



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.20 VALLEJO

**AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA POR OSTEOARTROSIS ASOCIADO
CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE LA U.M.F 20**

TESIS
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
NORMA ÁNGELES NICOLÁS JOSÉ

DIRECTORA DE TESIS
DRA. MIRNA EDITH JIMÉNEZ NÚÑEZ

ASESORA METODOLOGICA
DRA. DANAÉ PÉREZ LÓPEZ

CIUDAD DE MÉXICO 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA POR OSTEOARTROSIS ASOCIADO CON LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE LA U.M.F 20**

DIRECTORA DE TESIS



Dra. Mirna Edith Jiménez Núñez
Especialista en Medicina Familiar. Adscrito a la UMF 20 Vallejo, IMSS

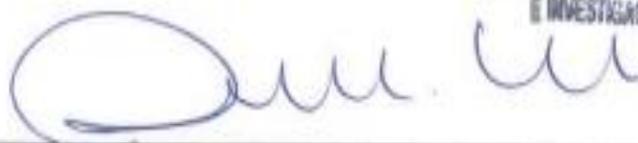


IMSS

ASESORA METODOLÓGICA

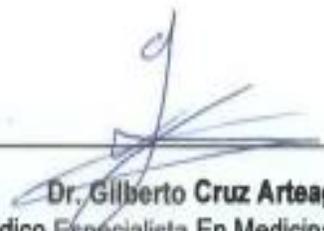
U. M. F. No. 20

**COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



Dra. Danae Pérez López
Especialista en Medicina Familiar
Maestría en Docencia Científica y Tecnológica
Coordinadora Clínica en Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar
No. 36

VoBo



Dr. Gilberto Cruz Arteaga
Médico Especialista En Medicina Familiar
Maestro En Epidemiología Clínica
Coordinador Clínico De Educación e Investigación En Salud, Unidad De Medicina Familiar
No. 20



Dra. Santa Vega Mendoza
Médico Especialista En Medicina Familiar
Maestra En Ciencias De La Educación
Profesor Titular Del Curso De Especialización En Medicina Familiar
Unidad De Medicina Familiar No. 20



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3404**
U.M.F FAMILIAR NUM 20

Registro COLEPRIS **18 CI 09 005 802**
Registro COMICÉTICA **COMICETICA 09 CEE 013 2618082**

FECHA **Martes, 30 de agosto de 2022**

M.E. MIRNA EDITH JIMENEZ NUÑEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA POR OSTEOARTROSIS ASOCIADO CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE LA U.M.F 20** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2022-3404-046

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. Miguel Alfredo Zurita Muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Impreso

IMSS
SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA



DEDICATORIA

En este momento de conclusión de este trabajo que fue motivado por varias personas, le agradezco a mi hermana Vanessa por haberme, apoyado y recalado la importancia de esforzarme cada día para terminar este proyecto.

A mis padres por su apoyo siempre , la libertad y la confianza que siempre me han brindado.

A mis hermanas por su apoyo incondicional .

A mis amigos Gerardo ,Franco ,Vania y en especial a Karla por haberme motivado y compartir conmigo su conocimientos para seguir adelante y terminar este proyecto .

Y finalmente a la Dra Danae mi asesora metodológica ,por haberme enseñado, guiado, orientado y tenido su paciencia para llevar a cabo este proyecto de investigación desde su inicio hasta su conclusión.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a la vida por estar haciendo y disfrutando esta hermosa carrera que es la Medicina.

Agradezco al Instituto del Seguro Social y la UNAM por haberme abierto las puertas y permitir ser parte de ellos, así como haberme brindado las herramientas para crecer no solo intelectualmente, sino moralmente y personalmente, con experiencias buenas y malas de las que siempre aprendí.

Agradezco a mis maestros por compartir su conocimiento ,porque como dicen: “el conocimiento no vale nada, si no se comparte”.

Agradezco a mis padres el haberme permitido estudiar una carrera y estar apoyándome de manera incondicional

Agradezco a mis hermanas por contar siempre con su apoyo y cariño.

Agradezco a mis amigos por estar siempre ahí cuando los he necesitado, eso me ha estimulado a seguir adelante.

Agradezco a mi familia por que cada uno con su granito de arena ha aportado a esta profesional que esta por terminar.

Y agradezco a todas las personas que me he encontrado en esta vida y han ganado mi corazón en esta difícil pero bella carrera que es la Medicina.

A todos ustedes Muchas Gracias.

ÍNDICE

	PAG
1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	3
3. MARCO TEÓRICO	5
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
5. OBJETIVOS	19
6. HIPÓTESIS	20
7. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	21
8. RESULTADOS	37
9. DISCUSIÓN	50
10. CONCLUSIONES	53
11. RECOMENDACIONES	54
12. BIBLIOGRAFÍA	56
13. ANEXOS	60

RESUMEN

AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA POR OSTEOARTROSIS ASOCIADO CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES DE LA U.M.F 20

Jiménez-Núñez ME, ⁽¹⁾ Pérez -López D. ⁽²⁾, Nicolás-José NA. ⁽³⁾

1. Especialista en Medicina Familiar. Adscrito a la UMF 20 “Vallejo”, IMSS.
2. Especialista en Medicina Familiar. Maestra en Docencia Científica y Tecnológica, Coordinadora Clínico en Educación e Investigación en Salud UMF36 IMSS
3. Residente de Segundo Año de Medicina Familiar, UMF 20 “Vallejo”, IMSS.

La osteoartritis es una enfermedad que está considerada dentro de las 10 principales causas de invalidez en México, causando un impacto negativo en la calidad de vida de quien la padece, alterando la funcionalidad de su familia. **Objetivo general:** Analizar el grado de afectación de osteoartritis con la calidad de vida asociado con la funcionalidad familiar, en los pacientes de la UMF 20 Vallejo. **Material y Métodos:** Estudio observacional analítico y transversal, en 327 pacientes con osteoartritis y dentro de un núcleo familiar, en la consulta externa de medicina familiar en la UMF 20, variables principales: calidad de vida relacionada con la salud por las láminas de COOP/WONCA (alfa de Cronbach de 0,82); funcionalidad familiar por la escala FF-SIL (alfa de Cronbach de 0.8 y coeficiente kappa de 0.75), las variables secundarias: tipo de osteoartritis , edad ,sexo, estado nutricional, ocupación, comorbilidad y estado civil. Estadística descriptiva e inferencial por Ji², significancia estadística cuando p≤0.05. **Resultados:** Se evaluaron 327 pacientes con una edad media de 66 años, rango de 50-97 años , DE (9.94) , el 56.9% (n=186) correspondió al sexo femenino y el 43.1% (n=141) al sexo masculino, 49.6% con sobrepeso, 24.8 % obesidad, 44.4% sin actividad laboral, 58.7% casado , la comorbilidad más frecuente fue la de origen cardiovascular en 33.6% (n=110) y la articulación más afectada por osteoartritis fue la rodilla en 49.5% (n=162) , familia disfuncional en el .9% de casos, afección en la calidad de vida en el 6.7% , en relación al grado de osteoartritis con calidad de vida y funcionalidad familiar (p de 0.04) y (p 0.001) **Conclusiones:** La calidad de vida en los pacientes con osteoartritis si se asocia con su funcionalidad familiar.

Palabras clave: Calidad de vida, Funcionalidad Familiar, Osteoartritis.

ABSTRACT

IMPACT ON QUALITY OF LIFE DUE TO OSTEOARTHRITIS ASSOCIATED WITH FAMILY FUNCTIONALITY OF PATIENTS AT U.M.F20

Jiménez-Núñez ME, ⁽¹⁾ Pérez -López D. ⁽²⁾, Nicolás-José NA. ⁽³⁾

1. Specialist in Family Medicine. Attached to the UMF 20 "Vallejo", IMSS.
2. Specialist in Family Medicine. Master in Scientific and Technological Teaching, Clinical Coordinator in Health Education and Research UMF36 IMSS
3. Second Year Resident of Family Medicine, UMF 20 "Vallejo", IMSS

Osteoarthritis is a disease that is considered one of the 10 main causes of disability in Mexico, causing a negative impact on the quality of life of those who suffer from it, altering the functionality of their family. **General objective:** Analyze the degree of affection of osteoarthritis with the quality of life associated with family functionality, in the patients of the UMF 20 Vallejo. **Material and Methods:** Analytical and cross-sectional observational study, in 327 patients with osteoarthritis and within a family nucleus, in the family medicine outpatient clinic at UMF 20, main variables: quality of life related to health by the COOP/ WONCA (Cronbach's alpha of 0.82); family functionality by the FF-SIL scale (Cronbach's alpha of 0.8 and kappa coefficient of 0.75), the secondary variables: type of osteoarthritis, age, sex, nutritional status, occupation, comorbidity and marital status. Descriptive and inferential statistics by Chi2, statistical significance when $p \leq 0.05$. **Results:** 327 patients with a mean age of 66 years, range of 50-97 years, SD (9.94), 56.9% (n=186) corresponded to the female sex and 43.1% (n=141) to the male sex were evaluated. , 49.6% overweight, 24.8% obese, 44.4% without work activity, 58.7% married, the most frequent comorbidity was cardiovascular in 33.6% (n=110) and the joint most affected by osteoarthritis was the knee in 49.5% (n=162), dysfunctional family in .9% of cases, quality of life affected in 6.7%, in relation to the degree of osteoarthritis with quality of life and family functionality (p of 0.04) and (p 0.001) **Conclusions:** The quality of life in patients with osteoarthritis is associated with their family functionality.

Keywords: Quality of life, Family Functionality, Osteoarthritis.

INTRODUCCIÓN

La osteoartrosis es una enfermedad que afecta al sistema osteo muscular articular, asociada a cambios estructurales en los márgenes articulares, defectos del cartílago articular y cambios en el hueso subcondral que ocasionan dolor crónico, inflamación, rigidez y deformidad de las articulaciones afectadas, causando limitación funcional e incluso discapacidad, provocando aumento en la demanda de atención en los servicios de salud, siendo el dolor de origen reumatológico el principal motivo de atención, lo que corresponde al aumento de los gastos en recursos humanos y materiales. Con el cambio en el panorama epidemiológico hacia las enfermedades crónicas degenerativas y el envejecimiento es un problema de Salud Pública que debe ser atendido con oportunidad y eficacia.

Es nuestro país el Seguro Social atiende al mayor número de población: en el Régimen Ordinario a 71.6 millones de derechohabientes potenciales al cierre de **2021** y en el programa **IMSS-BIENESTAR** a 11.6 millones de beneficiarios, de esta población 3 881 545 personas afiliadas son de la Ciudad de México. El 66 por ciento de las personas afiliadas son mujeres y el 34 por ciento son hombres, y el 56 por ciento se ubica en un rango de edad entre 51 y 70 años, lo que nos indica que una gran parte de nuestra población asegurada se encuentra dentro del grupo de edad para presentar cualquier tipo de osteoartrosis y sus repercusiones consiguientes a nivel laboral, familiar y personal.

La osteoartrosis es la enfermedad reumática más frecuente en el mundo afectando alrededor de 30% de la población mayor de 60 años, con un predominio sobre el sexo femenino, siendo la gonartrosis, la presentación más frecuente con un 80 %. Está asociada a factores modificables y no modificables como obesidad, edad avanzada, sexo femenino, antecedente de actividades con carga, que aunado a el aumento en la esperanza de vida en nuestro país es una enfermedad frecuente y una de las principales causas de invalidez en México, afectando la calidad de vida en los pacientes que la padecen, incrementado la dependencia familiar e incapacidad prolongada, con el consecuente deterioro integral del paciente.

La Organización Mundial de la Salud define a la calidad de vida relacionada con la salud como la percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida en un contexto cultural al de objetivos e intereses que está compuesta por indicadores funcionales, psicológicos y sociales y que estos influyen en el paciente en la realización de sus

actividades diarias, su autocuidado, la toma de decisiones y apoyo por parte de la familia o el trabajo.

El surgimiento de una enfermedad aguda, o crónica en algún miembro de la familia puede generar alteraciones en su funcionamiento, generando cambios afectivos, de roles, desajustes económicos, reacondicionamientos de espacios desequilibrios poniendo en riesgo al paciente y la funcionalidad de su familia generando nuevos mecanismos de adaptabilidad ajustando la dinámica familiar.

La incidencia y prevalencia de la artrosis sintomática es alta. Conocemos aquellos factores modificables con los que podemos ayudar a los pacientes y población a prevenirla o minimizar sus consecuencias sobre la discapacidad. Los esfuerzos terapéuticos deben ir encaminados a utilizar recursos que hayan mostrado cambios clínicamente. Debemos también incidir en aquellos cofactores no mecánicos que favorecen la persistencia del dolor y potenciar las estrategias terapéuticas que se apoyan en un enfoque multidisciplinar.

