación severa. Los pacientes reportan mayormente baja sensación de rigidez (37.2%), 34.6% muestra moderada rigidez y sólo 28.2% reporta esta sensación como severa. La rigidez comparada con el dolor presenta más casos de pacientes con una sensación severa. Considerando la capacidad funcional del paciente, la mayoría son casos de una capacidad funcional con algunas dificultades (46%), seguida de frecuencia por aquéllos con una capacidad funcional adecuada (29%), y al menos 25% son considerados pacientes con graves dificultades. En cuanto a la diferencia

de género, son los hombres quienes sienten más dolor al realizar actividades como caminar, subir y bajar escaleras así como estar sentado.²⁰

Por su parte Pacheco (2016) en un estudio realizado a 245 personas en el que se evaluó la funcionalidad de los pacientes mediante el Índice de Katz encontrando que los factores más sobresalientes son el peso (51%) y el sexo femenino (75.1%), sin embargo el 100% de los pacientes tuvieron un índice de Katz funcional.²¹

De acuerdo con Ruiz (2016) en un estudio en un estudio transversal, retrospectivo, con una muestra de 173 pacientes, en donde se analiza la calidad de vida de adultos mayores con diagnóstico clínico y radiográfico de osteoartrosis de rodilla, encontró que el 54% de los adultos mayores presentaron mala calidad de vida. Presentándose con mayor frecuencia en hombres (29%). La mala calidad de vida se presentó de la siguiente forma: 25% eran mujeres y 29% eran hombres.²²

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OA es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial debido a su alta prevalencia, siendo considerada la causa más común de incapacidad permanente en mayores de 65 años en los países en que se ha estudiado, presentándose la mayor frecuencia de esta enfermedad al nivel de las rodillas. La padece al menos 15 % de la población mundial por arriba de los 60 años de edad. Se ha determinado que dentro de las enfermedades reumáticas la OA es 10 a 12 veces más frecuente que la artritis reumatoide, afecta al menos al 13,9% de los adultos a partir de los 25 años y al 33,6% de los mayores de 65 años.

La prevalencia de OA ha aumentado en todo el mundo, lo que implica la pérdida aproximada de 2.3 años de vida saludable. En México, es una de las primeras diez causas de invalidez total, lo que incrementa la carga económica y social del país y se espera que siga elevándose debido al incremento de la esperanza de vida y a los hábitos poco saludables de la población. El dolor, conservar la movilidad articular y minimizar las complicaciones se vuelven parte fundamental del tratamiento.

La osteoartrosis de rodilla se encuentra en el 16% de los sujetos a partir de los 45 años y en el 12,1% de los mayores de 65 años. En México, la prevalencia es del 10,5%, con predominio en las mujeres. Las principales manifestaciones son dolor

y rigidez, seguidas de limitación del movimiento, disminución de la fuerza e inestabilidad articular, lo que afecta a la capacidad funcional y ocasiona un importante impacto en la calidad de vida (CV) relacionada con el estado de salud.

Es conocido que la OA tiene un gran impacto en la calidad de vida, en la productividad de los pacientes y en los costes de la enfermedad. Se ha sugerido que será la cuarta causa de discapacidad para el año 2020, y se sitúa entre las 25 principales causas con mayor impacto en la salud en todo el mundo.

La CV se considera un indicador integral del rol biopsicosocial y es útil en el diagnóstico situacional del paciente y para la toma de decisiones respecto a su manejo; sin embargo, no existe un instrumento en español de CV que evalúe a estos pacientes. Los cuestionarios específicos de capacidad funcional, como el índice Womac o el índice de Lequesne, se encuentran limitados para medir el impacto específico en la CV, ya que solo son evaluaciones parciales de esta compleja percepción como el dolor.

En el estudio de la OA se han utilizado múltiples instrumentos entre los que destaca el del Colegio Americano de Reumatología (ACR), el HAQ-CU donde se basa en medir la incapacidad para la realización de actividades de la vida diaria comparándolo con el tiempo de evolución de los síntomas, sin ser específico para OA de rodilla.

AMICAL es un instrumento simple, válido y reproducible en relación con otros instrumentos generales y específicos para OA de miembros inferiores, ya que en pacientes con gonartrosis, la CV es específicamente determinada por la actividad física, la salud mental del paciente y el dolor; se puede calcular gracias a la cantidad de dolor reportada por el paciente, capacidad funcional y rigidez articular manifestada donde se encuentran altas asociaciones en la función social y empleo así como en apoyo social, dolor, sexualidad, pareja y empleo.

Es indispensable realizar un abordaje integral en los pacientes que padecen OA, en el cual se considere evaluar su calidad de vida, por lo que se planteó la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario"?

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el grado de **actividad física** en pacientes con Osteoartrosis de rodilla adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".
2. Identificar el grado de **salud mental** en pacientes con Osteoartrosis de rodilla adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".
3. Identificar el grado de **apoyo social** en pacientes con Osteoartrosis de rodilla adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".
4. Identificar el grado de **dolor** de pacientes con Osteoartrosis de rodilla adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".
5. Identificar la percepción de la **sexualidad y el apoyo de la pareja** en pacientes con Osteoartrosis de rodilla adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".
6. Identificar **la situación laboral y de empleo** en pacientes con Osteoartrosis de rodilla adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".
7. Identificar los **factores sociodemográficos**, como edad, sexo, estado civil escolaridad y ocupación de los pacientes con Osteoartrosis de rodilla adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".

6. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual es una unidad de primer nivel de atención, cuya afluencia son los derechohabientes de dicho instituto, la cual pertenece a la Delegación Norte de la Ciudad de México del I.M.S.S. Avenida Renacimiento S/N, entre las Avenidas Aquiles Serdán, Avenida de las Culturas, Colonia El Rosario, Azcapotzalco, CDMX.

El objetivo del presente estudio fue conocer la calidad de vida de pacientes con osteoartritis de rodilla adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Para la realización del presente estudio se calculó una muestra de 91 pacientes con osteoartritis de rodilla, con un nivel de confianza del 95%. La muestra se recabó utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia, durante el periodo de diciembre de 2018 a marzo de 2019, en ambos turnos.

Se excluyeron a pacientes que cursaran con alguna otra enfermedad crónica descontrolada que causara un deterioro de la calidad de vida del paciente como: lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, diabetes mellitus con alguna complicación, miopatías o fibromialgia, cáncer, enfermedad renal, retinopatía, neuropatía, además de pacientes con amputación de alguna de sus extremidades y que no desearan participar en el estudio. Se eliminaron a pacientes que no llenaron correctamente o en su totalidad el cuestionario o bien que en algún momento de su realización no lo concluyeron.

Previo consentimiento informado (Anexo No. 1), se les aplicó un cuestionario diseñado para identificar variables sociodemográficas y calidad de vida de pacientes con osteoartritis (Anexo No. 2). La calidad de vida se evaluó a través del cuestionario AMIQUAL, el cual la evalúa a través de 48 ítems que integran los criterios de: actividad física, salud mental, apoyo social, dolor, sexualidad y pareja, empleo. Se consideró mala calidad de vida cuando dos o más criterios reportaron afectación. Las variables sociodemográficas que se identificaron fueron: edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad.

Para el análisis de datos, se utilizó estadística descriptiva, calculando frecuencias y porcentajes de las variables de estudio, los cuales se esquematizaron en tablas de contingencia, representadas gráficamente a través de columnas agrupadas y gráficas de sectores, utilizando el programa Microsoft Office Excel, a fin de observar la calidad de vida de pacientes con osteoartritis de rodilla de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario.

El presente trabajo de investigación se realizó conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación a nivel internacional, nacional e institucional, lo cual se respalda con una carta de consentimiento informado previa a la intervención con los pacientes en estudio.

7. RESULTADOS

Se realizó el estudio en pacientes de la UMF No. 33 "El Rosario" el cual se aplicó a 100 pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de rodilla donde se encontraron los siguientes resultados:

Respecto a la distribución de pacientes por edad y sexo se encontró que de los 100 pacientes (100%) con diagnóstico de osteoartrosis de rodilla, 44 (44%) eran hombres y 56 (56%) eran mujeres, dentro del grupo de hombres con mayor distribución se encuentran que 15 (34%) tienen edad de 51- 55, seguido de 10 (22%) con edad de 41- 50 años y 9 (20%) con edad de 56- 60 años, con respecto a las mujeres se encontró que 20 (35%) tienen edad de entre 51- 55 años seguido de 12 (21%) entre 61- 65 años y 10 (18%) entre 56- 60 años. **(Tabla y Gráfica No. 1).**

En lo referente a distribución por edad y estado civil, se encontró que de los 100 paciente con diagnóstico de osteoartrosis de rodilla, del grupo de 35 a 40 años, 2 (40%) eran solteros, 2 (40%) casados y 1 (20%) en unión libre. Del grupo de 41 a 50 años, 6 (43%) se encontraban en unión libre, 4 (29%) casados, 3 (21%) separados y 1 (7%) soltero. Respecto al grupo de 51 a 55 años, el mayor porcentaje eran casados 14 (40%), seguido de unión libre (34%), solteros (11%), separados (11%) y viudo 1 (3%), En cuanto al grupo de 56 a 60 años, 8 (42%) eran casados, 6 (31%) en unión libre, 4 (21%) separados y 1 (5%) soltero. Del grupo de 61 a 65 años, el 10 (59%) eran casados, 4 (23%) separados, 2 (12%) en unión libre y 1 (5%) soltero. Por último, con referencia al grupo de 66 a 70 años, 7 (70%) eran viudos, 2 (20%) en unión libre y 1 (10%) casados. **(Tabla y Gráfica No. 2).**

De igual forma, en la distribución de pacientes por edad y ocupación del grupo de 35-40 años, 2 (40%) son obreros, 1 (20%) empleado y 1 (20%) profesionalista, de la misma manera el grupo de 41-50 años se encontró que 9 (64%) son obreros, 3(21%) empleados, 1 (7%) profesionalista y 1 (7%) desempleado así mismo de los pacientes de 51- 55 años 18 (51%) son empleados, 7 (20%) obreros, 6 (17%) desempleados y 4 (11%) profesionalistas en lo referente al grupo 56-60 años 6 (32%) son empleados, 6 (32%) profesionalistas, 4 (21%) obreros, 2 (10%) jubilados y 1 (5%) desempleado, de la misma manera los pacientes de 61-65 años se encontró que 7 (41%) eran empleado, 5 (29%) profesionalistas, 4 (24%) jubilados y 1 (6%) desempleado por último el grupo de 66-70 años se encontró que 7(70%) eran jubilados, 2(20%) obreros y 1(10%) empleado. **(Tabla y Gráfica No. 3).**

Con respecto a la distribución de pacientes con respecto a escolaridad, se encontró que del grupo de 35-40 años 3 (60%) tenían educación secundaria, 1 (20%) carrera técnica y 1 (20%) postgrado, respecto al grupo de 41-50 años 7 (50%) con educación primaria, 5 (36%) secundaria, 1 (7%) bachillerato y 1 (7%) postgrado, así mismo en los pacientes de 51-55 años 15 (43%) estudio hasta secundaria, 9 (26%) bachillerato, 9 (26%) primaria, 1 (3%) carrera técnica y 1 (3%) analfabeta, así mismo 56-60 años 9 (47%) con educación secundaria, 4 (21%) licenciatura, 2 (10%) bachillerato, 1 (5%) primaria, 1 (5%) carrera técnica, 1 (5%) posgrado y 1 (5%) analfabeta, así mismo en los pacientes de 61-65 años 4 (23%) estudio bachillerato, 3 (17%) primaria, 3 (17%) secundaria, 3 (17%) licenciatura, 2 (12%) carrera técnica, 1 (6%) analfabeta, 1 (6%) postgrado, por último los pacientes con edad entre 66-70 años se observó que 4 (40%) estudio hasta secundaria, 3 (30%) primaria, 1 (10%) analfabeta, 1 (10%) bachillerato, 1 (10%) carrera técnica. **(Tabla y Gráfica No. 4).**

En relación a la afectación de la actividad física con respecto a la edad, se encontró que de los 100 (100%) pacientes, en el grupo de 35-40 años, 3 (60%) de los pacientes presentaron afectación y 2 (40%) no estaban afectados, de igual forma en el grupo de 41-50 años 10 (71%) presento afectación y 4 (29%) no estaban afectados, además del grupo de 51-55 años 22 (63%) presentaron afectación y 13 (53%) no estaban afectados, respecto a los pacientes de 56-60 años 9 (47%) presentaron afectación y 10 (53%) no estaban afectados, así mismo en el grupo de 61-65 años 7 (41%) presentaron afectación y 10 (59%) no estaban afectados, por ultimo del grupo de 66-70 años 8 (80%) presentaron afectación y 2 (20%) no estaban afectados, teniendo un total de 59 (59%) de pacientes afectados y 41 (41%) no afectados en la actividad física. **(Tabla y Gráfica No. 5).**

Con lo que respecta a la afectación de la actividad física con respecto al sexo se encontró que de los 100 (100%) pacientes del grupo de los hombres 27 (61%) presentaron afectación y 17 (39%) no estaban afectados, así mismo el grupo de las mujeres 32 (57%) presento afectación y 24 (43%) no estaban afectadas, teniendo un total de 59 (59%) de pacientes afectados y 41(41%) no se encontraban afectados en la actividad física. **(Tabla y Gráfica No. 6).**

En lo concerniente a la afectación de la salud mental, en pacientes con osteoartrosis de rodilla, relacionado a la edad se encontró que de los 100 (100%) pacientes, en el grupo de 35-40 años, 4 (80%) de los pacientes presentaron afectación y 1 (20%) no estaba afectado, de igual forma en el grupo de 41-50 años 8 (57%) presentó afectación y 6 (43%) no estaban afectados. Del grupo de 51-55 años 20 (57%) presentaron afectación y 15 (43%) no estaban afectados, respecto

a los pacientes de 56-60 años 10 (53%) presentaron afectación y 9 (47%) no estaban afectados, de la misma manera en el grupo de 61-65 años 9 (53%) presentaron afectación y 8 (47%) no estaban afectados.

Por último, del grupo de 66-70 años 6 (60%) presentaron afectación y 4 (40%) no estaban afectados, teniendo un total de 57 (57%) de pacientes afectados y 43 (43%) no afectados de la salud mental **(Tabla y Gráfica No. 7)**.

En relación a la afectación de la salud mental con respecto al sexo se encontró que de los 100 (100%) pacientes, del grupo de los hombres 27 (61%) presentaron afectación y 17 (39%) no estaban afectados, así mismo el grupo de las mujeres 30 (53%) presentó afectación y 26 (47%) no estaban afectadas, teniendo un total de 57 (57%) de pacientes afectados y 43 (43%) sin afectación en la salud mental. **(Tabla y Gráfica No. 8)**.

Referente a la afectación en el apoyo social con respecto a la edad se encontró que de los 100 (100%) pacientes, en el grupo de 35-40 años, 3 (60%) de los pacientes presentaron afectación y 2 (40%) no estaban afectados, así mismo en el grupo de 41-50 años 8 (57%) presentó afectación y 6 (43%) no estaban afectados, de la misma manera en el grupo de 51-55 años 25 (71%) presentaron afectación y 10 (29%) no estaban afectados, respecto a los pacientes de 56-60 años 13 (68%) presentaron afectación y 6 (32%) no estaban afectados, así mismo en el grupo de 61-65 años 12 (71%) presentaron afectación y 5 (29%) no estaban afectados, y, finalmente, del grupo de 66-70 años 9 (90%) presentaron afectación y solo 1 (10%) no estaba afectado, teniendo que del total 70 (70%) de los pacientes están afectados y 30 (30%) no afectados en el apoyo social **(Tabla y Gráfica No. 9)**.

En lo concerniente en la afectación en el apoyo social con respecto al sexo, se encontró que de los 100 (100%) pacientes, del grupo de los hombres 34 (77%) presentaron afectación y 10 (23%) no estaban afectados, del mismo modo en el grupo de las mujeres 36 (64%) presentó afectación y 20 (35%) no estaban afectadas, teniendo un total de 70 (70%) de pacientes afectados y 30 (30%) sin afectación en el apoyo social. **(Tabla y Gráfica No. 10)**.

Asímismo, en la afectación por presencia de dolor con respecto a la edad se encontró que de los 100 (100%) pacientes, en el grupo de 35-40 años, 3 (60%) de los pacientes presentaron afectación y 2 (40%) no estaban afectados, así mismo en el grupo de 41-50 años 8 (57%) presentó afectación y 6 (43%) no estaban afectados, respecto al grupo de 51-55 años 24 (69%) presentaron afectación y 11 (31%) no estaban afectados, en lo concerniente a los pacientes de 56-60 años 10 (53%) presentaron afectación y 9 (47%) no presentaron afectación, de igual forma en el grupo de 61-65 años 11 (65%) presentaron afectación y 6

(35%) no se veían afectados, por ultimo del grupo de 66-70 años 8 (80%) presentaron afectación y solo 2 (20%) no estaban afectados, teniendo que del total 64 (64%) de los pacientes están afectados y 36 (36%) no se encuentran afectados con base en la presencia de dolor. **(Tabla y Gráfica No. 11).**

En lo referente a la afectación por presencia de dolor con respecto al sexo se encontró que de los 100 (100%) pacientes, del grupo de los hombres 29 (66%) presentaron afectación y 15 (34%) no estaban afectados, de igual forma en el grupo de las mujeres 35 (63%) presento afectación y 21 (43%) no estaban afectadas, teniendo un total de 64 (64%) de los pacientes se encontraban afectados y 36 (36%) no se encontró afectación por la presencia de dolor. **(Tabla y Gráfica No. 12).**

En lo concerniente a la alteración en sexualidad y pareja con respecto a la edad se encontró que de los 100 (100%) pacientes, en el grupo de 35-40 años, 2 (40%) de los pacientes presentaron afectación y 3 (60%) no estaban afectados, de la misma manera en el grupo de 41-50 años 6 (43%) presento afectación y 8 (57%) no estaban afectados, respecto que el grupo de 51-55 años 20 (57%) presentaron afectación y 15 (43%) no estaban afectados, de igual forma en los pacientes de 56-60 años 12 (63%) presentaron afectación y 7 (47%) no presentaron afectación. En el grupo de 61-65 años 6 (35%) presentaron afectación y 11 (65%) no se encontraban afectados, por ultimo del grupo de 66-70 años solo 3 (30%) presentaron afectación y 7 (70%) no se encontraban afectados, teniendo que del total 49 (49%) de los pacientes están afectados y 51 (51%) no afectados en la sexualidad y pareja. **(Tabla y Gráfica No. 13).**

Así mismo en la afectación en sexualidad y pareja con respecto al sexo se encontró que del grupo de los hombres 24 (55%) presentaron afectación y 20 (45%) no estaban afectados, así mismo en el grupo de las mujeres 25 (45%) presento afectación y 31 (55%) no estaban afectadas, teniendo que el total es de 49 (49%) de los pacientes se encontraban afectados y apenas 51 (51%) no se encontró afectada con respecto a la sexualidad y pareja. **(Tabla y Gráfica No. 14).**

Respecto a la afectación en el empleo con respecto a la edad se encontró que de los 100 (100%) pacientes, en el grupo de 35-40 años 2 (40%) de los pacientes presentaron afectación y 3 (60%) no estaban afectados, mientras que en el grupo de 41-50 años 6 (43%) presento afectación y 8 (57%) no presentaban afectación, respecto que el grupo de 51-55 años 14 (40%) presentaron afectación y 21 (60%) no estaban afectados, respecto a los pacientes de 56-60 años 6 (32%) presentaron afectación y 13 (68%) no presentaron afectación, de la misma manera el grupo de 61-65 años 4 (24%) presentaron afectación y 13 (76%) no se

encontraban afectados, por ultimo del grupo de 66-70 años solo 3 (30%) presentaron afectación y 7 (70%) no se encontraban afectados, teniendo que del total 35 (35%) de los pacientes están afectados y 51 (51%) no afectados en el empleo. **(Tabla y Gráfica No. 15).**

En lo correspondiente a la afectación en el empleo con respecto al sexo se encontró que en el grupo de los hombres 15 (34%) presentaron afectación y 29 (66%) no estaban afectados, así mismo en el grupo de las mujeres 20 (36%) presento afectación y 36 (64%) no estaban afectadas, teniendo que del total 35 (35%) de los pacientes se encuentran afectados y 65 (65%) no se encontraron afectados con respecto al empleo. **(Tabla y Gráfica No. 16).**

En lo correspondiente a la afectación de la calidad de vida con respecto a la edad se observa que en el grupo de 35-40 años 2 (40%) de los pacientes presentaron afectación y 3 (60%) no presentaron afectación, de igual forma en el grupo de 41-50 años 8 (57%) pacientes presentaron afectación y 6 (43%) no presentaron afectación, así mismo que el grupo de 51-55 años 26 (74%) de los pacientes presentaron afectación y 9 (26%) no estaban afectados, así mismo los pacientes de 56-60 años 10 (53%) presentaron afectación y 9 (47%) no presentaron afectación. Del grupo de 61-65 años 8 (47%) presentaron afectación y 9 (53%) no se encontraron afectados, por ultimo del grupo de 66-70 años 7 (70%) presentaron afectación y 3 (30%) no se encontraban afectados, teniendo que del total 61 (61%) de los pacientes presenta mala calidad de vida y 39 (39%) de los pacientes presenta buena calidad de vida. **(Tabla y Gráfica No. 17).**

En lo correspondiente a la afectación de la calidad de vida con respecto al sexo se encontró que en el grupo de los hombres 29 (66%) presentaron mala calidad de vida y 15 (34%) buena calidad de vida, del mismo modo en el grupo de las mujeres 35 (63%) presentaron mala calidad de vida y 21 (38%) presentaron buena calidad de vida teniendo que del total 61 (61%) de los pacientes presenta mala calidad de vida y 39 (39%) presentaron buena calidad de vida. **(Tabla y Gráfica No. 18).**

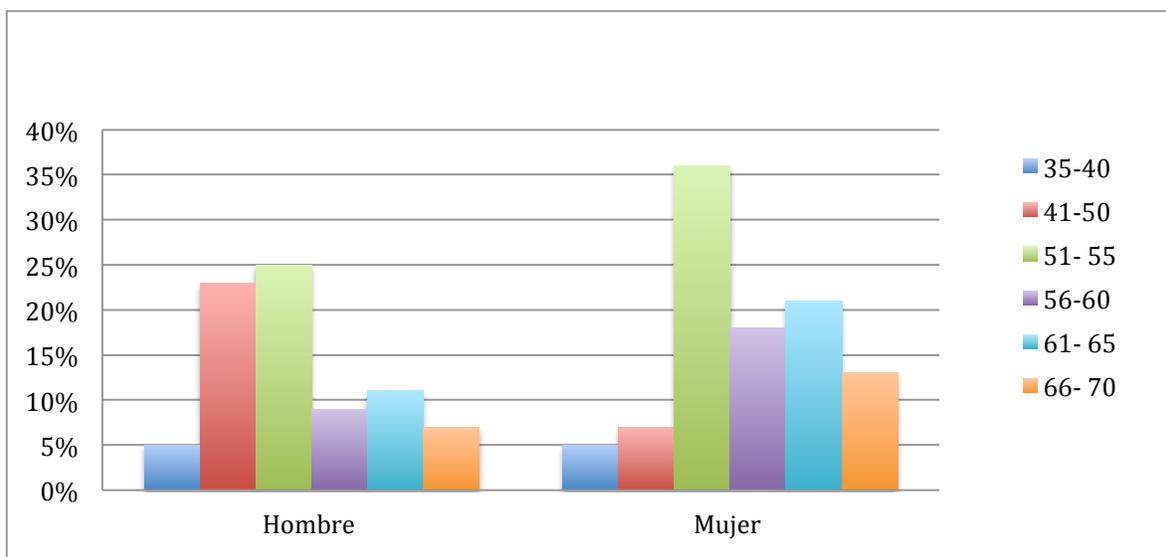
8. TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla No. 1. Distribución de pacientes por edad y género (sexo) con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

Sexo	Edad												Total	
	35-40		41-50		51- 55		56-60		61- 65		66- 70		No.	%
Hombre	2	5%	10	23%	15	34%	9	20%	5	11%	3	7%	44	44%
Mujer	3	5%	4	7%	20	36%	10	18%	12	21%	7	13%	56	56%
Total	5	5%	14	14%	35	35%	19	19%	17	17%	10	10%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 "El Rosario"

Gráfica No.1. Distribución de pacientes por edad y género con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