El propósito de este estudio es que ante la frecuencia de esta patología , el grupo de edad que afecta es un problema de salud pública , y las repercusiones como la disminución de la calidad de vida y su relación en la funcionalidad de la familia es un tema poco estudiado y tiene importancia por el hecho que esta enfermedad tiene factores que son prevenibles y modificables en el primer nivel de atención , desafortunadamente el paciente acude a consulta cuando la enfermedad ya limita sus actividades diarias, así como repercute en su vida laboral y familiar , el paciente al ser parte de una familia modifica su dinámica de está trayendo como consecuencia factores negativos como son cambios psicológicos , de roles y económicos en cada uno de sus integrantes. Nuestro objetivo es estudiar la enfermedad en sus inicios, identificar factores que puedan causar la progresión de ella y evitarlos. Así como ofrecer redes de apoyo en aquellos pacientes que modifican su funcionalidad familiar. Además de que los resultados de la investigación serán de gran utilidad para la actualización de los conocimientos de los profesionales de la salud en cuanto al cuidado, abordaje y seguimiento de esta población.

MARCO TEÓRICO

La osteoartrosis es una enfermedad degenerativa articular producto de un desequilibrio entre la síntesis y degradación del cartílago articular ,causado por factores biológicos o mecánicos promoviendo el crecimiento del hueso subcondral y sinovitis crónica.(1)

Afecta a todas las articulaciones de predominio sinovial y periféricas como cadera, rodillas ,pies y manos ,que se manifiestan con limitación funcional de la articulación afectada ,dolor crónico ,así como secuelas psicológicas y físicas , teniendo causas multifactoriales que pueden afectar a cualquier individuo.(2) (3)

La osteoartrosis es una enfermedad incapacitante y prioritaria según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y según The Global Burden of Disease 2010, la osteoartrosis de cadera y rodilla ocupa la 11^a enfermedad con más discapacidad.(4)

La discapacidad varía entre 1.12 - 1.35 mayor en quienes la padecen ,causando baja temporal en el sector laboral afectando de manera negativa en la salud mental de quien la padece , así como una predisposición a desarrollar síntomas depresivos e ideas suicidas y pérdida de la memoria percibida.(5)

En un 59-87% de las personas que lo padecen se correlaciona al menos con otra patología crónica preferentemente cardiometabólica y el hecho de hacer ejercicio o perder peso puede producir malos resultados. (6)

Epidemiología en el Mundo y México

A nivel mundial afecta aproximadamente a 302 millones de personas con una media de 50 años y siendo el sexo femenino el más afectado siendo la más frecuente rodilla. En el 2016 se encontraba entre las primeras 30 enfermedades más frecuentes a nivel mundial y ocupaba el lugar 12 en los años vividos con discapacidad.(7)

En Estados Unidos afecta a más de 20 000 000 millones de personas y genera un costo de más de 100 000 millones de dólares anuales. En Europa :en reino Unido un tercio ha solicitado tratamiento para la osteoartritis (8.75 millones de personas).(4)

En México, la prevalencia de Osteoartritis se estimó alrededor del 10.5% variando según la entidad federativa ocupando Chihuahua el primer lugar seguido de Nuevo León, Ciudad de México, Chihuahua y Sinaloa , con predominio del sexo femenino con 11.7 % y en hombres de 8.7 %, y 80% de predominio de la rodilla. (2)

Factores de riesgo

Está asociado a enfermedades crónicas como obesidad ,enfermedades cardiacas, sexo femenino, tener familiares con osteoartritis ,sobrecarga física ,edad avanzada ,lesiones previas y consumo de tabaco, más de la mitad de los que padecen la enfermedad se encuentra en edad productiva de 18 a 64 años.(8)

Factores genéticos

Se ha encontrado asociado con artrosis de manos (cromosoma 2 q) y cadera (cromosoma 11q).

Factores raciales

La raza negra tiene mayor prevalencia de osteoartrosis de rodilla

Obesidad y factores metabólicos e inflamatorios

Existe una clara asociación entre el sobrepeso y mayor riesgo de osteoartrosis específicamente de rodilla, la obesidad aumenta tres veces el riesgo de osteoartrosis. Otros estudios han encontrado relación entre el síndrome metabólico y los niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad con disminución del cartílago. Y estudios recientes han encontrado asociación de factores inflamatorios como la resistina e interleucina- con la osteoartrosis de rodilla.(9)

Ocupación

Se ha encontrado relación entre la osteoartrosis de manos y rodilla con el uso repetitivo y prologado de articulaciones , así como cargar más de 25 kg de peso.(10)

La ocupación y el riesgo de OA han sido analizados en múltiples estudios. Se sabe que actividades repetitivas que determinen sobreuso de la articulación y fatiga de los músculos que protegen la articulación se asocian a mayor frecuencia de OA. Así, trabajadores textiles tienen mayor riesgo de OA de manos, mientras que quienes realizan labores pesadas tienen más riesgo de sufrir OA de rodillas o caderas.(11)

Otras ocupaciones como trabajadores de construcción, albañiles ,agricultores y pescadores fueron asociadas a mayor riesgo de osteoartrosis de cadera y rodilla en ocasiones dosis respuesta ,como por ejemplo los agricultores que trabajaban más de 5 horas en comparación con los que lo hacían en menor tiempo, presentaban mayor incidencia de osteoartrosis , y otras actividades como levantar y cargar , arrodillarse p ponerse en cuclillas ,gatear , caminar.(9)

Factores asociados a gonartrosis en pacientes mayores de 40 años.

Se han realizado múltiples estudios encontrando en las diferentes poblaciones factores asociados a la presencia de artrosis en alguna articulación en especial, se realizó un estudio analítico de casos y controles en la población de Perú, en una población de 183 pacientes mayores de 40 años , encontrado la prevalencia de gonartrosis en el 88.5 % en el sexo femenino , con un pico de edad de 60-69 (49 %), así como asociación de lumbalgia, así como se asoció a la ocupación principalmente donde se requiere el uso repetitivo y prolongado de una articulación en ese estudio se encontró la correlación de ser ama de casa 68.9 %.(12)

Comorbilidades y Osteoartrosis

Según la OARSI congreso mundial de la Osteoarthritis Research Society International 2022 se han encontrado más de 40 patologías asociados dentro de las que destacan obesidad (OR: 1,8) , fibromialgia (OR : 1,9) , polimialgia reumática (OR :1,5), Hernia de Disco (OR: 1,4) y gota (OR: 1,4). Lo que nos indicaría poner más atención a estas comorbilidades y dar una orientación prescriptiva. (13)

Patogénesis

Parte de la afectación no solo incluye cartílago, sino también periostio, membrana sinovial, hueso subcondral, tejidos blandos, inserciones de meniscos y ligamentos, el cartílago no está innervado y no produce dolor en etapas tempranas, ya en formas más graves se afecta la parte neurovascular y producir dolor.

En los casos leves con dolor se ha visto que es producido por restos de cartílago fagocitados por las células de la membrana sinovial que producirán inflamación y dolor.(14)

Citocinas

La interleucina-1 está involucrada en la degradación de cartílago encontrándose en el líquido sinovial y tejido de los pacientes con osteoartrosis que ocasiona que los condrocitos sean más sensibles a IL-1b y cuya elevación desencadena daño articular e inhibir la síntesis de colágeno tipo II, de proteoglicanos y elevación de proteasas.

Metaloproteasas

Enzimas degradadoras involucradas en la degradación irreversible en la degradación de gelatina, colágeno tipo IV, proteoglicanos, laminina y fibronectina generando estimulación en el cartílago artroscópico .(15)

Clasificación:

Dentro de la variedad de presentaciones la gonartrosis ocupa el 80 % total de los casos, seguida de la cadera con un 0.9-19.2 %. (16)

Osteoartritis basada en la carga: Como obesidad, sobrepeso, riesgos laborales, carga articular excesiva, ejercicio que se acompaña de quistes subcondrales, osteofitos y/o destrucción del cartílago la vemos principalmente en la osteoartritis de rodilla. Osteoartritis basada en la estructura: Deformidad, defecto de la articulación, inestabilidad anormal de la estructura articular, lesiones de ligamentos, cartilagosas, meniscos ocasionan cambios en la estructura articular y tener mayor factores de riesgo ejemplos son: debilidad del musculo extensor de la rodilla, varo y valgo en rodilla, traumatismos articulares .Osteoartritis de base metabólica. : Causada por trastornos metabólicos que ocasionan destrucción de cartílago y alteraciones en la formación del hueso, se vio mayor riesgo en quienes padecen la diabetes, Hipertensión, gota, pseudogota, hemocromatosis, condromatosis. osteoartritis de base sistémica: en este caso no se asocia a ningún factor se relaciona con la edad debido a la disminución de la remodelación ósea. (17)

Diagnostico

Inicialmente la osteoartritis inicia con un periodo asintomático por lo que es difícil diagnosticarla, posteriormente se inicia con dolor y limitación funcional. La sintomatología frecuente es dolor articular y no tener rigidez o tener rigidez menor a 30 minutos ,dolor que se alivia con reposo y aumenta con la actividad, en las manos pueden aparecer nódulos de Heberden y Bouchard en las articulaciones interfalángicas o rizartritis en la articulación metacarpofalángica de los pulgares .(18) (19).

El Colegio Americano de Reumatología publicó los criterios para el diagnóstico de OA de rodilla en 1986 e incluye hallazgos clínicos y radiológicos

Rodilla

Los criterios para establecer el diagnóstico de osteoartritis de rodilla:

Clínica y laboratorio

Dolor en rodilla y al menos 5 de los siguientes:

Edad mayor a 50 años, Rigidez menor a 30 minutos, Crepitación Ensanchamiento óseo, sin aumento de la temperatura local, VSG menor a 40mm/h, FR menor a 1:40, Signos de osteoartritis en líquido sinovial.

Clínica y radiografía:

Dolor en rodilla y al menos 1 de los siguientes: Edad mayor a 50 años, rigidez menor a 30 minutos, crepitación más osteofitos.

Clínica:

Dolor en rodilla y al menos 3 de los siguientes:

Edad mayor a 50, rigidez menor a 30 min, crepitación, sensibilidad ósea, ensanchamiento óseo, sin aumento de la temperatura local.

Radiografía AP con carga lateral con flexión de 30 grados comparativa.

Radiografía axial a 30 grados de la rodilla afectada.

Escala de Kellgren-Lawrence

Es utilizada para valorar la artrosis de rodilla y la formación de osteofitos:

Grado 0: ausencia de osteofitos estrechamiento o quistes

Grado 1: Osteofitos dudosos

Grado 2: Osteofitos mínimos, posible disminución del espacio articular, quistes y esclerosis

Grado 3: Osteofitos moderados o claros con pinzamiento moderado de la interlínea

Grado 4: osteofitos grandes y claro pinzamiento de la interlínea.(20)

Mano:

Dolor en mano o rigidez y al menos 3 o 4 de los siguientes:

1. Reacción hipertrofia secundaria del tejido articular de 2 o más de las 10 articulaciones interfalángicas indicadas
2. Reacción hipertrófica secundaria del tejido óseo articular de 2 o más interfalángicas distales.
3. Menos de 3 articulaciones metacarponfalángicas con datos de inflamación.

4. Deformidad en al menos 1 de las 10 articulaciones seleccionadas indicadas. Las 10 articulaciones indicadas son 2ª a 5ª interfalángica distal, 2ª 5ª interfalángica proximal, interfalángica del pulgar y trapeciometacarpiana de ambas manos.
5. Dolor en mano o rigidez en mano (durante la mayoría de los días del mes previo).

Artrosis en la mano si: Cumple 1 más 3 de los comprendidos del 2 al 5 Sensibilidad 94%
Especificidad 87%

Radiografía dorsopalmar y oblicua comparativa.

Cadera

Clínica:

Dolor en cadera y:

- a) Rotación interna menor a 15 grados.
- b) VSG menor a 45mm/h.
- c) Rigidez matutina menor a 60 minutos.
- d) Edad mayor a 50 años.
- e) Dolor a la rotación interna.

Clínica, laboratorio y radiografía:

Dolor en cadera y al menos 2 de los siguientes:

VSG menor a 20mm/h, osteofitos en la radiografía y ensanchamiento del espacio articular en la radiografía.

Radiografía de pelvis posición neutra y en abducción (posición de tana) .(21)

Severidad de la osteoartritis

La valoración radiológica nos apoya en el diagnóstico, de un 40-80 % con alteraciones radiográficas se acompaña de sintomatología .sin embargo para valorar la severidad la clasificación radiológica es imprecisa en los inicios de la enfermedad por las múltiples causas de dolor y grado de tolerancia de cada paciente. Otra clasificación para la severidad es la de Outerbridge con exactitud moderada y la artroscopia que nos permite valorar la lesión del cartílago articular de manera detallada sin embargo no podemos utilizarla de manera rutinaria ya que tiene sus indicaciones específicas. (22).