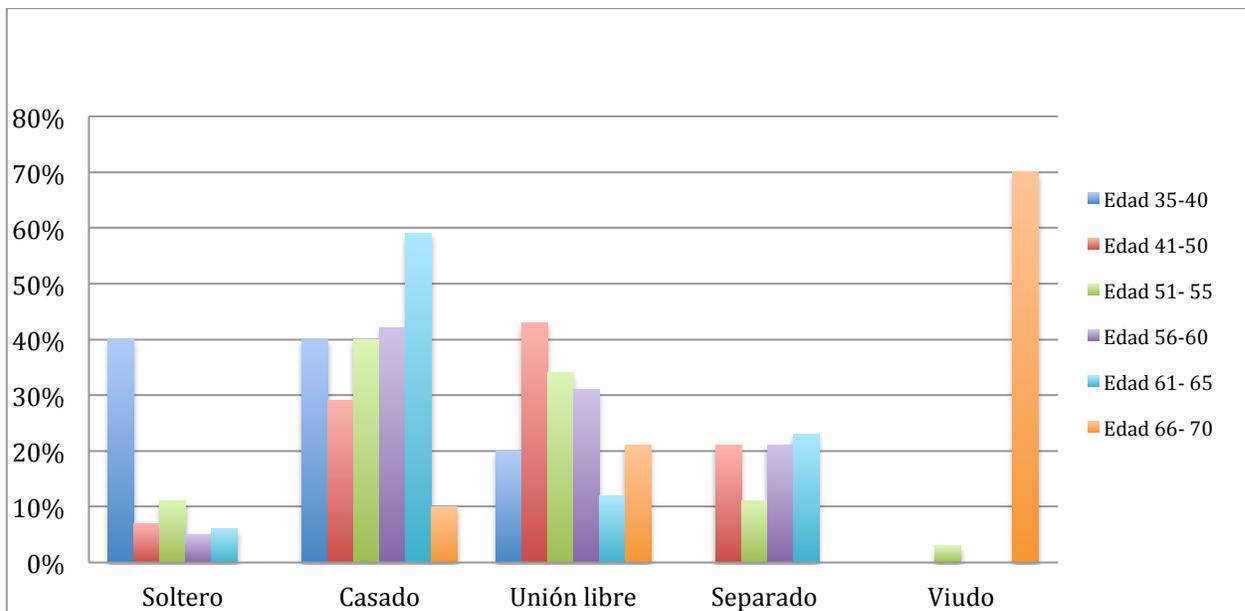
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No.2. Distribución de pacientes por edad y estado civil con osteoartrosis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario.

Estado Civil	Edad												Total	
	35-40		41-50		51- 55		56-60		61- 65		66- 70		No.	%
Sexo	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Soltero	2	40%	1	7%	4	11%	1	5%	1	6%	0	0%	9	9%
Casado	2	40%	4	29%	14	40%	8	42%	10	59%	1	10%	39	39%
Unión libre	1	20%	6	43%	12	34%	6	31%	2	12%	2	20%	29	29%
Separado	0	0%	3	21%	4	11%	4	21%	4	23%	0	0%	15	15%
Viudo	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	7	70%	8	8%
Total	5	100%	14	100%	35	100%	19	100%	17	100%	10	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No.2. Distribución de pacientes por edad y estado civil con osteoartrosis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario.



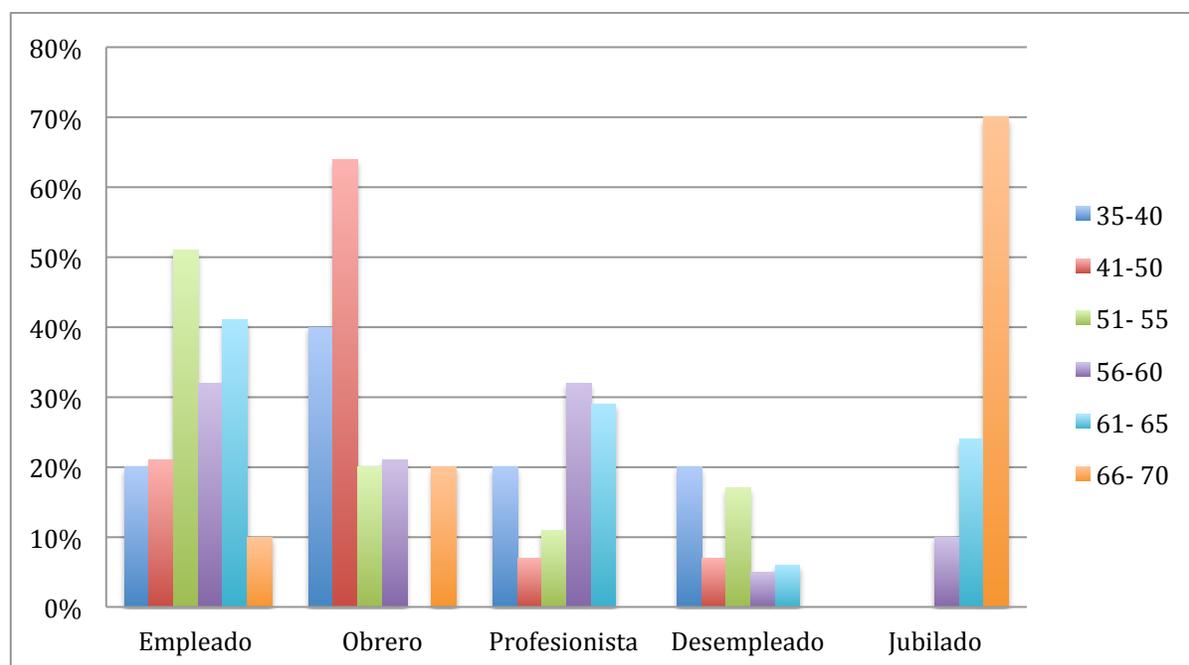
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No.3. Distribución de pacientes por edad y ocupación con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario.

Ocupación	Edad												Total	
	35-40		41-50		51- 55		56-60		61- 65		66- 70		No.	%
Empleado	1	20%	3	21%	18	51%	6	32%	7	41%	1	10%	36	36%
Obrero	2	40%	9	64%	7	20%	4	21%	0	0%	2	20%	24	24%
Profesionista	1	20%	1	7%	4	11%	6	32%	5	29%	0	0%	17	17%
Desempleado	1	20%	1	7%	6	17%	1	5%	1	6%	0	0%	10	10%
Jubilado	0	0%	0	0%	0	0%	2	10%	4	24%	7	70%	13	13%
Total	5	100%	14	100%	35	100%	19	100%	17	100%	10	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No.3. Distribución de pacientes por edad y ocupación con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario.



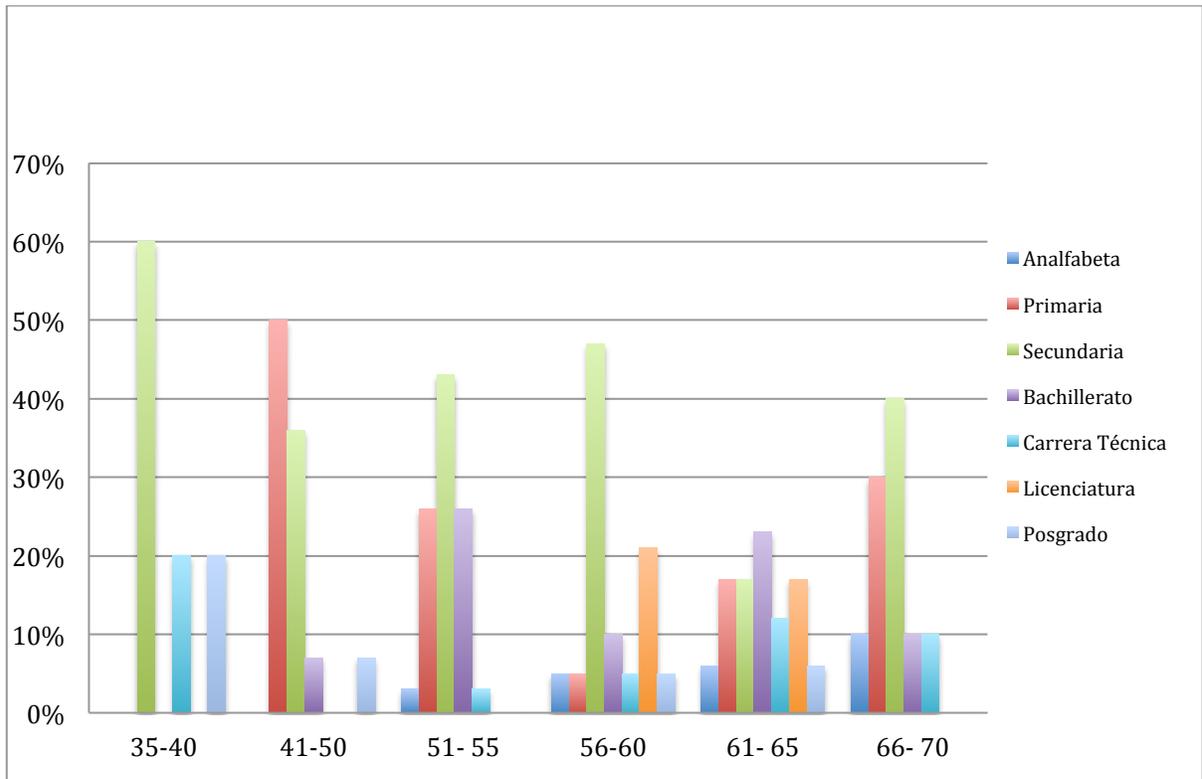
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No.4. Distribución de pacientes por edad y escolaridad con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario.

Escolaridad	Edad												Total	
	35-40		41-50		51- 55		56-60		61- 65		66- 70		No.	%
Analfabeta	0	0%	0	0%	1	3%	1	5%	1	6%	1	10%	4	4%
Primaria	0	0%	7	50%	9	26%	1	5%	3	17%	3	30%	23	23%
Secundaria	3	60%	5	36%	15	43%	9	47%	3	17%	4	40%	39	39%
Bachillerato	0	0%	1	7%	9	26%	2	10%	4	23%	1	10%	17	17%
Carreta Técnica	1	20%	0	0%	1	3%	1	5%	2	12%	1	10%	6	6%
Licenciatura	0	0%	0	0%	0	0%	4	21%	3	17%	0	0%	7	7%
Postgrado	1	20%	1	7%	0	0%	1	5%	1	6%	0	0%	4	4%
Total	5	100%	14	100%	35	100%	19	100%	17	100%	10	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No.4. Distribución de pacientes por edad y escolaridad con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario.



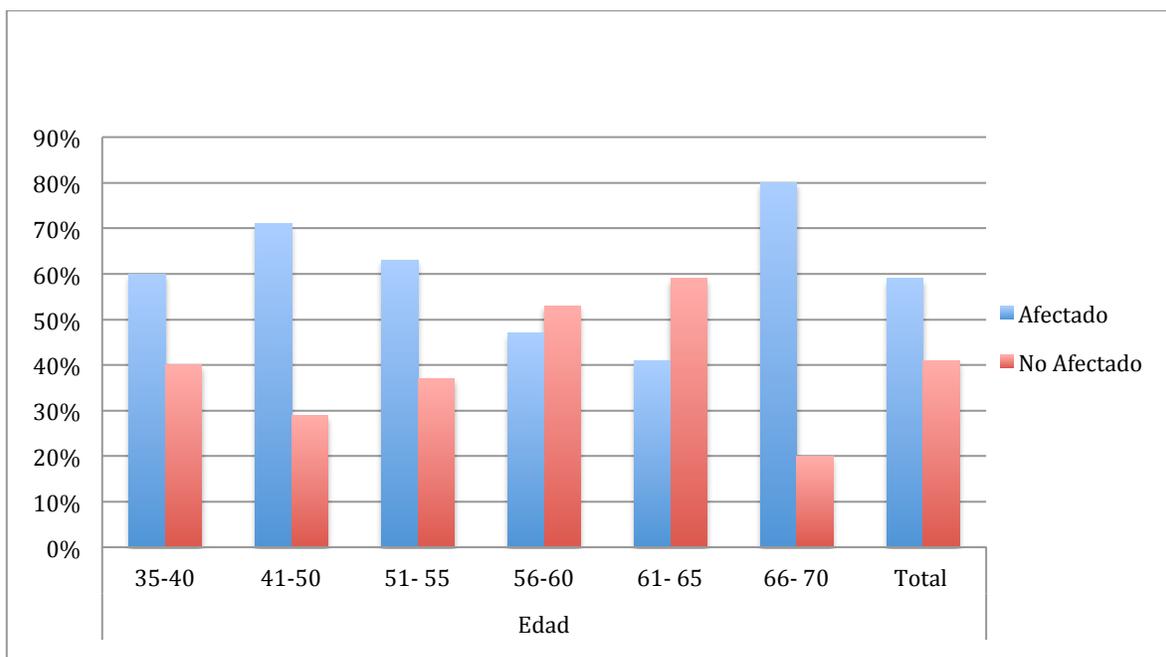
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No.5. Distribución de acuerdo a la afectación de la actividad física respecto a la edad de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

Actividad Física	Edad													
	35-40		41-50		51-55		56-60		61-65		66-70		Total	
	No.	%												
Afectado	3	60%	10	71%	22	63%	9	47%	7	41%	8	80%	59	59%
No Afectado	2	40%	4	29%	13	37%	10	53%	10	59%	2	20%	41	41%
Total	5	100%	14	100%	35	100%	19	100%	17	100%	10	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No.5. Distribución de acuerdo a la afectación de la actividad física respecto a la edad de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



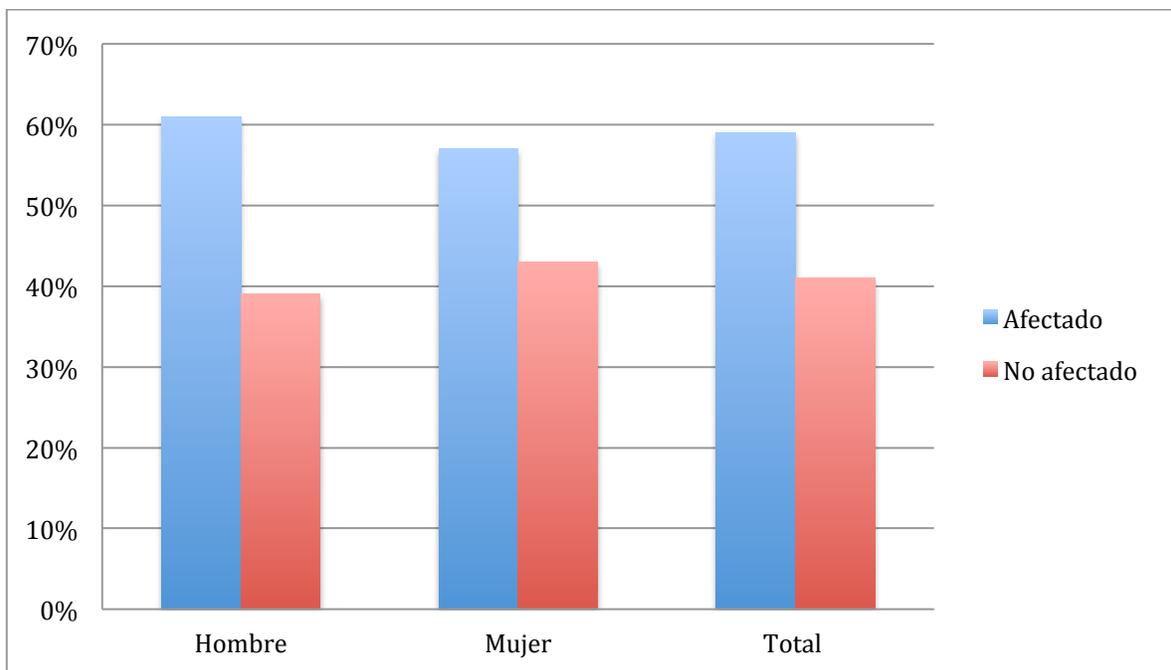
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No.6. Distribución de acuerdo a la afectación en la actividad física respecto al sexo de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

Actividad Física	Hombre		Mujer		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Afectado	27	61%	32	57%	59	59%
No Afectado	17	39%	24	43%	41	41%
Total	44	100%	56	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No.6. Distribución de acuerdo a la afectación en la actividad física y el sexo de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



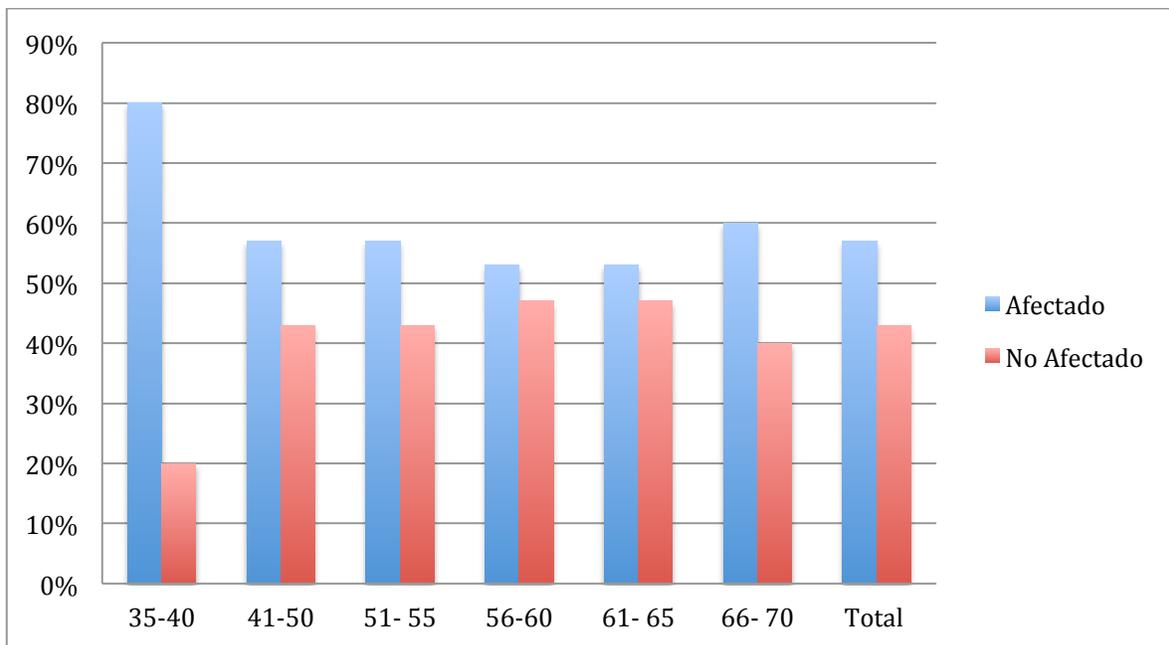
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No.7. Distribución respecto a la afectación en salud mental y la edad de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

Salud Mental	Edad												Total	
	35-40		41-50		51-55		56-60		61-65		66-70		No.	%
Afectado	4	80%	8	57%	20	57%	10	53%	9	53%	6	60%	57	57%
No Afectado	1	20%	6	43%	15	43%	9	47%	8	47%	4	40%	43	43%
Total	5	100%	14	100%	35	100%	19	100%	17	100%	10	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No.7. Distribución respecto a la afectación en salud mental y la edad de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



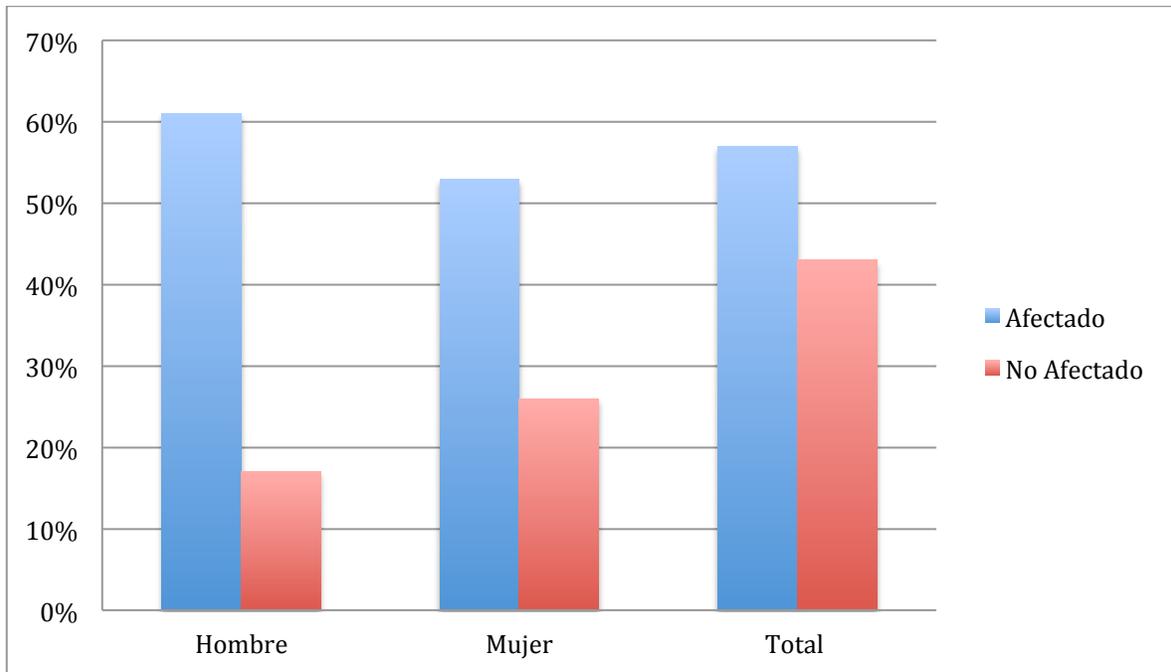
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No.8. Distribución respecto a la afectación en salud mental y el sexo de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
Salud Mental	No.	%	No.	%	No.	%
Afectado	27	61%	30	53%	57	57%
No Afectado	17	39%	26	47%	43	43%
Total	44	100%	56	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No.8. Distribución respecto a la afectación en salud mental y el sexo de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



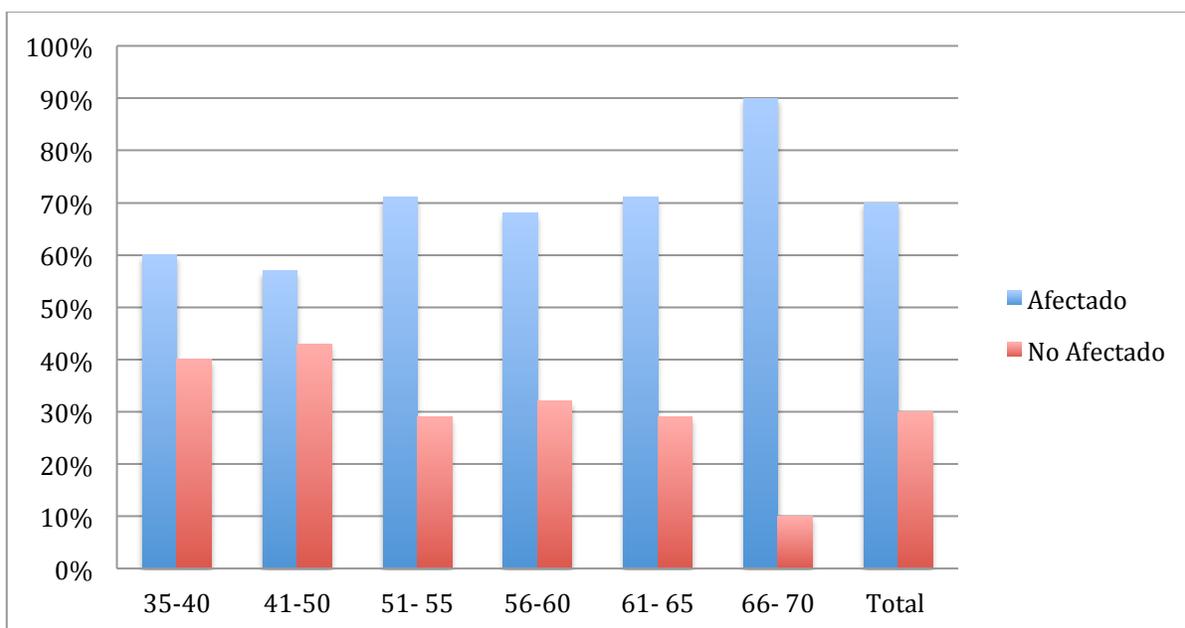
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No.9. Distribución respecto a la afectación en el apoyo social y la edad de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

	Edad												Total	
	35-40		41-50		51- 55		56-60		61- 65		66- 70			
Apoyo Social	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Afectado	3	60%	8	57%	25	71%	13	68%	12	71%	9	90%	70	70%
No Afectado	2	40%	6	43%	10	29%	6	32%	5	29%	1	10%	30	30%
Total	5	100%	14	100%	35	100%	19	100%	17	100%	10	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No.9. Distribución respecto a la afectación en el apoyo social y la edad de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