Escalas funcionales

Escala de Steinbrocker

1. Sin limitación funcional, realiza vida normal
2. Limitado para actividades sociales o recreacionales, pero realiza actividades de la vida diaria.
3. Limitado para actividades sociales, recreacionales y laborales, pero sin dificultad en las tareas del autocuidado.
4. Limitado en todas sus actividades. Postrado en cama, totalmente dependiente. (23)

Tratamiento

El manejo del paciente con osteoartrosis consiste en individualizarlo incluyendo intervenciones no solo farmacológicas sino además intervenciones educativas, psicosociales y conductuales, tomando en cuenta sus comorbilidades por los efectos adversos, disponibilidad de servicios y gravedad del cuadro.

Así como valorar los efectos secundarios de los fármacos ,iniciar con los de menor toxicidad .(24)

En el tratamiento farmacológico podemos usar AINES, acetaminofén, inhibidores de la COX-2 u opioides.

Y otros como el ácido hialurónico administrado de manera oral o inyección local utilizado para disminuir las funciones alteradas del ácido hialurónico endógeno.

La actividad física basada en ejercicios aeróbicos o de entrenamiento de fuerza ha mostrado buenos resultados. Así como el uso de plantillas o zapatos ortopédicos disminución del peso, y aplicación de medios físicos calor o frío. (25)

Suplementación con vitamina D3

La administración de 2000 UI de vitamina D3 mostro reducción del dolor y mejoro la movilidad articular.(26)

La condroitina y glucosamina producen mejora del dolor articular disminución de la pérdida del cartílago actuando como condroprotectores. (11)

Disminución de peso

Se ha visto en estudios que la disminución de peso en pacientes con osteoartrosis de tipo gonartrosis mejora la calidad de vida a largo plazo, mejoramiento del dolor, así como del funcionamiento social. Se realizó un estudio comparativo en España donde se comparó

población obesa vs no obesa con artrosis de rodilla donde se evaluó percepción en su funcionamiento físico, roles, vitalidad y salud en general a través de las escalas WOMAC y SF-36 obteniendo peores valores de WOMAC (mayores rangos de dolor e incapacidad) en quienes tenían valores más altos de IMC. (27)

Educación sanitaria como tratamiento

-Tratamientos fuertemente recomendados:

Prescripción individualizada que consiste en Mantener un peso ideal, ejercicios aeróbicos y de potenciación: taichi recomendado en casos de gonartrosis, bastón de descarga para pacientes con coxartrosis y gonartrosis.

-Tratamiento con recomendación favorable condicionada:

Ejercicio acuático para casos especiales de gonartrosis y coxartrosis, ejercicios propioceptivos y de reeducación del equilibrio en caso de gonartrosis y coxartrosis. bicicleta estática y yoga en caso de gonartrosis, ablación por radiofrecuencia en gonartrosis, corticoides infiltrados como estrategia a corto plazo.

-Tratamientos desaconsejados condicionados

Ortesis, crioterapia, laser ondas de choque extracorpóreas, terapia ultrasónica y taping.

Tratamientos fuertemente desaconsejados

TENS, opioides, capsaicina tópica, viscosuplementación intraarticular.(28)

Osteoartritis y Calidad de vida

Se describe que la osteoartrosis es una enfermedad con un pico de incidencia por encima de los 50 años. Se encuentra dentro de las 4 primeras causas de discapacidad a nivel general y es por eso que teniendo en cuenta la alta incidencia de la OA, el creciente aumento de la longevidad de la población y la afectación que produce tanto en la capacidad funcional como en la percepción de CVRS de los pacientes. (29)

Calidad de vida

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que experimentan las personas y que representan las sumas de sensaciones subjetivas del «sentirse bien». Es un concepto multidimensional que incluye salud física, estado psicológico, nivel de independencia,

relaciones sociales, creencias, relaciones con el ambiente, estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como su situación económica. (10)

En la actualidad, se asume que el concepto de calidad de vida engloba las dimensiones básicas de bienestar y funcionalismo de las esferas biopsicosociales de la vida humana.(30)

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Este concepto, alcanza una dimensión global y es uno de los elementos actuales que se siguen de manera continua para medir efectividad del tratamiento y evolución de la enfermedad.

Para medir CVRS se utilizan cuestionarios genéricos y específicos. Los genéricos estudias características comunes a grandes grupos poblacionales; entre ellos se señalan el Short Form 36, el Euroqol 5D y las láminas Coop/Wonca.(31)

Los instrumentos de medición de la calidad de vida, de un modo más general los *patient reported outcomes* (PRO) o resultados notificados por el paciente, aportan información importante sobre la experiencia de los pacientes que sufren enfermedades crónicas que no pueden captar por sí solos los datos proporcionados por la exploración física. (32)

Desde el punto de vista social limita considerablemente la participación social de los individuos; ha sido señalada como una de las primeras causas de invalidez laboral temporal y definitiva (Fernández et al., 2017).Se añade por Cusihuamán y Martell (2017), que la presencia de las deformidades resultantes de la enfermedad no solo limita la actividad laboral, sino que también dificultan la realización y participación de otras actividades sociales como: la práctica de actividad física y las reuniones sociales con amigos y familiares.(33)

En el adulto mayor, el mejor indicador de salud es su estado funcional, ya que es vulnerable y susceptible a presentar complicaciones con impacto negativo en sus actividades instrumentales de la vida diaria (usar el teléfono, hacer compras, preparar comida, cuidar de la casa, lavar ropa, usar transporte, ser responsable de su medicación, manejar su economía.

El riesgo de perder su funcionalidad y autonomía y funcionalidad es elevado, por lo que necesitara mayor cuidado y atención ; lo cual tiene implicaciones en lo individual, tales

como autopercepción baja de autoestima y bienestar; generando maltrato, abandono, marginación y mala calidad de vida.(8)

Calidad de vida y Osteoartrosis

Esta situación, unida a la creciente tendencia al aumento del envejecimiento, muestra que la OA constituye un importante problema de salud a nivel mundial. Es por esto que se necesita integrar esfuerzos encaminados a realizar acciones encaminadas a lograr hábitos y estilos de vida saludables en la población. Dentro de las conductas que son necesarias implementar, y que se relacionan directamente con la disminución de la prevalencia de la OA, se encuentra la realización de actividades físicas sistemáticas que ofrecen un papel protector articular e influyen en la disminución del sobrepeso y la obesidad; los cuales han sido señalados por distintos autores como factores de riesgo de la OA .(34)

La salud familiar se expresa como el bienestar y la satisfacción de los miembros con la familia, el respeto al derecho individual, la autodeterminación y la responsabilidad de sí mismo y para con la familia, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo, en la capacidad de enfrentar de modo eficiente y adecuado los problemas y conflictos de la vida cotidiana, apoyándose mutuamente, para aceptar los cambios y ajustarse a ellos. El conocimiento del funcionamiento familiar es de vital importancia para el trabajo profesional de la salud. (35)

Percepción de la calidad de vida del paciente con Osteoartrosis

Se realizó un estudio de cohorte en la población cubana de los pacientes con osteoartrosis del centro nación de reumatología en un periodo de 2 años con el objetivo de evaluar la calidad de vida los pacientes, se incluyeron pacientes de acuerdo a los criterios del colegio americano de reumatología , que incluyeron cualquier tipo de osteoartrosis utilizando las láminas de Coop Wonca para medio calidad de vida relacionada con la salud y el cuestionario HAQ (Health Assessment Questionnaire) que midió la capacidad funcional de los pacientes que evalúan parámetros como vestirse , comer, caminar, lavarse en el que se encontró una frecuencia mayor en mujeres que en hombres, afectación de articulación la rodilla y cadera , así como el 68 % tenía comorbilidades asociadas como HTA, tabaquismo, DM2 , AR, obesidad, en las dimensiones afectadas la que predominio fue el dolor, las láminas de Coop /Wonca mostraron una consistencia interna con una alfa de Cronbach de

0.94, y con puntuaciones altas de HAQ que se tradujo en peor percepción de la calidad de vida.(36)

Funcionalidad familiar en el Enfermo Crónica

El paciente en edad productiva que recibe un diagnóstico de una enfermedad crónica, puede afrontar una crisis ,ya que puede presentar un síndrome llamado síndrome de enfermedad crónica que implica reacciones emocionales, con su persona, familia y socialmente , alterando probablemente su vida profesional y estatus económico, la familia deberá encontrar las herramientas para que el individuo se sienta útil para sí y para la sociedad.(37)

El paciente que recibe el diagnóstico de una enfermedad crónica es susceptible de padecer una crisis y duelo. En este sentido significan cambios en varios aspectos de su vida como perder la salud, el empleo y/o pérdidas económicas. Además, su familia se verá afectada en cada integrante, y los macrosistemas. Tal vez requerirá de un cuidador primario, mayores gastos, menos ingresos, estrés y miedos. Ante esta situación la familia puede presentar shock, negación, enojo, desesperación, tristeza y la reflexión sobre porque se presentó la enfermedad, qué consecuencias tendrá y finalmente la aceptación, además de que habrá que cambiar o hacer algo nuevo. Conocer este proceso nos permite entender la actitud o reacción del paciente frente al padecimiento y tratamientos, el médico debe hacer que el paciente adquiera su responsabilidad dentro de la enfermedad para que ayude a tomar sus medicamentos y cuidar su salud.(38).

Enfermedades crónicas y su influencia en la funcionalidad familiar

En el año de 2020 en Ecuador se realizó un estudio, transversal, retrospectivo utilizando la escala FF-SII de los pacientes crónicos de la ciudad el oro ,Ecuador donde se entrevistó a 240 familias de las cuales 108 tenían un paciente con enfermedad crónica HAS, DM2 o alguna discapacidad encontrando que el 32% se encontraba dentro de una funcionalidad moderada con un 62 % , seguido de familia funcional en el 26 % , disfuncional en un 11 % y 1 % severamente disfuncional y es interesante saber que las variables más afectadas de la dinámica familia a través del FF-SIL fueron en un 67% el cambio de roles, seguido de adaptabilidad en un 21 % armonía en un 10 % y cohesión en un 2%, concluyendo que las enfermedad crónicas cuando se presentan en una familia altera la dinámica familiar y presentar además crisis normativas o paranormativa que pueden agravar severamente la funcionalidad familiar y llevar hasta el grado más grave que es una disfunción.(39)

Percepción de la calidad de vida en pacientes con Osteoartrosis de Colombia

Se realizó un estudio descriptivo observacional y transversal en 2787 pacientes de Colombia entre el año 2012 y 2017 en pacientes con osteoartrosis de la consulta externa del Centro Nacional de Reumatología para determinar la percepción de calidad de vida relacionada a la salud con las láminas de Coop/Wonca de 7 láminas que abarcaba las dimensiones de dolor, cambios en el estado de salud, actividades sociales, actividades cotidianas, sentimientos y forma física, sin embargo para la capacidad funcional de utilización el cuestionario HAQ-CU que investiga la capacidad de los pacientes para realizar actividades de la vida diaria, calculando el coeficiente del alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad y validez interna del cuestionario, obteniendo que el grupo más frecuente de edad pertenecía en la edad de 60-69, el 72.3 % tenía comorbilidad siendo HAS, DM2 y Obesidad, la articulación más afectada fue la rodilla con un 37.8 %, así como manos y cadera, al calcular el CVRS fue de 21.29 puntos y finalmente se encontró una correlación entre la percepción de CVRS y discapacidad funcional.(36)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante el aumento de la esperanza de vida en México en las últimas décadas, hay un aumento en la frecuencia de las enfermedades crónicas, una de ellas es la osteoartrosis que es la enfermedad articular más frecuente y poco estudiada desde el concepto de disminución de calidad de vida y su repercusión en la funcionalidad del sistema familiar.

.A nivel mundial la osteoartrosis es la enfermedad articular más común y en México afecta al 10.5 % de la población aproximadamente 1.6 millones de mexicanos padecen esta enfermedad. Así como altos costos por atención médica, farmacoterapia, uso de prótesis, rehabilitación e incapacidad repercutiendo en su calidad de vida.

Cursa con una evolución crónica ocasionado dolor articular e invalidez, tan solo en el IMSS representa uno de los 10 principales motivos de consulta Teniendo en cuenta que esta enfermedad tiene factores modificables como: suspensión de tabaquismo, prevención de traumatismos y de deportes de alto impacto , actividad laboral, dieta , peso que bien podemos prevenir desde nuestro nivel de atención enfocada en estos factores de riesgo. Aunado a la edad y la pérdida de la propiocepción puede generar caídas que originen invalidez y atención por parte del Instituto de manera indefinida generando altos costos para el instituto, así como mayor dependencia familiar y social .

Considerando a la familia como la principal red de apoyo de los pacientes con osteoartrosis que viven dentro de un núcleo familiar, valoraremos si repercute en su funcionalidad familiar a través de la escala FF-SIL. La importancia del médico familiar es detectar la enfermedad en sus fases tempranas orientar para su prevención y/o complicación para prevenir afectación en la calidad de vida del paciente y su repercusión familiar que pueda ocasionar un deterioro no solo en estado físico sino mental.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta:

¿CUÁL ES EL GRADO DE AFECTACIÓN DE OSTEOARTROSIS ASOCIADO CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA CALIDAD DE VIDA, EN LOS PACIENTES DE LA UMF 20 VALLEJO?