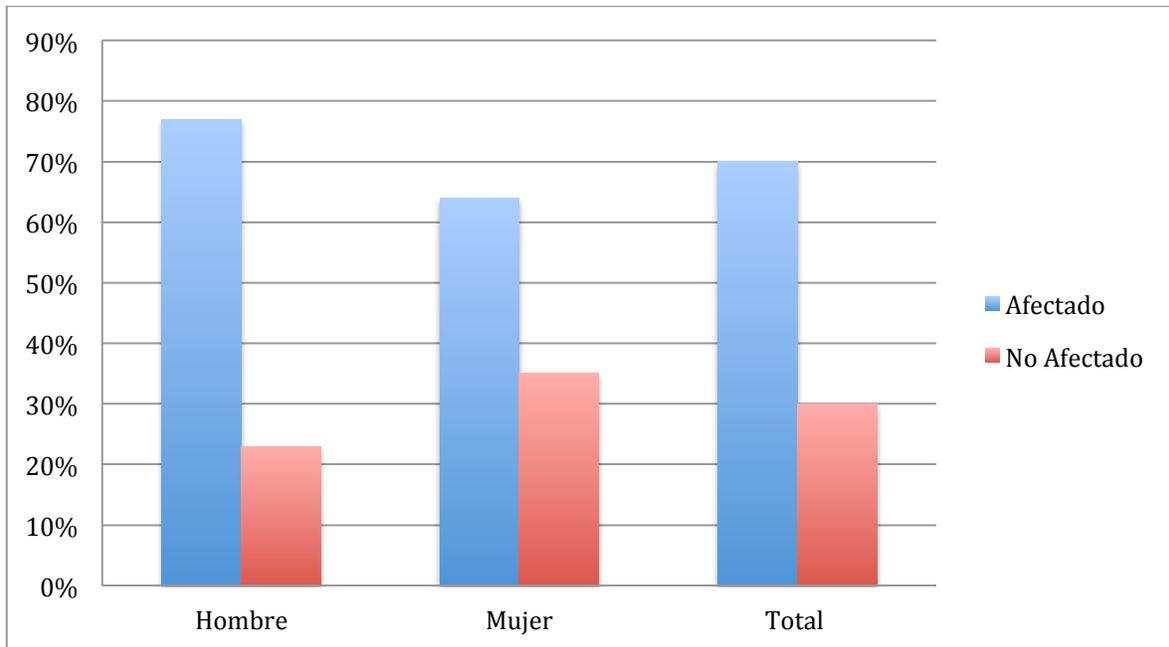
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No.10. Distribución respecto a la afectación en el apoyo social y el sexo de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
Apoyo Social	No.	%	No.	%	No	%
Afectado	34	77%	36	64%	70	70%
No Afectado	10	23%	20	35%	30	30%
Total	44	100%	56	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No.10. Distribución respecto a la afectación en el apoyo social y el sexo de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



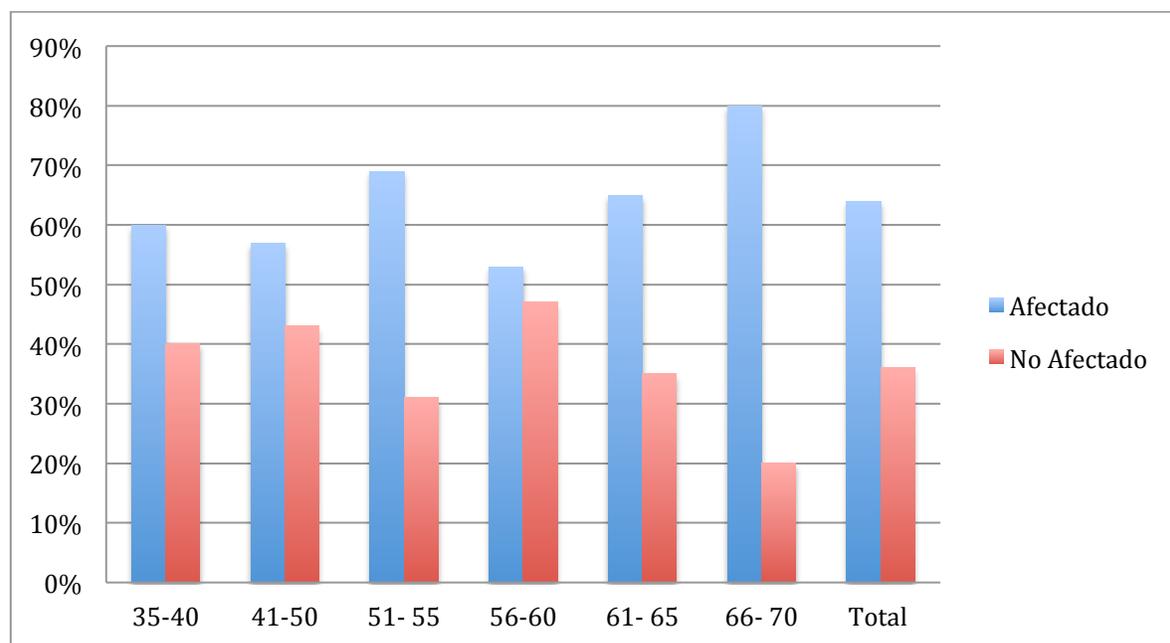
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No.11. Distribución respecto a la afectación en el dolor y la edad de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

	Edad												Total	
	35-40		41-50		51-55		56-60		61-65		66-70			
Dolor	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No.	%
Afectado	3	60%	8	57%	24	69%	10	53%	11	65%	8	80%	64	64%
No Afectado	2	40%	6	43%	11	31%	9	47%	6	35%	2	20%	36	36%
Total	5	100%	14	100%	35	100%	19	100%	17	100%	10	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No.11. Distribución respecto a la afectación en el dolor y la edad de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



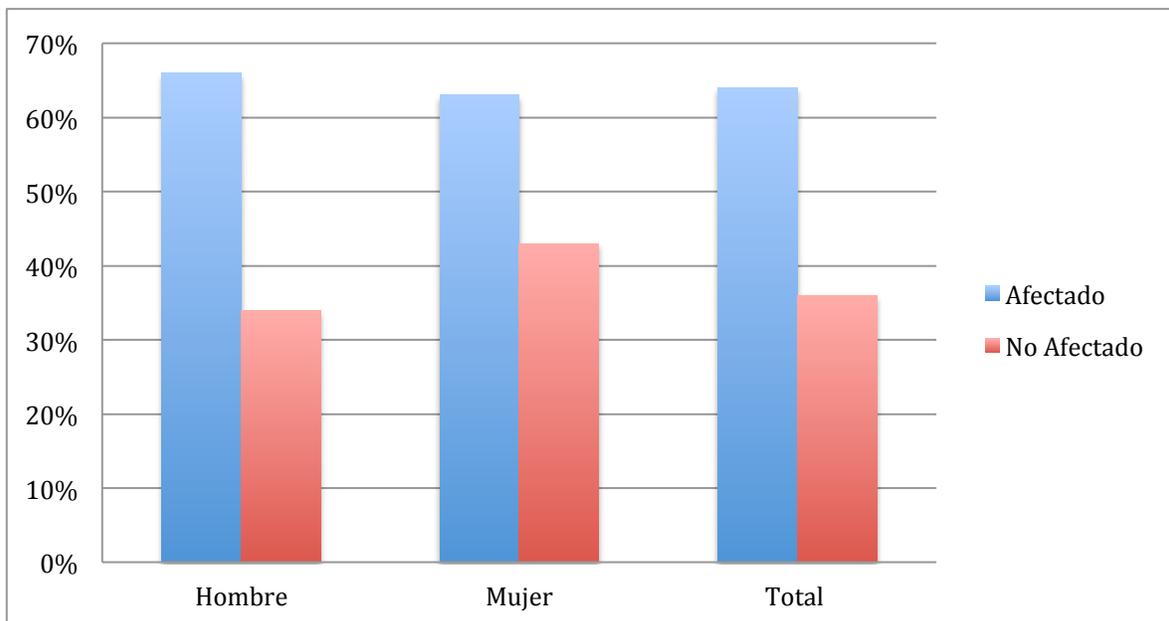
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No.12. Distribución respecto a la afectación en el dolor y el sexo de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

Dolor	Hombre		Mujer		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
Afectado	29	66%	35	63%	64	64%
No Afectado	15	34%	21	43%	36	36%
Total	44	100%	56	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No.12. Distribución respecto a la afectación en dolor y el sexo de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



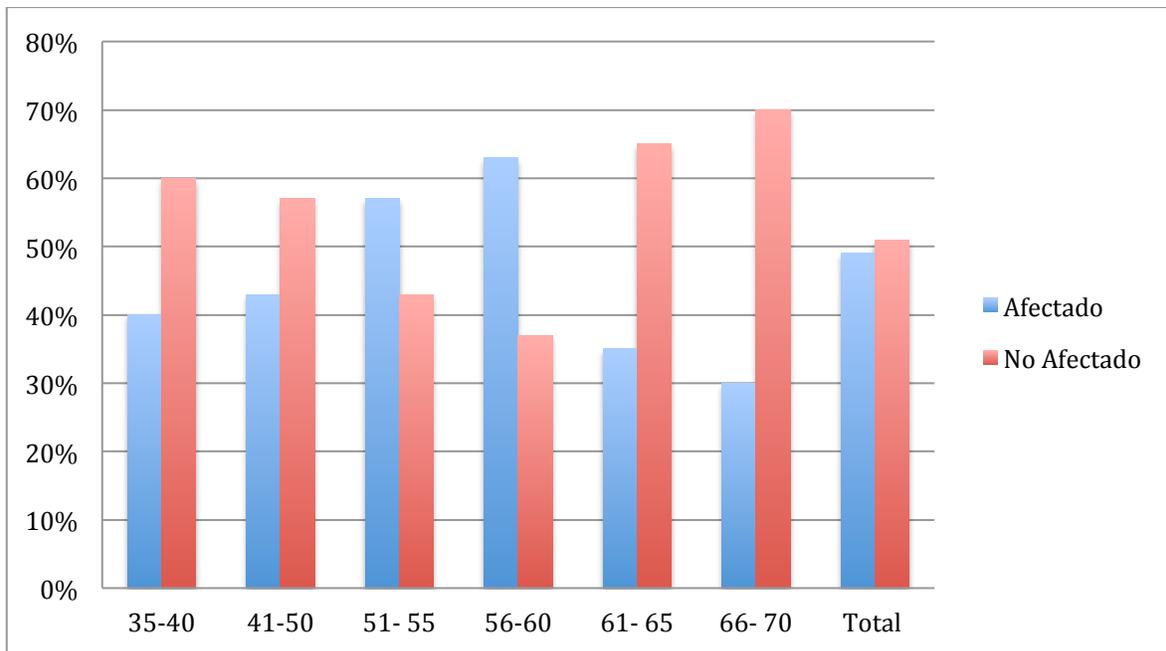
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No.13. Distribución de la afectación en sexualidad y pareja con respecto a la edad de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

	Edad												Total	
	35-40		41-50		51-55		56-60		61-65		66-70			
Sexualidad y pareja	No.	%												
Afectado	2	40%	6	43%	20	57%	12	63%	6	35%	3	30%	49	49%
No Afectado	3	60%	8	57%	15	43%	7	37%	11	65%	7	70%	51	51%
Total	5	100%	14	100%	35	100%	19	100%	17	100%	10	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No. 13. Distribución de la afectación en sexualidad y pareja con respecto a la edad de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



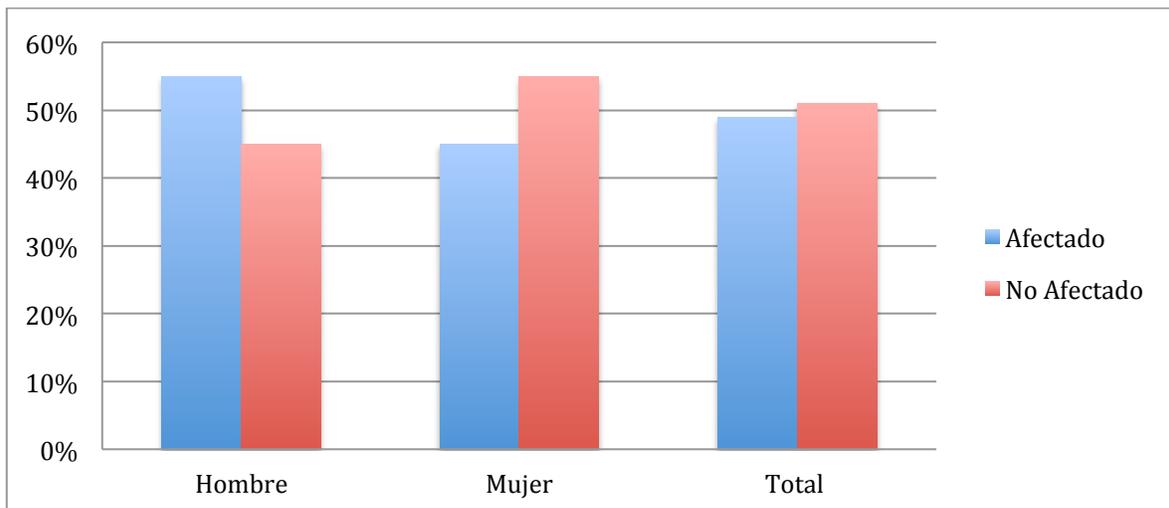
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No. 14. Distribución de la afectación en salud y pareja con respecto al sexo de pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

Sexualidad y Pareja	Hombre		Mujer		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Afectado	24	55%	25	45%	49	49%
No Afectado	20	45%	31	55%	51	51%
Total	44	100%	56	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No. 14. Distribución de la afectación en salud y pareja con respecto al sexo de pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



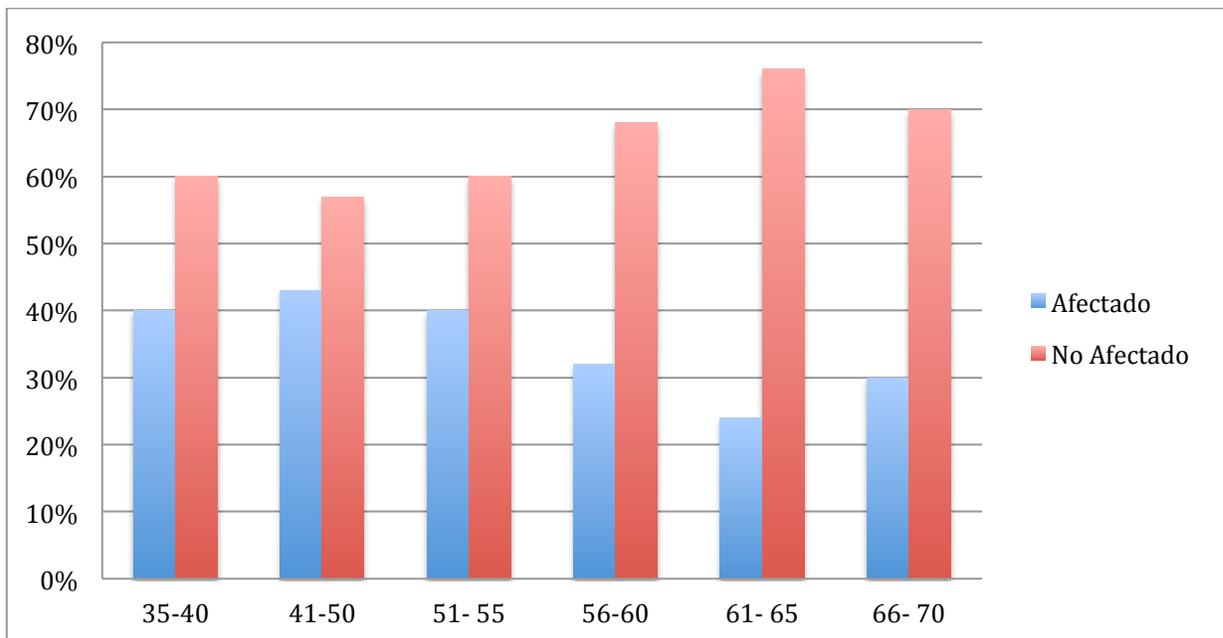
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No. 15. Distribución respecto a la afectación en el empleo y la edad de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

	Edad												Total	
	35-40		41-50		51-55		56-60		61-65		66-70			
Empleo	No.	%												
Afectado	2	40%	6	43%	14	40%	6	32%	4	24%	3	30%	35	35%
No Afectado	3	60%	8	57%	21	60%	13	68%	13	76%	7	70%	65	65%
Total	5	100%	14	100%	35	100%	19	100%	17	100%	10	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No. 15. Distribución respecto a la afectación en el empleo y la edad de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



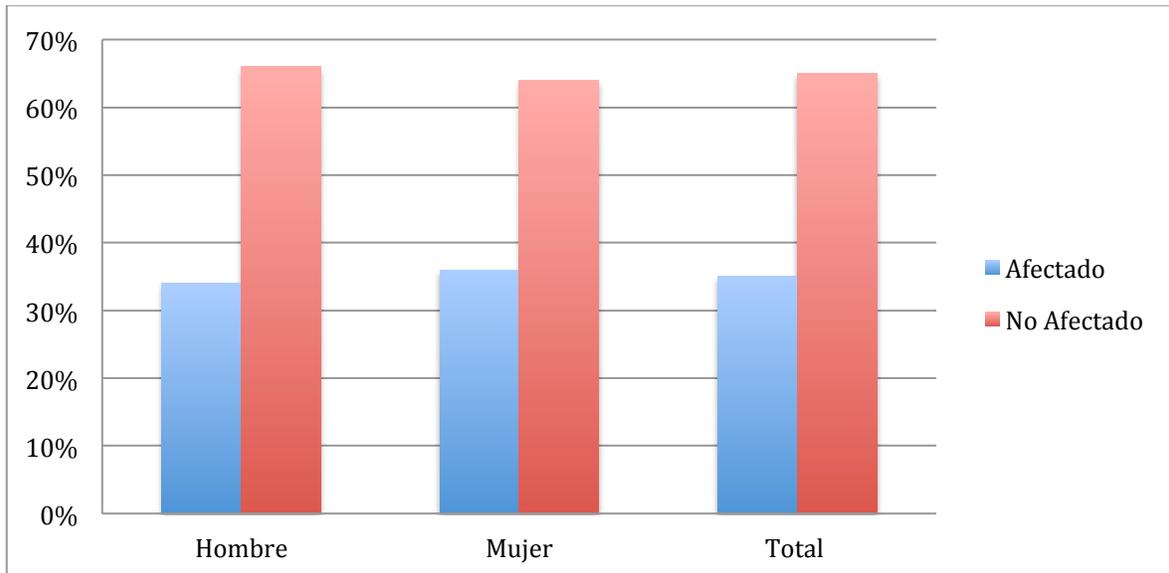
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No. 16. Distribución respecto a la afectación en el empleo y el sexo de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

Empleo	Hombre		Mujer		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Afectado	15	34%	20	36%	35	35%
No Afectado	29	66%	36	64%	65	65%
Total	44	100%	56	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No. 16. Distribución respecto a la afectación en el empleo y el sexo de pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



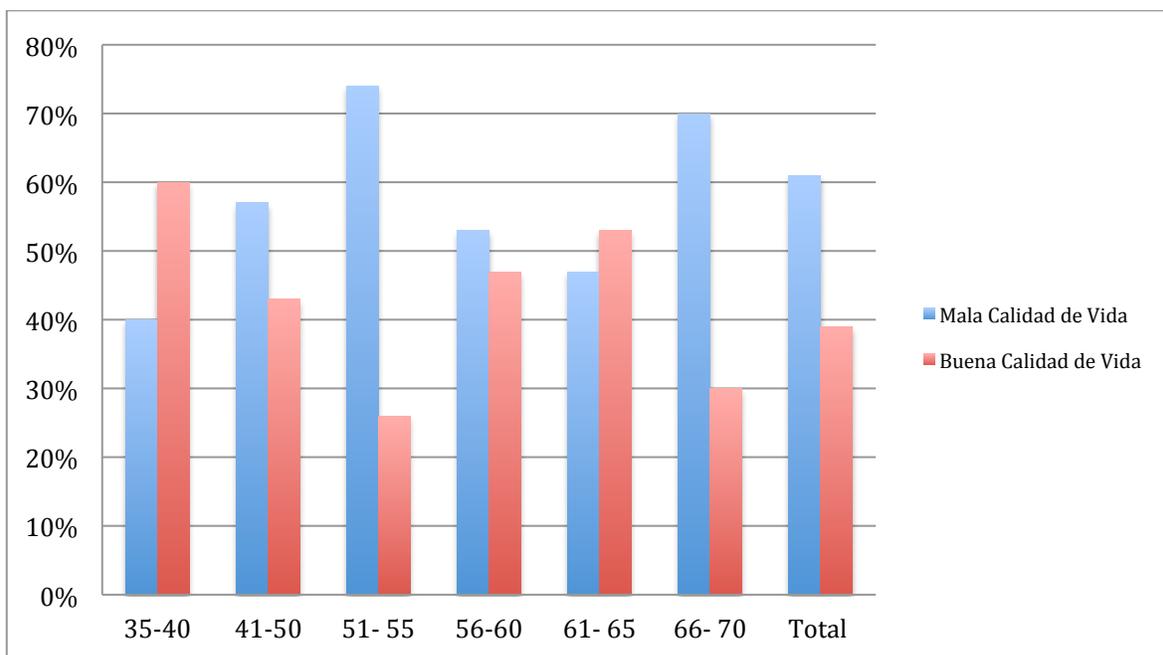
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No. 17. Distribución respecto a la afectación en la calidad de vida y la edad de pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

Calidad de Vida	Edad												Total	
	35-40		41-50		51-55		56-60		61-65		66-70		No.	%
Mala calidad de vida	2	40%	8	57%	26	74%	10	53%	8	47%	7	70%	61	61%
Buena calidad de vida	3	60%	6	43%	9	26%	9	47%	9	53%	3	30%	39	39%
Total	5	100%	14	100%	35	100%	19	100%	17	100%	10	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No. 17. Distribución respecto a la afectación en la calidad de vida y la edad de pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



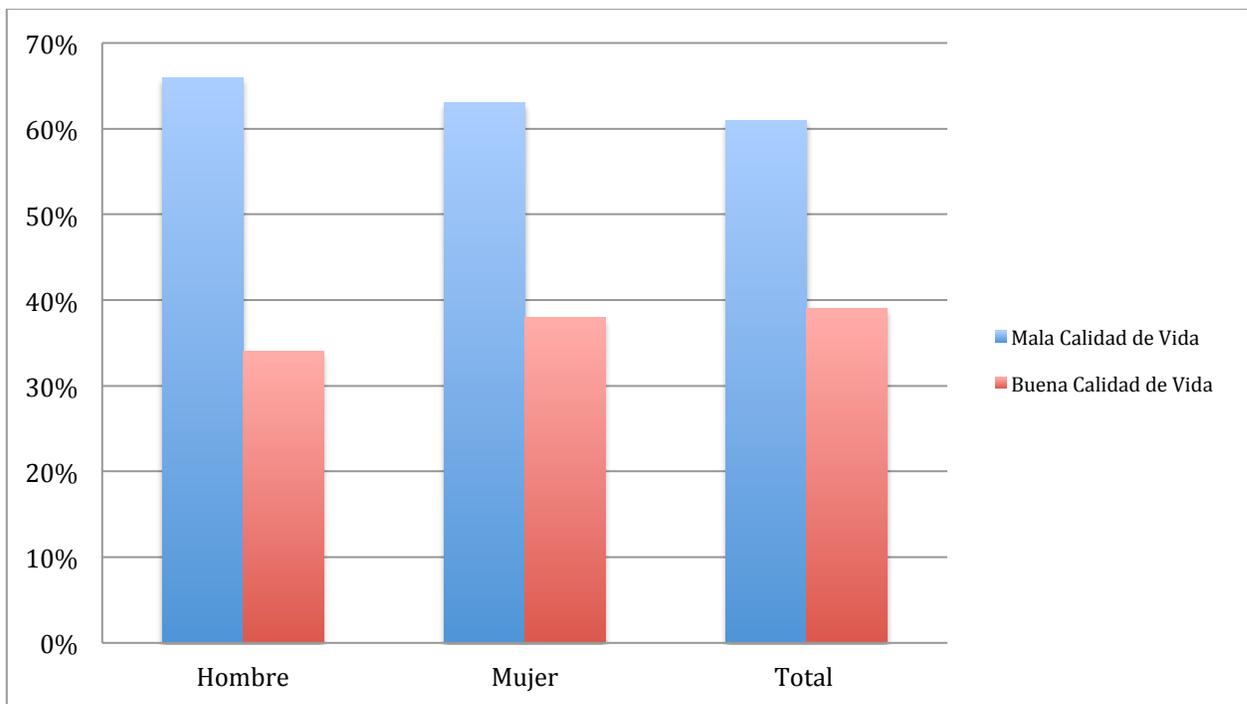
Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Tabla No. 18. Distribución respecto a la afectación en la calidad de vida y el sexo de pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".