OBJETIVOS

Objetivo General

Asociar el grado de afectación de osteoartritis con la funcionalidad familiar y la calidad de vida, en los pacientes de la UMF 20 .

Objetivos Específicos

- Describir datos sociodemográficos (Edad, Sexo, IMC, Ocupación) de los pacientes con osteoartritis
- Describir características clínicas (tipo de osteoartrosis, afectación de osteoartrosis, comorbilidades previas).
- Categorizar la calidad de vida en los pacientes con osteoartritis, a través del instrumento COOP/WONCA
- Determinar la funcionalidad familiar en los pacientes con osteoartritis a través de Test de funcionamiento familiar (FFSIL)
- Asociar las características clínicas con la calidad de vida
- Asociar las características sociodemográficas con la calidad de vida
- Asociar las características clínicas con la funcionalidad familiar
- Asociar las características sociodemográficas con la funcionalidad familiar

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hipótesis alternas

H1: El grado de afectación de la osteoartrosis se asocia a una mala funcionalidad familiar.

H2: El grado de afectación de la osteoartrosis se asocia a una mala calidad de vida.

Hipótesis nulas

Ho1: El grado de afectación de la osteoartrosis no se asocia a una mala funcionalidad familiar.

Ho2: El grado de afectación de la osteoartrosis no se asocia a una mala calidad de vida.

SUJETOS MATERIAL Y MÉTODOS

LUGAR DE ESTUDIO:

Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo" del Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Primer Nivel de Atención. Con un horario de atención: turno matutino de 8:00 a 14:00 horas, y turno vespertino de 14:00 a 20:00 horas. Ubicada en Calzada Vallejo No. 675, Colonia Magdalena de las Salinas, Código Postal 07760, en la Alcaldía Gustavo A. Madero de la Ciudad de México.

DISEÑO DE ESTUDIO:

De acuerdo al grado de control de la variable: Observacional

De acuerdo al objetivo que se busca: Analítico.

De acuerdo al número de veces que se miden las variables: Transversal

UNIVERSO DE TRABAJO:

Pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo" de ambos sexos, con diagnóstico de osteoartritis y dentro de un núcleo familiar.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo”
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes de 50 años y más con cualquier morbilidad
- Pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo” con diagnóstico de osteoartrosis de cualquier clasificación.
- Pacientes de ambos turnos.
- Pacientes que cohabitan con una familia.

Criterios de exclusión:

- Pacientes sin diagnóstico de osteoartrosis.
- Pacientes con diagnóstico de osteoartrosis que no se encuentren dentro de un núcleo familiar.
- Pacientes con alguna discapacidad mental.
- Pacientes con secuelas de la movilidad por eventos traumáticos.

Criterios de eliminación:

- Instrumentos mal requisitados.
- Pacientes que no deseen participar.
- Pacientes que se retiren en cualquier momento de la investigación.

TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO:

De acuerdo con las características del estudio, se realizó el cálculo de tamaño de muestra para una **población infinita**, se comenta que la prevalencia de la osteoartrosis es de 30 % en la población mundial, con una frecuencia en mujeres de 11.7 % y en los hombres de 8.7 % siendo más frecuente en mujeres y en una edad mayor de 50 años sin importar el sexo.

Por lo que la proporción esperada para este estudio de investigación se estima en 30%, con una precisión del 5%, y un nivel de confianza del 95%.

Derivado de lo anterior se realiza la siguiente fórmula para una población Infinita:

Si la población que deseamos estudiar es INFINITA , y deseamos saber cuántos individuos del total tendremos que estudiar, la respuesta sería:																			
Seguridad:	95%																		
Precisión:	5%																		
Proporción esperada al 30 %:	0.30	Si no tuviéramos ninguna idea de dicha proporción utilizaríamos el valor de p=0.5 (50%), que maximiza el tamaño muestral.																	
Formula:	$\frac{Z \alpha^2 * p * q}{d^2}$																		
Donde:	<table border="1"> <tr> <td>Z α^2 =</td> <td>1.96²</td> <td colspan="2">(Ya que la seguridad es del 95%)</td> </tr> <tr> <td>p =</td> <td>0.30</td> <td>Proporción esperada, en este caso será:</td> <td>0.30</td> </tr> <tr> <td>q=</td> <td>0.70</td> <td colspan="2">En este caso sería 1-p</td> </tr> <tr> <td>d=</td> <td>0.05</td> <td>Precisión (en este caso deseamos un)</td> <td>5%</td> </tr> </table>			Z α^2 =	1.96 ²	(Ya que la seguridad es del 95%)		p =	0.30	Proporción esperada, en este caso será:	0.30	q=	0.70	En este caso sería 1-p		d=	0.05	Precisión (en este caso deseamos un)	5%
Z α^2 =	1.96 ²	(Ya que la seguridad es del 95%)																	
p =	0.30	Proporción esperada, en este caso será:	0.30																
q=	0.70	En este caso sería 1-p																	
d=	0.05	Precisión (en este caso deseamos un)	5%																
n=	$\frac{1.96^2 \quad 0.30 \quad 0.70}{0.05} = ?$																		
n=	$\frac{3.8416 \quad 0.30 \quad 0.70}{0.0025} = ?$																		
n=	$\frac{0.654900602}{0.0025} = 261.96$																		

El tamaño muestral ajustado a las pérdidas:

En este estudio es preciso estimar las posibles pérdidas de pacientes por razones diversas (pérdida de información, sesgos de selección, sesgos de información) por lo que se debe incrementar el tamaño muestral respecto a dichas pérdidas.

El tamaño muestral ajustado a las pérdidas se puede calcular de la siguiente forma:

Muestra ajustada a las pérdidas = $n (1 / 1-R)$

- n = número de sujetos sin pérdidas (261.96)
- R = proporción esperada de pérdidas (20%)

Así por ejemplo si en el estudio esperamos tener un 20% de pérdidas, el tamaño muestral necesario sería: $261.96 (1 / 1-0.2) = 327$ pacientes.

Se requieren **327 pacientes** para ser integrados en el presente proyecto de investigación.

Técnica de muestreo:

- Por casos consecutivos, no probabilístico por conveniencia, en 327 pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo", que cumplan con los criterios de inclusión.

Variables de estudio:

Variable dependiente: Funcionalidad familiar y calidad de vida

Variable Independiente: Edad, sexo, ocupación, estado civil, comorbilidades, tipo de osteoartrosis, estado nutricional.

VARIABLES

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
VARIABLES INDEPENDIENTES					
Tipo de Osteoartritis	Es una artropatía inflamatoria crónica que involucra a las estructuras de la articulación (cartilago hialino, hueso subcondral, membrana sinovial, etc.)	Lo que responde el paciente en la ficha de identificación, .	Cualitativa	Nominal	1. Manos 2. Pies 3. Rodilla 4. Cadera 5. Columna 6. Otras
Edad real	Periodo de tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo	Años cumplidos registrados por el paciente al momento de la encuesta	Cuantitativa Continua	Discreta	50, 51, 52, 53, 54, 55, ...n
Edad en intervalo	Periodo de tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo	Años cumplidos registrados por el paciente al momento de la encuesta	Cuantitativa de Intervalo	Discreta	50-59 años 60-69 años 70-79 años 80 y mas
Sexo	Diferencia física constituida entre hombre y mujer	Sexo registrado por el paciente en la encuesta.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
Estado Nutricional	Condición física en la que se encuentra una persona como consecuencia de la relación que existe en el consumo y el gasto de	Se obtendrá mediante el cálculo del Índice de Masa Corporal, que es un indicador que relaciona el peso y la talla, que se obtendrán al	Cualitativa	Ordinal	1. Peso bajo 2. Peso normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad grado I 5. Obesidad grado II 6. Obesidad mórbida

	energía y nutrientes	momento del estudio < 18.49 kg/m ² = peso bajo 18.5-24.9 kg/m ² = peso normal 25-29.9 kg/m ² = sobrepeso 30-34.9 kg/m ² = obesidad grado I 35-39.9 kg/m ² = obesidad grado II > 40 kg/m ² = obesidad mórbida			
Ocupación	Actividad laboral que desempeña por el individuo con o sin remuneración económica	Actividad laboral que desempeña el paciente registrada en el cuestionario	Cualitativa	Nominal Politómica	1-Actividades laborales con carga de 25 kg o más 2-Actividades laborales con carga de 24 kg o menos 3.-Actividades laborales con uso de articulaciones con repetición 4. Se dedica a otro tipo de actividad laboral. 5-No trabaja
Estado civil	Situación conyugal de cada paciente en relación con los derechos	Estado civil registrado por el paciente en el cuestionario	Cualitativa	Nominal politómica	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Divorciado (a) 4. Viudo (a) 5. Unión Libre

	y obligaciones en la sociedad				
Comorbilidad	Es la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona	Enfermedad previa que presente el paciente	Cualitativa	Nominal Politológica	<ul style="list-style-type: none"> . 1. Endocrinología . 2. Cardiovascular . 3. Renal . 4. Neumológica . 5. Reumatoide . 6. ortopédica . 7. Otra . 8. Ninguna
VARIABLES DEPENDIENTES					
Calidad de vida	Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones, incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros	<p>Percepción que tiene el paciente en un momento dado de su condición de salud y repercusiones en su entorno. Medido por las láminas de COOP/WONCA</p> <p>Se asigna un valor numérico del 1 al 5, a mayor puntuación, peor calidad de vida relacionada con la salud.</p> <p>Excelente 9 pts -Muy buena 10-18 pts -Buena 19-27 pts -Regular 28-35 pts</p>	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> -Excelente -Muy buena -Buena -Regular -Mala

	.	-Mala 36-45 pts			
Funcionalidad familiar	Test de funcionamiento familiar (FFSIL)	Instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad De 70 a 57 ptos. Familia funcional De 56 a 43 ptos. Familia moderadamente funcional De 42 a 28 ptos. Familia disfuncional De 27 a 14 ptos. Familia severamente disfuncional	Es la forma en que cada familia supera la crisis a las que está sometida.	Cualitativa ordinal	-Familias funcional -Familia moderadamente funcional -Familia disfuncional -Familia severamente disfuncional

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico que inicio con la elaboración del protocolo de investigación y la selección de los instrumentos de medición. Previo registro ante el Comité Local de Ética e Investigación y las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo” del IMSS, se procedió a la aplicación de la cedula de recolección de datos y los instrumentos de medición a través de las láminas de COOP/WONCA y FF-SIL a 327 pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, considerando las variables: Funcionalidad familiar, Calidad de vida, tipo de Osteoartrosis ,Edad, Estado civil, Sexo, Estado Nutricional, Comorbilidades y ocupación .

Se procedió seleccionado pacientes de la consulta externa o de sala de espera de la UMF 20 Vallejo, de ambos turnos con diagnóstico de osteoartrosis de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, se invitó al paciente a pasar a un consultorio, cómodo y tranquilo y se le explico al paciente en qué consistía la encuesta de recolección de datos, así como una explicación detallada del motivo del estudio, posibles inconvenientes y beneficios, posteriormente con su autorización y firma de consentimiento informado, se procedió a la aplicación de la cedula de recolección de datos, en los que se solicitaron datos como edad ,sexo , ocupación, peso ,talla etc... siempre cuidando la confidencialidad del paciente , en caso de que el paciente no pudiera escribir o leer se le auxiliara previa autorización, posteriormente se usó la báscula del consultorio previamente calibrada , con la menor cantidad de objetos para la medición de Peso , Talla y estimación de IMC por el entrevistador. Una vez realizado esto se dio por finalizada la entrevista y se dio las gracias. En caso de el paciente quisiera conocer los resultados de su encuesta, se le asignó un folio el cual puede ser dado a conocer por su médico tratante, siempre cuidando la confidencialidad del paciente .Al término se inició el análisis de datos, con las variables antes descritas, capturando la información en una sábana de datos y se exporto al programa estadístico SPSS versión 25, el cual es un Software de uso libre, y presentación de resultados hasta su terminación

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Instrumento para evaluar a calidad de vida.

LÁMINAS COOP-WONCA

El objetivo de este instrumento es establecer el grado de calidad de vida relacionada con la salud. Dicho instrumento consta de 9 láminas que exploran una dimensión de la calidad de vida del paciente de manera completa, cada dimensión corresponde a lo sucedido en las últimas dos semanas en cuanto a: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividad social, cambio del estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida en general.

Se asigna un valor numérico del 1 al 5, a mayor puntuación, peor calidad de vida relacionada con la salud. De manera que las puntuaciones más altas se corresponden con los estados de salud más desfavorables (a excepción de la lámina referida al cambio en el estado de salud que presenta un tipo de respuesta bipolar). Todas las respuestas están ilustradas gráficamente con dibujos, lo cual ayuda a su comprensión y facilita su cumplimentación

La confiabilidad del test a las 2 semanas, evaluada por medio de los coeficientes de correlación de Spearman, varía en 0,52-0,72 en la versión española. El cuestionario demostró tener una buena validez La matriz multirrasgo multimétodo (MTMM) entre el SF-36 y las viñetas ofrece una validez convergente (media de dimensiones equivalentes) del 0,68.