Calidad de Vida	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Mala Calidad de Vida	29	66%	35	63%	61	61%
Buena Calidad de Vida	15	34%	21	38%	39	39%
Total	44	100%	56	100%	100	100%

Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

Gráfica No. 18. Distribución respecto a la afectación en la calidad de vida y el sexo de pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF 33 "El Rosario".



Fuente: Cuestionario "Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario"

9. DISCUSIÓN

En la presente investigación, se observó que la osteoartrosis de rodilla se presenta con mayor frecuencia en las mujeres (56% vs 44%). Lo anterior es similar a lo señalado por Espino et al. (2013), quien encontró una mayor prevalencia en mujeres (11.7% vs 8.71%). Este fenómeno podría estar relacionado con la influencia hormonal, por lo cual sería importante hacer una investigación en donde se compare el grado de severidad de la osteoartrosis de rodilla en mujeres en edad reproductiva y post menopaúsicas de reciente diagnóstico para determinar si existe una relación hormonal.

Por otro lado, en la distribución de la edad y estado civil se encontró que la mayor parte de los pacientes se encuentran casados, a excepción del grupo de 66-70 años, en donde en su mayoría se encuentran viudos.

En referencia a la distribución de la edad y ocupación, se observó que la osteoartrosis de rodilla se presentó con mayor frecuencia en pacientes que son obreros y empleados en todos los grupos de edad. Un ejemplo de lo anterior fue observado por Prada et al. (2011), quienes, en un estudio prospectivo, longitudinal, experimental de 50 pacientes, encontraron que el 58.8% de los pacientes con osteoartrosis de rodilla tienen un vínculo laboral. Lo anterior podría explicarse por los micro traumas repetitivos que sufren las rodillas al ser articulaciones de carga y desarrollar actividades laborales determinadas. Por lo cual valdría la pena hacer una investigación en donde se determine cuáles son otros factores asociados que contribuyen al desarrollo de la osteoartrosis de rodilla para poder crear estrategias que permitan disminuir la incidencia en dichos trabajadores.

Por otro lado, se encontró que la afectación de la actividad física en pacientes con osteoartrosis de rodilla con respecto a la edad es más importante en el grupo de 35-40 años y en el de 41-50 años (50% y 71%, respectivamente) y en lo concerniente a la afectación de la actividad física con respecto al sexo, se encontró que existe una mayor afectación en los hombres que en las mujeres (61% vs 57%, respectivamente). Lo previamente expuesto es similar a lo observado por Sánchez (2013), quien señaló que la dimensión más afectada al aplicar la escala SF-36 fue el rol físico, en el cual se obtuvo una media de 24.342 y en tercer lugar la función física con una media de 37.987.

Además, en la afectación de la salud mental en pacientes con osteoartrosis de rodilla, se encontró que el 57% de los pacientes se encontraban afectados, así mismo se observó que en la afectación con respecto al sexo, los hombres se encontraban más afectados en comparación con las mujeres (61% vs 53%), como

lo demostraron Góngora et al. (2006) en un estudio observacional para evaluar la Calidad de Vida en pacientes con osteoartrosis de cadera y rodilla mediante el Índice Europeo de Calidad de Vida, en donde encontraron que al evaluar las 5 dimensiones por separado, el 69.6% de los encuestados manifestó grados diversos de ansiedad y depresión. Lo anterior podría ser explicado por la imposibilidad para realizar sus actividades de la vida diaria por el dolor y limitación al movimiento que presentan, lo cual les genera ansiedad y al volverse cada vez más crónico, depresión. Sería importante enfatizar en una investigación en donde se les enseñen a las pacientes estrategias de afrontamiento, que les permitan aceptar su enfermedad y enfrentar de una forma más eficaz los problemas que se les presente, sin que esto ocasione alteraciones en su estado de ánimo.

En lo que se refiere a la afectación en el apoyo social con respecto a la edad, se observó que el 70% de los pacientes se encontraban afectados, con un mayor predominio en el grupo de 66-70 años (90%) y en el sexo masculino respecto al femenino (77 vs 64%, respectivamente). Respecto a esta variable no se han encontrado artículos en los cuales se hable de la afectación en el apoyo social de los pacientes con osteoartrosis de rodilla, por lo cual sería conveniente realizar una investigación en la cual se analicen las estrategias de afrontamiento y aceptación que tienen los pacientes para poder incidir en ellas e integrar de forma activa a su familia.

Así mismo, en la afectación por presencia de dolor con respecto a la edad, se encontró que el 64% de los pacientes se encontraban afectados, con un predominio en el grupo de 66-70 años, en el cual el 80% se encontraban afectados. Del mismo modo, Estrella et al (2014), en un estudio analítico, prospectivo y transversal en donde se estudiaron a 248 paciente mediante el Índice de WOMAC, observaron que la segunda dimensión más afectada es el dolor, con una afectación baja en un 43.55%, seguida de afectación moderada en el 38% y afectación severa en el 18.5%. Lo cual se podría explicar por la presencia de micro traumas que se presentan de forma repetitiva en las rodillas a lo largo de la vida y que conforme van pasando los años estos micro traumas van progresando, además se ha visto que esta degeneración articular tiene un componente inflamatorio en donde existe un incremento de actividad de citoquinas en el tejido articular, lo que ocasiona dolor crónico en la articulación.

Respecto a la presencia de dolor con respecto al sexo se encontró que los hombres presentaron una mayor afectación en comparación con las mujeres (66% va 63%), como lo demostraron Estrella et al (2014), quienes observaron que son los hombres quienes sienten más dolor al realizar actividades como caminar, subir y bajar escaleras, así como estar sentados.

En lo relacionado a la afectación en sexualidad y pareja con respecto a la edad, se encontró que el 49% de los pacientes se encuentran afectados, siendo más frecuente en el grupo de 56-60 años con una afectación del 63% y en lo que se refiere a afectación en sexualidad y pareja con respecto al sexo se encontró que los hombres presentaron mayor afectación en comparación con las mujeres (55% vs 45%). De acuerdo con lo anterior, no se han encontrado artículos que hablen de esta variable por lo que valdría la pena realizar una investigación en donde se pueda medir con un instrumento específico cada una de las dimensiones que abarca la variable sexualidad y pareja, y así se crear estrategias que permitan mejorarla.

Por otro lado, se observó que, en la afectación en el empleo con respecto a la edad, el 35% de los pacientes se encuentran afectados, con una mayor frecuencia en el grupo de 41-50 años (43%). En lo correspondiente a la afectación en el empleo con respecto al sexo se encontró que las mujeres se encuentran más afectadas que los hombres (36% vs 34%). Sin embargo hasta el momento no hay artículos que hablen sobre la afectación del empleo en pacientes con osteoartritis de rodilla, por lo que sería importante hacer una investigación en la cual se analice la relación que existe entre el tipo de empleo y el grado de afectación que tienen los pacientes para poder crear medidas que eviten la progresión de la enfermedad en dichos pacientes.

En cuanto a la afectación de la calidad de vida con respecto a la edad, se observó que el 61% de los pacientes presenta mala calidad de vida, siendo el grupo de 51-55 años, el más afectado (74%). Lo cual es similar a lo encontrado por Bernad-Pineda et al. (2014), quienes, en un estudio transversal con una muestra de 1849 pacientes, en donde se evaluó la percepción de la calidad de vida desde el punto de vista del médico y del paciente, observaron que los pacientes de mayor edad presentaban peor calidad de vida. Lo anterior se podría deber a que con la edad suele haber una reducción de los condrocitos en el mantenimiento y reparación del cartílago articular debido a la disminución de la actividad mitótica y de síntesis de factores de crecimiento, así como una predisposición a un estado pro apoptótico de los condrocitos.

Finalmente, al analizar la afectación de la calidad de vida con respecto al sexo se encontró que los hombres se encuentran más afectados con respecto a las mujeres (66% vs 63%, respectivamente). Lo cual es similar a lo encontrado por Ruiz (2016), quien, en un estudio transversal de 173 pacientes, en donde se analiza la calidad de vida de adultos mayores con diagnóstico clínico y radiográfico de osteoartritis de rodilla, observó que el 54% de los adultos mayores

presentaron mala calidad de vida, la cual predominó en el sexo masculino (29% vs 25%). Por lo cual valdría la pena hacer un estudio en el cual se analicen otros factores que influyen en la progresión de la enfermedad para crear estrategias que retrasen dicha progresión y que permitan que el paciente con osteoartrosis de rodilla pueda tener una mejor calidad de vida por más tiempo.

10. CONCLUSIONES

La calidad de vida en pacientes con osteartrosis de rodilla de la UMF 33 se encuentra afectada observando que la mayoría de los pacientes presenta mala calidad de vida, siendo más afectada en los grupos de mayor edad de los 51-55 años. A pesar de ser una patología que afecta más al sexo femenino observamos que conforme avanza la edad se encuentra más afectado el sexo masculino. Al momento de analizar las variables por género se observó que en el sexo femenino se encuentran más afectadas las dimensiones dolor y actividad física en contraste al sexo masculino en donde el apoyo social y dolor son los mas afectados. A si mismo se encontró una gran similitud con respecto a sexualidad y pareja, y salud mental ya que ambos sexos se encuentran igualmente afectados. Por último no se encontró que existiera afectación en el empleo para ninguno de los grupos.

La presente investigación nos permite no solo analizar la calidad de vida como un todo si no analizar todo lo que modifica la calidad de vida de los pacientes siendo de utilidad a los médicos familiares ya que al momento de tratar una patología crónica como lo es la osteartrosis de rodilla nos enfocamos en aspectos como el dolor, la funcionalidad y la afectación al empleo, y esta investigación nos permite analizar la afectación del apoyo social y de la vida en pareja, y con esto ofertar un mejor manejo biológico, psicológico y social a nuestros pacientes.

Cabe destacar que sería adecuado realizar una investigación con el mismo instrumento en varios centros de primer nivel así como con una muestra mayor y diferenciar entre pacientes que ya tienen tratamiento definitivo para la enfermedad y los que solo manejan tratamiento sintomático así como comparar con otros instrumentos la sexualidad y el apoyo social a fin de que esto nos permitirá individualizar manejos y tener un mejor apego a tratamiento.

Con base en lo anterior, resulta necesario no sólo pensar en evitar la limitación física de nuestros pacientes con osteartrosis de rodilla, sino que, además, realizar acciones de educación e intervención familiar para evitar que tengan limitación en los ámbitos sociales y de pareja, ya que, como se observó, el progreso de la enfermedad va en relación con el incremento de la edad por lo que cada vez habrá más adultos mayores que no disfruten con plenitud su vida secundario a afectaciones que involucren, no sólo el dolor y limitación física, sino que además se encuentre afectada su vida sexual y social.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez FM, Martínez FC, Calvo RR, Figueroa PD. Osteoartritis de rodilla. *Rev Chil Ortop Traumatol.* 2015; 56(3): 45-51.
2. Espinosa MR, Arce SC, Cajigas MJ, Esquivel VJ, Gutierrez GJ, Martínez HJ, et al. Reunión multidisciplinaria de expertos en diagnóstico y tratamiento de pacientes con osteoartrosis. Actualización basada en evidencias. *Med Int Mex.* 2013; 29(1): 67-92.
3. Mendoza CS, Noa PM, Más-Ferreiro R, Valle CM. Osteoartritis. Fisiopatología y Tratamiento. *Revista CENIC Ciencias Biológicas.* 2011; 42(2): 81-88.
4. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc).* 1995; 104(20):771- 776.
5. Góngora CY, Friol GJ, Rodríguez BE, González RJ, Castellanos SM, Álvarez AR. Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de cadera y rodilla. *Revista Cubana de Reumatología.* 2006; 3(9): 23-42.
6. Bernad-Pineda M, de las Heras SJ, Garcés PM. Calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de cadera y/o rodilla. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2014; 58(5): 283-289.
7. Altman et all. Development of criteria for the classification and reporting of Classification of Osteoarthritis of the knee. *Arthritis and rheumatism.* 1986; 8: 1047- 1048.
8. Rodríguez VD. Prevalencia de artrosis, calidad de vida y dependencia en una muestra aleatoria poblacional en personas de 40 y más años de edad (tesis doctoral). A Coruña: Universidad de Da Coruña; 2017.
9. Solis CU, Hernandez CI, Prada HD, de Armas HA, Ulloa AA. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología.* 2013; 15(3): 153-159.
10. Sánchez MM. Artrosis, etiopatogenia y tratamiento. *An Real Acad Med Cir Vall.* 2013; 50: 181-203.