Son Nueve dimensiones que evalúa las cuales consisten en:

I. FORMA FÍSICA:

Muy intensa	1 punto
Intensa	2 puntos
Moderada	3 puntos
Ligera	4 puntos
Muy ligera	5 puntos

II. SENTIMIENTOS

Nada en absoluto	1 punto
Un poco	2 puntos
Moderadamente	3 puntos
Bastante	4 puntos
Intensamente	5 puntos

III. ACTIVIDADES COTIDIANAS

Nada en absoluto	1 punto
Un poco de dificultad	2 puntos
Dificultad moderada	3 puntos
Mucha dificultad	4 puntos
Todo, no he podido hacer nada	5 puntos

IV. ACTIVIDADES SOCIALES

Nada en absoluto	1 punto
Ligeramente	2 puntos
Moderadamente	3 puntos
Bastante	4 puntos
Muchísimo	5 puntos

V. CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

Mucho mejor	1 punto
Un poco mejor	2 punto
Igual por el estilo	3 punto
Un poco peor	4 punto
Mucho peor	5 punto

VI. ESTADO DE SALUD

Excelente	1 punto
-----------	---------

Muy buena	2 puntos
Buena	3 puntos
Regular	4 puntos
Mala	5 puntos

VII. DOLOR

Nada de dolor	1 punto
Dolor muy leve	2 puntos
Dolor ligero	3 puntos
Dolor moderado	4 puntos
Dolor intenso	5 puntos

VIII. APOYO SOCIAL

Si, todo el mundo está dispuesto ayudarme 1 punto

Si, bastante gente 2 puntos

Si algunas personas 3 puntos

Si alguien habla 4 puntos

Nada en absoluto 5 puntos

IX. CALIDAD DE VIDA

Se puntúa de acuerdo con la escala señalada por el sujeto de estudio

Estupendamente no podía irme mejor 1 punto

Bastante bien 2 puntos

A veces bien, a veces mal, bien y mal a partes iguales 3 puntos

Bastantes mal 4 puntos

Muy mal, no podían haberme ido peor 5 puntos

Al final se suman los puntos de cada dimensión y se clasificara la calidad de vida de acuerdo a la siguiente puntuación.

Excelente	9 puntos
Muy buena	10-18 puntos
Buena	19-27 puntos

Regular	28-35 puntos
Mala	36-45 puntos

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

FF-SIL

Instrumento construido por Master en Psicología de Salud para evaluar cuanti- - cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Funcionamiento familiar: dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera (De la Cuesta, D. Funcionamiento familiar, construcción y validación de un instrumento.

Para que se pueda entender la aplicación del instrumento se hace necesario dividir en 2 aspectos la metodología de la propuesta.

1. **Test de funcionamiento familiar FF-SIL.** Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

No. Situaciones	de Variables que mide
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi nunca	1 punto.
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos.
Muchas veces	4 puntos.

Casi siempre	5 puntos.

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativas, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

De 57 a 70 puntos	Familia funcional
De 43 a 56 puntos	Familia moderadamente funcional
De 28 a 42 puntos	Familia disfuncional
De 14 a 27 puntos	Familia severamente disfuncional

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó la captura de datos en una hoja de Excel de los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, y se realizó un análisis bivariado para variables cuantitativas, medidas de tendencia central (media y mediana) ,y medidas de dispersión (desviación estándar) para variables numéricas , además de frecuencias y proporciones para las variables cuantitativas.

Se realizaron las pruebas estadísticas χ^2 para variables cualitativas , y análisis bivariado , considerando significancia estadística cuando $p \leq 0.05$ para variables cualitativas, cuya finalidad es determinar la dependencia entre las variables y su asociación con la funcionalidad familiar y calidad de vida.

La información fue procesada a través de los programas estadísticos, Microsoft Office Word, Microsoft Office Excel, SPSS versión 25.

RESULTADOS

Se realizó un estudio de investigación de tipo observacional, analítico y transversal en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo" diseñado y estructurado por el departamento de Medicina Familiar con el objetivo de analizar el grado de afectación de osteoartritis con la calidad de vida asociado con la funcionalidad familiar, a través de la utilización de las láminas COOP-WONCA para la calidad de vida y la escala FF-SIL para funcionalidad familiar, una vez obtenida la información correspondiente se describen a continuación los resultados obtenidos.

Se evaluaron un total de $n=327$ pacientes, los cuales obtuvieron una media de edad de 66.29 años (DE \pm 9.94) siendo la edad máxima de 97 años y la mínima de 50 años (Tabla 1).

Al clasificar a los pacientes por rangos de edades se encontró que el 33.9% ($n=111$) se encuentran entre 50-59 años, el 30.6% ($n=30.6$) se encuentran entre 60-69 años, el 24.8% ($n=81$) se encuentran entre 70-79 años, y el 10.7% ($n=35$) tenía más de 80 años. Tabla 1 (.Grafico 1)

En cuanto al sexo de los pacientes encuestados el 56.9% ($n=186$) correspondieron al sexo femenino, el 43.1% ($n=141$) restante correspondieron con el sexo masculino (Tabla 1) .Grafico 2

De acuerdo con el turno de los pacientes evaluados el 71.6% ($n=234$) corresponden al turno vespertino y el 28.4% ($n=93$) al turno matutino. Tabla 1

En cuanto a las características de acuerdo con el trabajo realizado, se encontró que el 40.4% ($n=132$) refirieron no trabajar, en el 18% ($n=59$) se dedican a otra cosa, el 16.2% ($n=53$) cargan menos de 25kg, el 14.4% ($n=47$) mueven sus manos y/o rodillas frecuentemente y el 11% ($n=36$) cargan más de 25kg. (Tabla 1) (Gráfico 3).

Sobre el estado civil de los pacientes evaluados se reporta que el 58.7% ($n=192$) son casados, el 26.3% ($n=86$) viven en unión libre, el 8.9% ($n=29$) son viudos, el 3.4% ($n=11$) son divorciados y el 2.8% ($n=9$) son solteros. (Tabla 1) (Gráfico 4).

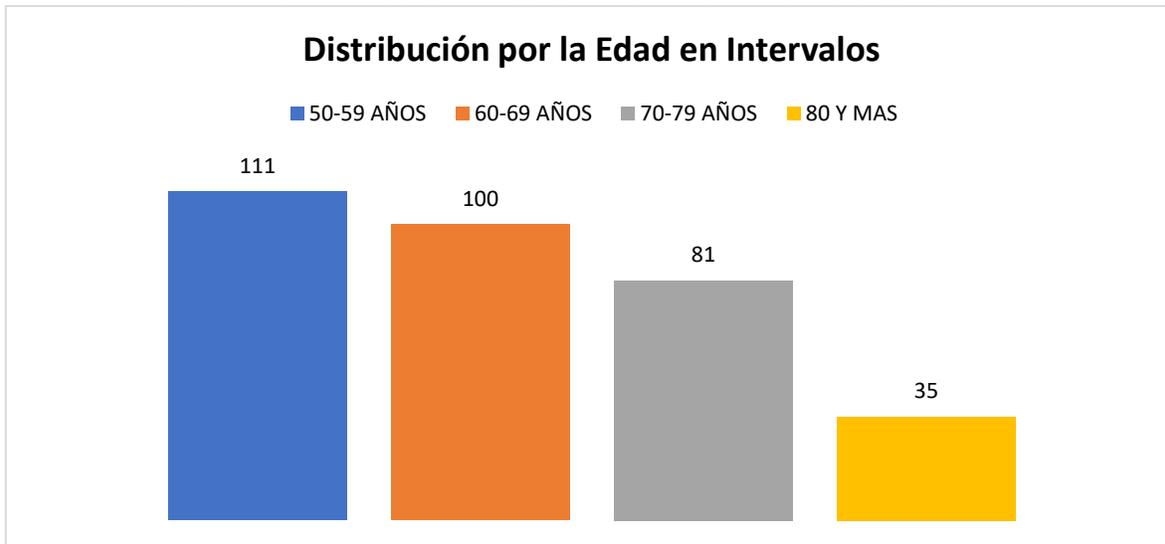
En cuanto al estado nutricional de los pacientes se encontró que el 49.6% ($n=162$) está en sobrepeso, el 24.8% ($n=81$) en obesidad grado I, el 19.6% ($n=64$) en un peso normal, el 4% ($n=13$) en obesidad grado II, el 1.2% ($n=4$) en obesidad mórbida, y el 0.9% ($n=3$) se encontraban en peso bajo. (Tabla 1) (Gráfico 5).

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DISTRIBUCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Tipo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad (años)	327	50	97	66.229	9.9431
		Tipo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
Intervalo (edad)		50-59 años	111	33.9	
		60-69 años	100	30.6	
		70-79 años	81	24.8	
		80 y mas	35	10.7	
Ocupación		Carga más de 25 kg	36	11.0	
		Carga menos de 25 kg	53	16.2	
		Mueve sus manos o rodillas frecuentemente	47	14.4	
		Se dedica a otra cosa	59	18.0	
		No trabaja	132	40.4	
Estado civil		Soltero	9	2.8	
		Casado	192	58.7	
		Divorciado	11	3.4	
		Unión libre	86	26.3	
		Viudo	29	8.9	
Estado nutricional		Peso bajo	3	9	
		Peso normal	64	19.6	
		Sobrepeso	162	49.5	
		Obesidad grado I	81	24.8	
		Obesidad grado II	13	4.0	
		Obesidad mórbida	4	1.2	
Sexo		Femenino	186	56.9	
		Masculino	141	43.1	
Turno					
Matutino	93			28.4	
Vespertino	234			71.6	
		Total	327	100.00	

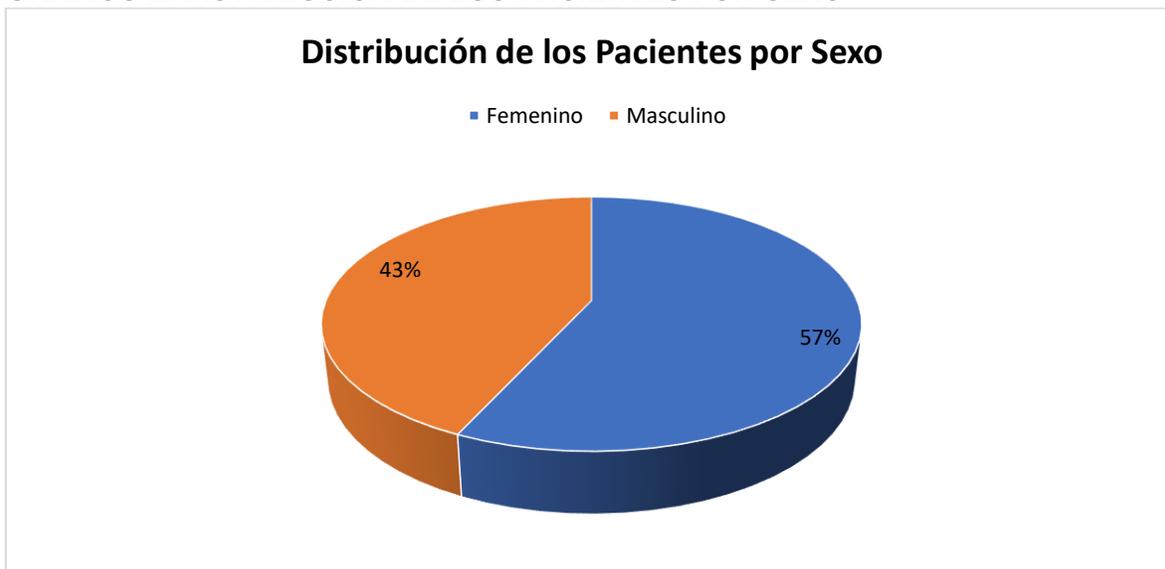
Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

GRAFICO 1. DISTRIBUCION DE ACUERDO AL INTERVALO DE EDAD



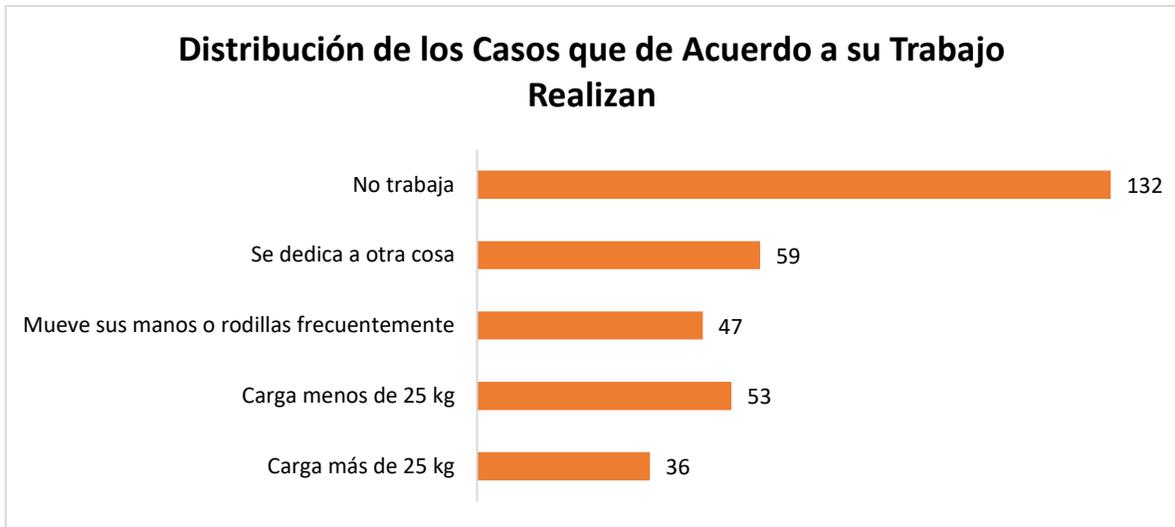
Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