11. Farr J, Miller LE, Block JE. Quality of life in patients with knee osteoarthritis: A commentary on nonsurgical treatments. *The Open Orthopaedics Journal*. 2013; 7: 619-623.
12. López AS, Martínez SM, °Romero CA, Navarro CF, Gonzáles RJ. Propiedades métricas del cuestionario WOMAC y una versión una versión reducida para medir la sintomatología y la discapacidad física. *Aten. Primaria*. 2009; 41(11): 613-620.
13. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol*. 1988;15(12):1833-40.
14. Prada HD, Molinero RC, Gómez MJ, Hernández CI, Porro NJ, López CG, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla y tratamiento rehabilitador. *Revista Cubana de Reumatología*. 2011; 13(17): ISSN: 1817-5996.
15. Espejo AL, Cardero DM, Caro PB, Téllez de PT. Efectos del ejercicio físico en la funcionalidad y calidad de vida en mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(6):262–265.
16. Solís CU, Hernández CI, Prada HD, de Armas HA. Evaluación de la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología*. 2014; 16(1): 23-29.
17. Espinosa CG, Guillermin F, Rat A, Duarte-SC, Alemán HS, Vergara AY, Goycochea RM. Transculturización y validación al español del Cuestionario específico de artrosis de miembros inferiores y calidad de vida AMICAL: Arthrose des Membres Inférieurs et Qualité de vie AMIQUAL. *Reumatol Clin*. 2014;10(4):241–247.
18. Sánchez CW. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con osteoartrosis degenerativa en la UMF No. 94 (tesis doctoral). Ciudad de México: Universidad Autónoma de México 2013.
19. De la Garza JJ, Vázquez CE, Aguilar RT, Montiel JA, Gutiérrez GI, Barragán HR, et al. Calidad de vida en pacientes con limitación funcional de

rodilla por gonartrosis en una unidad de primer nivel de atención médica. Acta Ortopédica Mexicana 2013; 27(6): 367-370.

20. Estrella CD, López MJ, Arcila NR. Medición de la calidad de vida en pacientes mexicanos con osteoartrosis. Rev Mex Med Fis Rehab 2014; 26(1):5-11.
21. Pacheco Novales D. Funcionalidad en actividades de la vida diaria en pacientes portadores de osteoartrosis degenerativa que acuden a una unidad de primer nivel de atención (tesis doctoral). Ciudad de México: Universidad Autónoma de México; 2016.
22. Ruiz de la Fuente J. Frecuencia de la calidad de vida en el adulto mayor con osteoartrosis de rodilla de la UMF 33 El Rosario (tesis doctoral). Ciudad de México: Universidad Autónoma de México; 2016.
23. Edad – Definición de edad en español de Oxford Dictionaries (Internet). España: Oxford Dictionaries; (actualizado 2018; citado 15 abr 2018). Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/edad>.
24. DRAE- Diccionario de la lengua española – Real Academia Española (Internet). España: Real Academia Española; (actualizado 2018; citado 15 abr 2018). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xfff>.
25. Significado de sexo – Que es, definición y concepto (Internet). México: Que significado; (actualizada 2018; citado 15 abr 2018). Disponible en: <http://quesignificado.com/sexo/>
26. Definición de estado civil – Concepto en definición ABC (Internet). México: Definición ABC; 2007 (actualizada 2018; citada 15 abr 2018). Disponible en: <https://definicionabc.com/derecho/estado-civil.php>.
27. Unión libre | México | Enciclopedia Jurídica On line (Internet). México: Ley derecho; 2014 (actualizada 2018; citada 15 abr 2018). Disponible en: mexico.leyderecho.org/union-libre/.
28. Ocupación | Observatorio Laboral (Internet). Colombia: Graduados Colombia; 2013 (actualizada 2018; citada 15 abr 2018). Disponible en: www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083.html.

29. Glosario – CONAPO – Consejo Nacional de la Población (Internet). México: conapo; (actualizada 2018; citada 15 abr 2018). Disponible en: www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Glosario_Migracion_Interna?page=4.
30. Definición de capacidad – Concepto en definición ABC (Internet). México: Definición ABC; (actualizada 2018; citada 15 abr 2018). Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/capacidad.php>.
31. Definición de la actividad física – Concepto en definición ABC (Internet). México: Definición ABC; (actualizada 2018; citada 15 abr 2018). Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/capacidad.php>.
32. ¿Qué es la salud mental? – Psicólogo Madrid – Consulta Baekeland (Internet). Madrid: Consulta Baekeland; (actualizada 2018; citada 15 abr 2018). Disponible en: <https://www.consultabaekeland.com/p/es/psicologo-madrid.../que-es-la-salud-mental.php>.
33. Salud Mental – World Health Organization (Internet). España. Who: 2013; (actualizada dic 2018; citada 15 abr 2018). Disponible en: www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
34. Aranda BC, Pando MM. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Revista de Investigación en Psicología. 2013; 16 (1): 233-245.
35. Dura E, Garcés J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. Revista de Psicología Social. 1991; 6(2): 257-271.
36. Martínez Palau A. Funcionamiento social y su relación con variables psicoeducativas (tesis doctoral). España: Universidad de Alicante 2012.
37. Puebla DF. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología. 2005; 28(3): 139-143.
38. Ibarra MD. Una nueva definición de dolor. Un imperativo de nuestros días. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2006; 13(2): 65-72.
39. Sexualidad-Seguridad: Definición de relación sexual (Internet). México: Sexualidad-Seguridad; (actualizada 2018; citada abr 2018). Disponible en: sexualidadseguridad.blogspot.com/2010/03/definicion-de-relacion-sexual.html.

40. Definición de relaciones – Qué es, significado y concepto (Internet). Definición de; 2008 (actualizado 2018; citado abr 2018). Disponible en: <https://definicion.de/relaciones/>.
41. Definición de Pareja-Concepto en Definición ABC (Internet). México. Definición ABC; 2007 (actualizada 2018; citada abr 2018). Disponible en: <https://www.definicionabc.com/social/pareja.php>.
42. Definición y etimología de pareja – qué es, significado y concepto (Internet). México. Definición; (actualizada 2018; citada abr 2018). Disponible en: <https://www.definicionabc.com/social/pareja.php>.
43. Significado de empleo – Qué es, concepto y definición (Internet). México. Significados; 2013 (actualizado 2018; citada abr 2018). Disponible en: <https://www.significados.com/empleo/>.
44. Empleo – Economipedia (Internet). Madrid. Economipedia; 2015 (actualizado 2018; citada abr 2018). Disponible en: economipedia.com/definiciones/empleo.html.

12. ANEXOS

Anexo No. 1. Carta de Consentimiento Informado.

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
Nombre del estudio:	Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la U.M. F. No. 33 "El Rosario"
Lugar y fecha:	Azcapotzalco, Ciudad de México, U.M.F. No. 33 "El Rosario"
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La presente investigación tiene como objetivo determinar aspectos de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de osteoartritis de rodilla en pacientes de la UMF No. 33 El Rosario, a fin de implementar estrategias de prevención.
Procedimientos:	Si usted acepta participar se le aplicará un cuestionario diseñado para recabar información relacionada con su percepción de calidad de vida y con ello ser el punto de partida para la realización de acciones en beneficio de mejorar su estado de salud.
Posibles riesgos y molestias:	Se trata de un estudio clínico por lo que no se le ocasionara dolor, incomodidad o riesgo alguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted y no recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. Sin embargo el estudio permitirá realizar acciones en beneficio de los pacientes con Osteoartritis de rodilla a fin de favorecer su calidad de vida.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término de la contestación de la encuesta se le orientará sobre los resultados obtenidos de la misma. Cabe señalar que no se modificaría el tratamiento médico que tiene prescrito actualmente y de encontrar algún riesgo en su salud, se le enviará con el médico tratante.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	Con el presente estudio se garantiza su privacidad dado que no se le solicita nombre o número de seguridad social. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para la confidencialidad de los datos que arroje en el instrumento de recolección de datos, le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable:	Dra. Mónica Sánchez Corona Matrícula: 99352132 Médico Familiar Profesora médica de CIEFD Centro de Investigación Educativa y formación docente, Delegación Norte, Ciudad de México. Domicilio: Calz. México-Tacuba No. 507, Col. Popotla, Miguel Hidalgo, Ciudad de México Correo electrónico: moni_sc_21@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. Bladimir Pineda López Matrícula: 98354801 Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435. Coordinación de Educación e Investigación en Salud, UMF 33 "El Rosario"
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Dra. Mónica Sánchez Corona Médico Familiar – Profesora médica de CIEFD Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

Anexo No. 2. Instrumento de recolección de datos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL
 COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

CUESTIONARIO

"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTEOARTROSIS DE RODILLA DE LA U.M.F. NO. 33 EL ROSARIO"

Le solicito atentamente su participación para resolver el siguiente cuestionario, el motivo es obtener información acerca de la calidad de vida en pacientes con osteoartritis de rodilla de la UMF No. 33 El Rosario. La información que se obtenga será estrictamente **CONFIDENCIAL**. Agradezco la atención y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

Instrucciones: Marque con una **X** la respuesta que corresponda a usted.

1.- Edad:

- 35- 40 años.
- 46- 50 años.
- 50 – 55 años
- 56- 60 años
- 60-65 años.
- 66-70 años.

4.- Ocupación:

- Empleado
- Obrero
- Profesionista
- Desempleado
- Jubilado

2.- Género:

- Hombre.
- Mujer.

5.- Escolaridad:

- Analfabeta.
- Primaria.
- Secundaria.
- Bachillerato.
- Carrera técnica
- Licenciatura
- Posgrado.

3.- Estado Civil:

- Soltero.
- Casado.
- Unión libre.
- Separado (a).
- Viudo (a).

Instrucciones: Marque con una **X** la respuesta que mejor corresponde a la situación que vive por su osteoartritis. Nota: Lea las siguientes frases, una por una, con atención pensando en su calidad de *vida DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS*.

	En exceso	En absoluto
6.- Tengo dificultad para caminar.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7.- Tengo dificultad para agacharme o levantarme.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
8.- Tengo dificultad para cargar cosas pesadas.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9.- Tengo dificultad para bajar escaleras.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10.- Tengo dificultad para subir escaleras.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
11.- Tengo dificultad para bañarme.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
12.- Tengo dificultad para vestirme. (ponerme los calcetines, media, zapatos...)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
13.- Tengo dificultad para cortarme las uñas de los pies.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
14.- Tengo dificultad para ponerme nuevamente en movimiento Después de estar mucho tiempo en la misma posición.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
15.- Tengo dificultad para entrar o salir de un auto.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
16.- Tengo dificultad para abordar los transportes colectivos (autobús, pesero, tren, metro).	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Uso transportes colectivos.	Si	No
17.- Me veo limitado (a) en mi actividad laboral.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
18.- Tengo la obligación de cuidarme.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
19.- Me toma más tiempo hacer las cosas.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
20.- Me siento moralmente decaído (a) a causa del dolor.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
21.- Tengo miedo de depender de otros.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Siempre	Nunca
22.- Tengo miedo de ser un (a) inválido (a).	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
23.- Me siento incómodo (a) por la mirada de los demás.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
24.- Estoy ansioso (a).	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
25.- Estoy deprimido (a).	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
26.- Estoy incómodo (a) en mi vida familiar.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
27.- Estoy incómodo (a) en mi vida de pareja.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
No vivo en pareja.	Si	No
28.- Estoy limitado (a) en mis relaciones sexuales.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
He tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas.	Si	No
29.- Tengo dificultad de quedarme en la misma posición mucho tiempo (sentado (a), de pie, inmóvil).	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
30.- Necesito un bastón (o muletas) para caminar.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
31.- Sufro de dolores (frecuencia).	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
32.- Sufro de dolores (intensidad).	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
33.- Necesito ayuda (quehacer doméstico, hacer compras).	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
34. Tengo la impresión de envejecer antes de lo debido.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Nunca	Por completo
35. Soy capaz de hacer planes a largo plazo.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
36.- Salgo de mi domicilio tan seguido como lo deseo.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
37.- Recibo visitas tan seguido como lo deseo.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Todo el tiempo	Nunca
38.- Me cuesta trabajo dormir o volver a dormir a causa de los dolores.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
39.- Me despierto a causa de los dolores.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
40.- Me pregunto qué va a ser de mí.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
41.- Estoy irritable, agresivo (a).	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
42.- Tengo la impresión de mortificar a los que me rodean.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
43.- Tengo temor de los efectos secundarios de mi tratamiento.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