GRAFICO 2. DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR SEXO



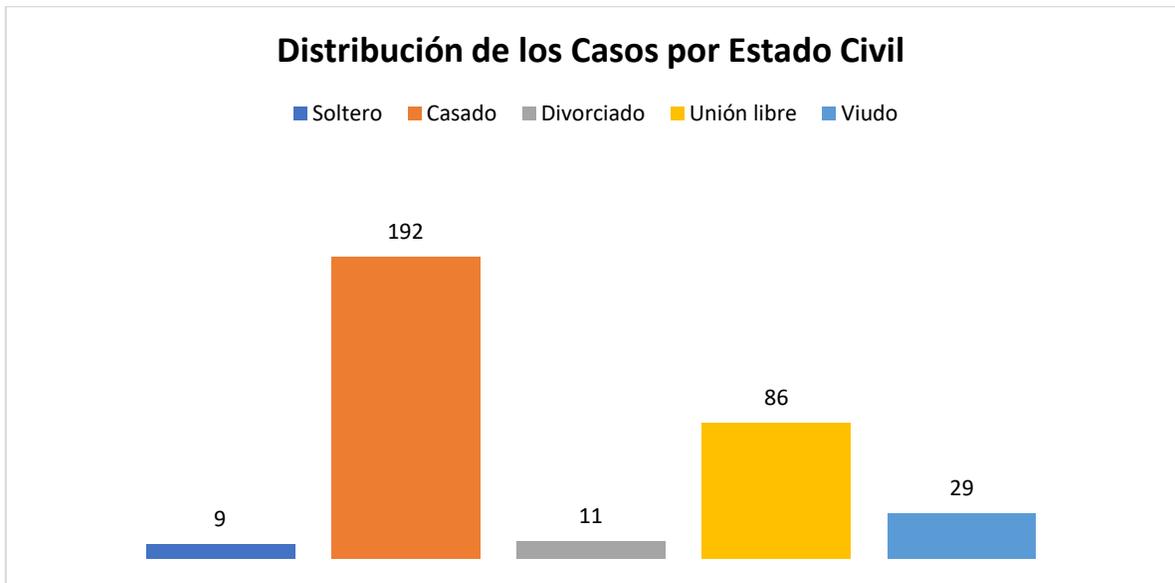
Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA OCUPACIÓN



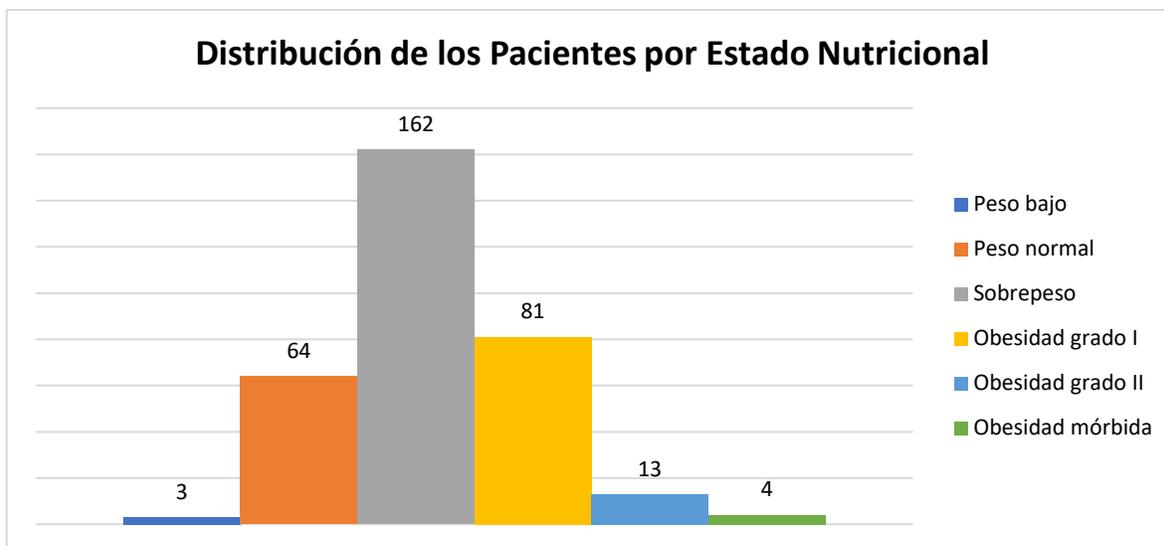
Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

GRAFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL



Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

GRAFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL ESTADO NUTRICIONAL



Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Al evaluar a los pacientes, se encontró que la distribución de los casos de osteoartritis corresponde a 49.5% (n=162) en rodillas, un 23.5% (n=77) en manos, 12.5% (n=41) en cadera, 8.3% (n=27) en columna y 6.1% (n=20) en pies. (Tabla 2) (Gráfico 5).

Referente a las comorbilidades de los pacientes evaluados se encontró que el 33.6% (n=110) de los pacientes con osteoartritis tenía asociada una patología de tipo cardiovascular, el 23.2% (n=76) no presentaban ninguna comorbilidad, el 20.8% (n=68) presentaban comorbilidades de tipo endocrinológicas, el 7.3% (n=24) de tipo neumológicas, el 7% (n=23) de otro tipo, el 3.4% (n=11) de tipo ortopédico el 2.4% (n=8) de origen reumatológico y el 2.1% (n=7) de tipo renal. (Tabla 2) (Gráfico 6).

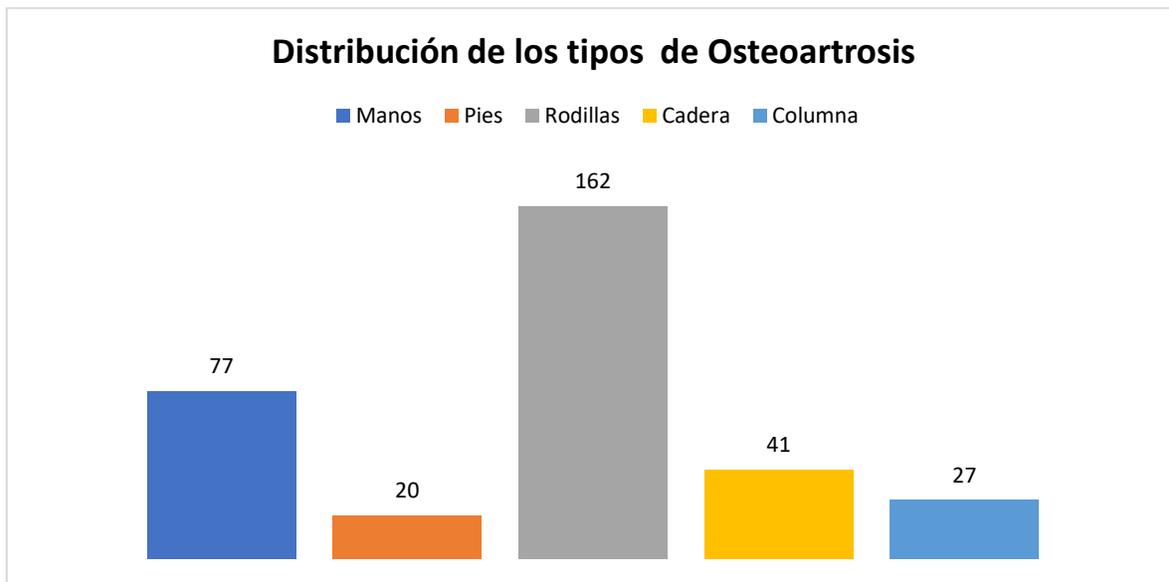
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE DATOS CLÍNICOS

DISTRIBUCIÓN DE DATOS CLÍNICOS

	Tipo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Tipo de osteoartrosis	Manos	77	23.5
	Pies	20	6.1
	Rodillas	162	49.5
	Cadera	41	12.5
	Columna	27	8.3
Tipo de comorbilidad	Endocrinológica	38	20.8
	Cardiovascular	110	33.6
	Renal	7	2.1
	Neumológica	24	7.3
	Reumatológica	8	2.4
	Ortopédica	11	3.4
	Otra	23	7.0
	Ninguna	76	23.2
	Total	327	100.0

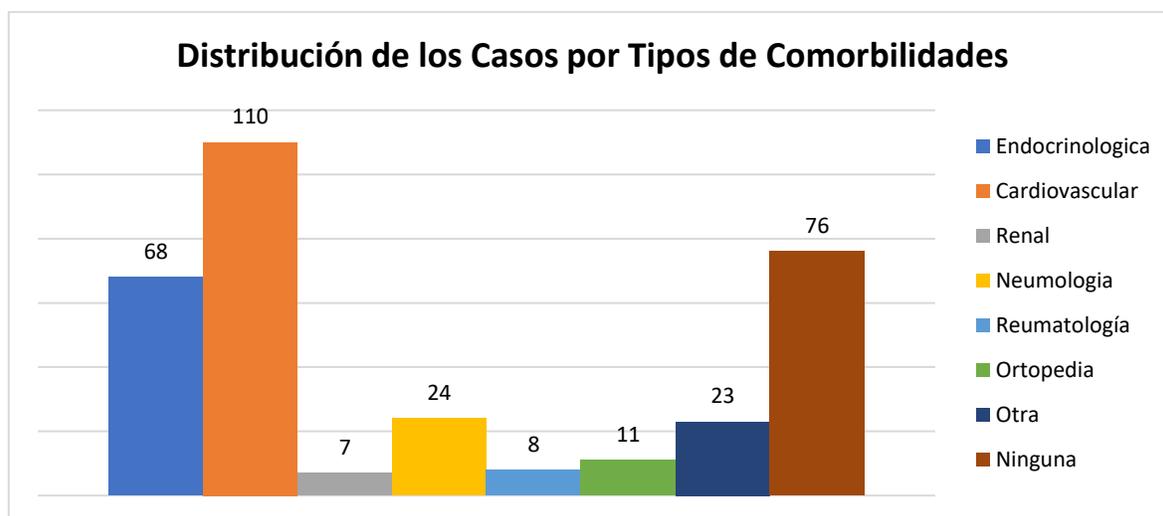
Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social

GRAFICO 6. TIPO DE OSTEOARTROSIS



Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

GRAFICO 7. COMORBILIDADES ASOCIADAS



Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

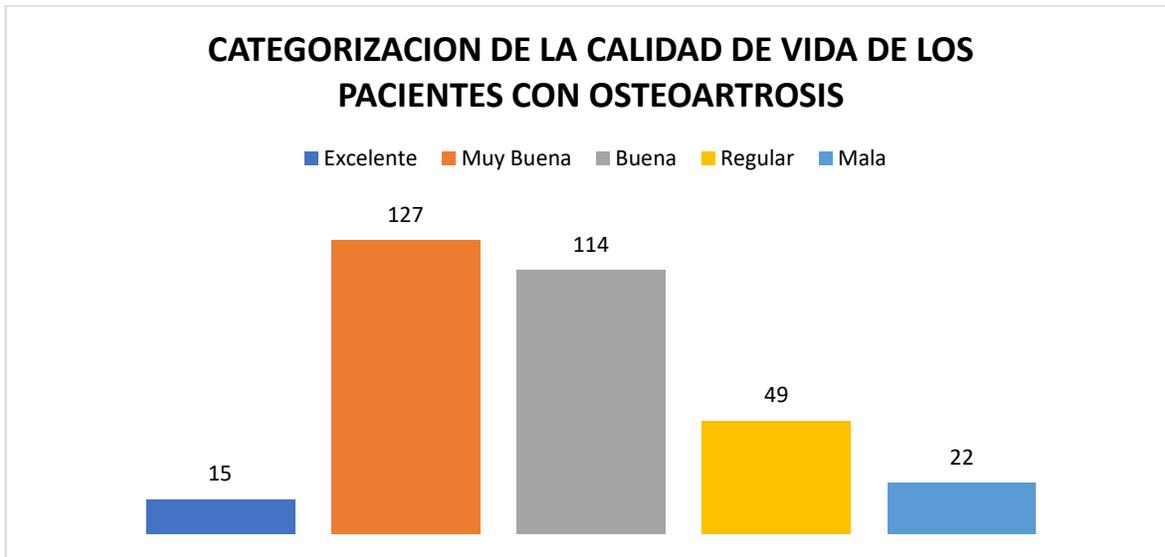
De acuerdo a la clasificación de calidad de vida de los pacientes con osteoartritis presentaron los siguientes resultados: el 38.8% (n=127) refieren una calidad de vida muy buena, el 34.9% (n=114) refiere una calidad de vida buena, el 15% (N=49) refieren una calidad de vida regular, el 6.7% (n=22) refieren una calidad de vida mala, y el 4.6% (N=15) una calidad de vida excelente. (Tabla 3) (Gráfico 7).

TABLA 3. CATEGORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON OSTEOARTROSIS

Distribución de los Casos con Clasificación de Calidad de Vida				
Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Excelente	15	4.6	4.6	4.6
Muy Buena	127	38.8	38.8	43.4
Buena	114	34.9	34.9	78.3
Regular	49	15.0	15.0	93.3
Mala	22	6.7	6.7	100.0
Total	327	100.0	100.0	

Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo" del IMSS en la CDMX.

GRAFICO 8.. CATEGORIZACION DE LA CALIDAD DE LOS PACIENTES CON OSTEOARTROSIS



Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo” del IMSS en la CDMX.

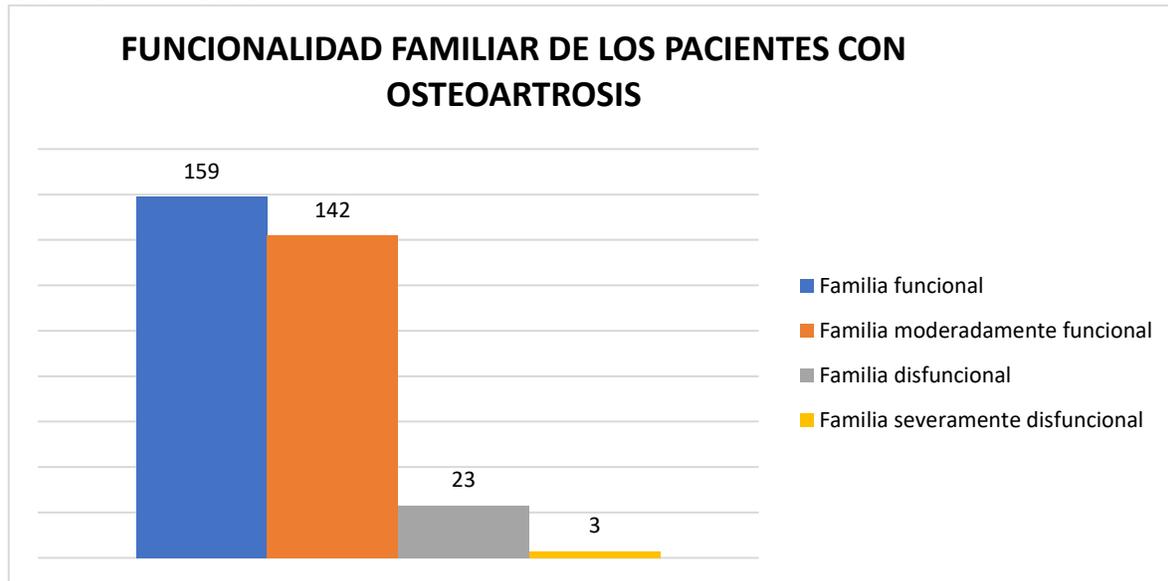
Referente al tipo de familia que presentan los pacientes con osteoartritis se encontró que en el 48.6% (n=159) tienen una familia funcional, en el 43.4% (n=142) tienen una familia moderadamente funcional, en el 7% (n=23) tienen una familia disfuncional y en el 0.9% (n=3) tienen una familia severamente disfuncional (Tabla 4) (Gráfico 8).

TABLA 4. FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON OSTEOARTROSIS

Distribución por Tipo de Familia		
Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Familia funcional	159	48.6
Familia moderadamente funcional	142	43.4
Familia disfuncional	23	7.0
Familia severamente disfuncional	3	.9
Total	327	100.0

Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo” del IMSS en la CDMX.

GRAFICO 8. FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON OSTEOARTROSIS



Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo” del IMSS en la CDMX.

Al realizar el análisis bivariado se encontró una libre distribución entre las variables por lo que se utilizó la prueba estadística χ^2 para encontrar diferencias de medias de muestras relacionadas para la determinación de dependencia entre las variables categóricas, se encontrando la siguiente significancia, calidad de vida con las siguientes variables categóricas: Tipo de osteoartritis χ^2 25.59 (p 0.04), y comorbilidades χ^2 (p 0.004), estado civil χ^2 43.28 (p 0.00), estado nutricional χ^2 42.15 (p 0.003) y las siguientes variables con funcionalidad familiar; tipo de osteoartritis χ^2 34.32 (p 0.001), comorbilidades χ^2 34.56 (p 0.03) y estado nutricional χ^2 27.47 (p 0.025). TABLA 5, 6, 7 Y 8.

TABLA 5 CARACTERISTICAS CLINICAS ASOCIADAS CON CALIDAD DE VIDA

CALIDAD DE VIDA

	TIPO DE VARIABLE	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE	X2	P
TIPO DE OSTEOARTROSIS	Manos	2	5	7	38	25	25.59	0.04
	Pies	1	4	3	11	1		
	Rodillas	8	9	39	65	41		
	Cadera	4	1	7	15	14		
	Columna	1	4	5	12	5		
COMORBILIDADES	Endocrinológica	2	6	15	27	18	51.54	0.004
	Cardiovascular	4	2	15	55	31		
	Renal	2	1	0	2	2		
	Neumológica	2	1	7	10	4		
	Reumatológica	0	2	1	4	1		
	Ortopédica	0	3	1	7	0		
	Otra	1	0	1	9	12		

Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TABLA 6. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS ASOCIADAS A CALIDAD DE VIDA

		Clasificación de calidad de vida					X2	P
	TIPO DE VARIABLE	Excelente	Muy buena	BUENA	Regular	Mala		
EDAD	50-59 años	5	52	30	17	7	27.72	0.26
	60-59 años	8	37	32	16	7		
	70-79 años	2	29	39	9	41		
	80 y mas	0	9	13	7	6		
SEXO	Femenino	13	71	63	26	13	5.93	0.204
	Masculino	2	56	51	23	9		
ESTADO CIVIL	Soltero	2	3	2	2	0	43.28	0.000
	Casado	4	78	69	31	10		
	Divorciado	1	4	3	2	1		
	Unión libre	4	32	36	11	3		

	Viudo	4	10	4	3	8		
ESTADO NUTRICIONAL	Peso bajo	0	1	1	0	1	42.15	0.003
	Peso normal	3	22	12	15	12		
	Sobrepeso	9	65	64	18	6		
	Obesidad Grado I	3	29	33	13	3		
	Obesidad grado II	0	8	4	1	0		
	Obesidad mórbida	0	2	0	2	0		
OCUPACION	Carga más de 25 kg	0	17	12	5	2	19.63	0.237
	Carga menos de 25 kg	0	22	22	8	1		
	Mueve manos y rodillas	2	22	12	8	3 2		
	Se dedica a otra cosa.	4	26	21	6			
	No trabaja	9	40	47	22	14		

Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TABLA 7 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASOCIADAS CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR

	TIPO DE VARIABLE	FAMILIA FUNCIONAL	FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	FAMILIA DISFUNCIONAL	FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	X2	P
TIPO DE OSTEOARTROSIS	Manos	42	32	3	0	34.32	0.001
	Pies	6	9	5	0		
	Rodillas	90	62	7	3		
	Cadera	10	24	7	0		
	Columna	11	15	1	0		
COMORBILIDADES	Endocrinológica	35	28	5	0	34.56	0.03
	Cardiovascular	61	44	4	1		
	Renal	2	3	1	1		
	Neumológica	7	15	2	0		
	Reumatológica	4	4	0	0		
	Ortopédica	6	3	2	0		
	Otra	8	15	0	0		
	Ninguna	36	30	9	1		

Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TABLA 8, CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS ASOCIADAS CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR

	TIPO DE VARIABLE	Funcionalidad Familiar				X2	P
		Funcional	Moderadamente funcional	Disfuncional	Severamente disfuncional		
EDAD	50-59 años	63	36	12	1	16.77	0.158
	60-59 años	50	43	7	0		
	70-79 años	31	46	3	1		
	80 y mas	16	17	1	1		
SEXO	Femenino	96	75	14	1	2.57	0.462
	Masculino	63	67	9	2		
ESTADO CIVIL	Soltero	7	2	0	0	12.99	0.369
	Casado	84	93	14	1		
	Divorciado	7	3	1	0		
	Unión libre	45	32	8	1		
	Viudo	16	12	0	1		
ESTADO NUTRICIONAL	Peso bajo	1	2	0	0	27.47	0.025
	Peso normal	26	24	12	2		
	Sobrepeso	84	68	10	0		
	Obesidad Grado I	39	41	0	1		
	Obesidad grado II	7	5	1	0		
	Obesidad mórbida	2	2	0	0		
OCUPACION	Carga más de 25 kg	17	17	2	0	10.16	0.601
	Carga menos de 25 kg	27	21	4	1		
	Mueve manos y rodillas	18	26	3	0		
	Se dedica a otra cosa.	25	27	7	0		

	No trabaja	72	51	7	2		
--	------------	----	----	---	---	--	--

Fuente: Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
|

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Días A et al (2020) Refiere que la osteoartrosis afecta a todas las articulaciones de predominio sinovial y periféricas como cadera, rodillas, pies y manos, que se manifiestan con limitación funcional de la articulación afectada, dolor crónico, así como secuelas psicológicas y físicas, teniendo causas multifactoriales que pueden afectar a cualquier individuo (2). En la realización de esta investigación se encontró que las principales articulaciones afectadas son rodilla en el 49.5% de casos, seguido de 23.5% en manos, 12.5% en cadera, 8.3% en columna, confirmado lo descrito por el autor citado previamente respecto a la mayor prevalencia de articulaciones afectadas en pacientes con osteoartritis.

Mobasheri A et al (2016) Comentan que la osteoartrosis es una enfermedad incapacitante y prioritaria según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y según The Global Burden of Disease 2010, la osteoartrosis de cadera y rodilla ocupa la 11^a enfermedad con más discapacidad (4). Tal como se ha mencionado, al igual que en muchas otras investigaciones en esta no fue la excepción que la mayor articulación afectada fue la rodilla, sin embargo, en contraparte a lo explicado por el autor citado la articulación de cadera ocupa el tercer lugar, estando en segundo lugar la mano.

Hawker G et al (2019) En su artículo mencionan que sobre la osteoartrosis un 59-87% de las personas que lo padecen se correlaciona al menos con otra patología crónica preferentemente cardio metabólico y el hecho de hacer ejercicio o perder peso puede producir malos resultados (6). Sobre las comorbilidades reportadas en los pacientes de esta investigación, efectivamente se corrobora que las principales comorbilidades corresponden a las cardio metabólicas, pues el 56.4% presentaban este tipo de comorbilidades previas, siendo en el 33.6% las de origen cardiovascular y en el 20.8% las de origen endocrinológico.

Mayoral V et al (2021) Comentan que a nivel mundial afecta aproximadamente a 302 millones de personas con una media de 50 años y siendo el sexo femenino el más afectado siendo la más frecuente rodilla (7). Referente a la edad y probablemente por la forma de obtención de la muestra, así como algunos otros factores se encontró que en esta investigación la edad media de los pacientes fue de 66 años, pero en contraparte si se respeta que la mayor afluencia de personas afectadas corresponde con el sexo femenino, representando el 56.9% de la población en esta investigación.

Peña A et al (2007) Dice que se ha encontrado relación entre la osteoartrosis de manos y rodilla con el uso repetitivo y prologado de articulaciones, así como cargar más de 25 kg

de peso.(10) Propiamente en esta investigación no se realizaron pruebas para determinar si el peso que se carga influye sobre la osteoartrosis y su tipo, sin embargo si se cuenta con el dato de que el 11% de la población investigada carga más de 25kg en sus actividades laborales.

Solis U et al (2018) Refiere que la osteoartrosis se encuentra dentro de las 4 primeras causas de discapacidad a nivel general y es por eso que teniendo en cuenta la alta incidencia de la OA, el creciente aumento de la longevidad de la población y la afectación que produce tanto en la capacidad funcional como en la percepción de CVRS de los pacientes. (29) Sobre la longevidad es quizá la respuesta a que en esta investigación la edad media de la población con osteoartrosis sea mayor en comparación a muchas investigaciones, de igual forma se encontró que la calidad de vida no se encuentra afectada solo por la osteoartrosis sino también por todo el contexto familiar (p 0.0001) y de apoyo social (p 0.0001).

Solis U et al (2019) Comenta que desde el punto de vista social limita considerablemente la participación social de los individuos; ha sido señalada como una de las primeras causas de invalidez laboral temporal y definitiva (Fernández et al., 2017).Se añade por Cusihuamán y Martell (2017), que la presencia de las deformidades resultantes de la enfermedad no solo limita la actividad laboral, sino que también dificultan la realización y participación de otras actividades sociales como: la práctica de actividad física y las reuniones sociales con amigos y familiares.(33) En esta investigación se encontró que los pacientes solo en el 23.2% no refieren dificultad con sus actividades cotidianas, el resto las presentan dificultades en diferente intensidad, sobre la calidad de vida el 43.1% refirieron estar bastante bien y el 26.3% estar estupendamente, el resto si presenta disminución de la calidad de vida en diferentes niveles, sin embargo la calidad no se ve tan afectada como se creía.

Finalmente citaremos criterios de causalidad de Bradford Hill (1965) pertinentes a esta investigación:

“Consistencia” que nos describe lo siguiente: La asociación causa-efecto ha sido demostrada por diferentes estudios de investigación y bajo circunstancias distintas, sin embargo, la falta de consistencia no excluye la asociación causal, ya que distintos niveles de exposición y demás condiciones pueden disminuir el efecto del factor causal en determinados estudios.

“Plausibilidad Biológica” que nos describe: El contexto biológico existente debe explicar lógicamente la etiología por la cual una causa produce un efecto a la salud, sin embargo, la plausibilidad biológica no puede extraerse de una hipótesis, ya que el estado actual del conocimiento puede ser inadecuado para explicar nuestras observaciones o no existir;

“Coherencia” que nos describe lo siguiente: Implica el entendimiento entre otros hallazgos de la asociación causal con los de la historia natural de la enfermedad y otros aspectos relacionados con la ocurrencia de la misma, como por ejemplo las tendencias seculares, este criterio combina aspectos de consistencia y plausibilidad biológica.

“Temporalidad”: La causa debe proceder al efecto, no obstante, a veces es difícil definir con que grado de certeza ocurre esto, en general el comienzo de las enfermedades comprende un largo periodo de latencia entre la exposición y la ocurrencia del efecto a la salud.

CONCLUSIONES.

Se realizó una investigación en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo", perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, CDMX, diseñada y estructurada por el departamento de Medicina Familiar bajo una premisa mayor la cual dicta "El grado de afectación de la osteoartritis se asocia a una mala funcionalidad familiar" así como "El grado de la osteoartritis se relaciona con una mala calidad de vida", una vez obtenidos y analizado los resultados, a continuación, se describen las conclusiones:

Se acepta la hipótesis alterna pues se encontró relación entre la calidad de vida con el tipo de familia ($p < 0.0001$), sin embargo, no se encontraron datos estadísticamente significativos para establecer una relación entre la calidad de vida y la osteoartritis ($p > 0.4$).

Adicionalmente se agrega que se evaluaron un total de $n=327$ pacientes los cuales tenían una media de edad de 66.29 años, el 56.9% correspondió al sexo femenino y el 43.1% restante al sexo masculino, considerando que la distribución de la población de la UMF 20 en este grupo etario es mayor en el sexo femenino, así mismo el 71.6% del total de pacientes evaluados pertenecían al turno de atención vespertino mientras que el 28.4% al turno de atención matutino, considerando que la mayor recuperación de la población muestral fue en el turno vespertino

Los tipos de comorbilidades más comunes fueron los de tipo cardiovasculares en el 33.6%, seguido de las endocrinológicas en el 20.8% y en tercer lugar las de origen renal en el 7.3%, en contraparte el 23.2% de pacientes no presentaban comorbilidades, esto empata con las estadísticas a nivel nacional que colocan a las enfermedades de mayor frecuencia a las patologías cardiovasculares sin ser la excepción de la UMF20

El total de pacientes presentaba osteoartritis y en orden de prevalencia el 49.5% presentaba en rodillas, seguido de un 23.5% en manos, en tercer lugar, el 12.5% en cadera, seguido de un 8.3% en columna y finalmente un 6.1% en pies. Esto va de acuerdo a los datos encontrados en la literatura a nivel nacional.

Sobre el tipo de familia se encontró que el 48.6% tienen una familia funcional, el 43.3% una familia moderadamente funcional, el 7% una familia disfuncional y el 0.9% una familia severamente disfuncional.

RECOMENDACIONES

Las láminas de Coop Wonca y La escala FFSIL utilizados han diversos estudios para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud y la funcionalidad familiar de cualquier paciente con una patología crónica , además de ser una herramienta rápida que podemos utilizar en la consulta ya que consta de láminas fáciles de interpretar y una serie de preguntas cortas para contestar la funcionalidad familiar , y facilitar la agilidad y aprovechar el tiempo de consulta

Es conveniente como médicos familiares atender las causas de cualquier patología y evitar que esta repercuta en su calidad de vida relacionada con la salud y afectación en su funcionalidad familiar. De acuerdo a esto emitimos las siguientes recomendaciones.

1. Seguir fomentado los hábitos saludables en pacientes con riesgo de padecer osteoartrosis haciendo énfasis en el sexo femenino, fomentado el mantenimiento de peso adecuado, realización de actividad física , evitar los movimientos repetitivos , actividades de carga .

2. Evitar la progresión una vez diagnosticada la enfermedad para evitar repercusiones en su calidad de vida y/ funcionalidad familiar .
3. Valorar la calidad de vida del paciente con osteoartrosis como potencial riesgo de ser económicamente inactivo.
4. Evaluar la funcionalidad familiar del paciente con osteoartrosis ya que el medico familiar no solo estudia la biología de la enfermedad sino también su repercusión psicosocial.
5. Dar una atención globalizada del paciente con osteoartrosis por todas las repercusiones clínicas , psicológicas y sociales que puede tener , evitando repercusiones como ser individual y social.

LIMITACIONES

Este estudio fue realizado en la población local de la zona norte lo que puede generar dificultad para generalizar los resultados a nivel nacional, por las características sociodemográficas de la población.

Se considera importante haber agregado el tiempo de evolución de la osteoartrosis ya que si tuvo impacto en el instrumento de calidad de vida.

Al interrogar al paciente con el instrumento de familia, no hubo en ocasiones esa confianza para contestar las preguntas de acuerdo con su entorno familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. Garriga XM. Definición, etiopatogenia, clasificación y formas de presentación. *Aten Primaria*. 1 de enero de 2014;46:3-10.
2. Díaz-Borjón A, Gómez-Miranda JE, Gutiérrez-Gómez JJ, Maldonado-García B, Alberto C, Román MRS, et al. Consenso multidisciplinario de diagnóstico, manejo farmacológico y no farmacológico de la osteoartritis y el papel del sulfato de glucosamina cristalino de prescripción como una nueva opción terapéutica. *Med Interna México*. 2020;25.
3. Rillo OA. Actualización en osteoartritis Separata,. 2018;26:60 :1-60
4. Mobassheri A. , Batt M , An update on the pathophysiology of osteoarthritis Elsevier, ,2016 ,59 333-33
5. Vina ER, Kwok CK. Epidemiology of Osteoarthritis: Literature Update. *Curr Opin Rheumatol*. marzo de 2018;30(2):160-7.
6. Hawker GA. Osteoarthritis is a serious disease. *Clin Exp Rheumatol*. octubre de 2019;37 Suppl 120(5):3-6.
7. Mayoral RV. Epidemiología, repercusión clínica y objetivos terapéuticos. *Rev Soc Esp Dolor* 2021 ,28(Suppl 1): 4-10
8. Barbour KE, Helmick CG, Boring M, Brady TJ. Vital signs: prevalence of doctor-diagnosed arthritis and arthritis-attributable activity limitation — United States, 2013–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017;66:246–253. <https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6609e1>
9. Allen KD, Thoma LM, Golightly YM. Epidemiology of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. febrero de 2022;30(2):184-95.
10. Peña Ayala AH, Fernández-López JC. Prevalencia y factores de riesgo de la osteoartritis. *Reumatol Clínica*. 1 de octubre de 2007;3:6-12.
11. Guía de Práctica Clínica de Tratamiento Médico en Personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, Leve o Moderada, Chile 2020
12. Baenz AI, Taipe IM, Espíritu NM. Factores asociados a gonartrosis en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital Santa Rosa- 2018. *Horiz. Med.* [Internet]. 2020 Oct [citado 2022 Jul 19] ; 20(4): e1119..
13. Alta tasa de comorbilidad antes del diagnóstico de artrosis [Internet]. *Medscape*. [citado 7 de junio de 2022]. Disponible en: <http://espanol.medscape.com/verarticulo/5908907>

14. O'Neill TW, Felson DT. Mechanisms of Osteoarthritis (OA) Pain. *Curr Osteoporos Rep.* 1 de octubre de 2018;16(5):611-6.
15. López-Armada MJ et al , Evidencia de mecanismos inflamatorios en la osteoartritis. *Reumatol Clin.* 2007;3 Supl 3:S23-7
16. Meza-Reyes G, Aldrete-Velasco J, Espinosa-Morales R, Torres-Roldán F, Díaz-Borjón A, Robles-San Román M. Osteoartrosis: implementación de los algoritmos de diagnóstico y terapéutico vigentes. *Rev Med Inst Mex Seg Soc* 2017;55(1)::67-75
17. Huang C, Zhang Z, Chen Y, Zhang Y, Xing D, Zhao L, et al. Development and formulation of the classification criteria for osteoarthritis. *Ann Transl Med.* septiembre de 2020;8(17):1068-1068.
18. Aristondo FM, Moyano AB, Álvarez PP. SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD. :26.
19. Orellana M, Valenzuela J, Díaz M, Gold M, Rubio J. Effectiveness and current recommendation of manual therapy on hip osteoarthritis. An overview. *Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet].* 2020 Dic [citado 2022 Jul 20] ; 27(6): 375-391
20. Arrigunaga FEC, Aguirre-Salinas FB, Villarino AM, Lescano JGB, Escalante FAM, May A de JB. Correlación de la Escala de Kellgren-Lawrence con la Clasificación de Outerbridge en Pacientes con Gonalgia Crónica. *Rev Colomb Ortop Traumatol.* 1 de abril de 2020;34(2):160-6.
21. Espinosa-Morales R, Alcántar-Ramírez J, Arce-Salinas CA, Chávez-Espina LM, Esquivel-Valerio JA, Gutiérrez-Gómez JJ, et al. Reunión multidisciplinaria de expertos para el diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis. Actualización basada en evidencias. *Med Interna México.* junio de 2018;34(3):443-76.
22. Arrigunaga FEC, Aguirre-Salinas FB, Villarino AM, Lescano JGB, Escalante FAM, May A de JB. Correlación de la Escala de Kellgren-Lawrence con la Clasificación de Outerbridge en Pacientes con Gonalgia Crónica. *Rev Colomb Ortop Traumatol.* 1 de abril de 2020;34(2):160-6.
23. Montoya-Verdugo - 2012 - Evolución clínica de los pacientes con gonartrosis.pdf [Internet]. [citado 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2012/ot122f.pdf>
24. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Rheumatol.* febrero de 2020;72(2):220-33.

25. Taipe CE, Guano CE, Quisilema CA, Vallejo ML, et al. Avances en la terapia basada en ácido hialurónico para pacientes con osteoartritis. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2020 [citado 31 de octubre de 2021];22.(Suppl 1): e857..
26. Grässel S , Muschter D. Recent advances in the treatment of osteoarthritis [version 1; peer review: 3 approved]. F1000Research 2020, 9(F1000 Faculty Rev):325
27. López JJ, Izaola JO, Torres TB, Gómez HE, Castro MÁ, Ortolá BA, et al. Influence of a meal-replacement diet on quality of life in women with obesity and knee osteoarthritis before orthopedic surgery. Nutr Hosp. 2018 Jan 16;35(1):71-77.
28. Miguéns VX. Novedades en las guías de práctica clínica respecto al tratamiento de la artrosis de cadera, rodilla y manos. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2021 [citado 2022 Jul 20] ; 28(Suppl 1): 38-42.
29. Solís CU, Calvopiña BS. Comorbilidades y calidad de vida en Osteoartritis. Rev Cuba Reumatol . 2018 Ago ; 20(2): e17
30. Ramos CD, Veloz AC, Naranjo LR, Solís CU. Determinación de la calidad de vida relacionada con la salud en una cohorte de pacientes con osteoartritis .Revista Caribeña de Ciencias Sociales [Internet]. 22 de julio de 2019 [citado 22 de agosto de 2021];(julio). Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/calidad-vida-osteoartritis.html>
31. Cartas US, Bejarano SJC, González EMV. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis del cantón Riobamba. Revista Cubana de Reumatología ,2019, vol 21 ,núm. 1 pag1-13
32. Rat AC. Calidad de vida en reumatología. EMC - Kinesiterapia - Med Física. 1 de abril de 2021;42(2):1-14.
33. Solís CU, Yépez NC, Bejarano JC. Abordaje integral de la percepción de la calidad de vida en individuos con osteoartritis. Rev Investig Talent. 24 de diciembre de 2019;6(2):21-35.
34. Cartas US, Ramos RF, Brito LPY. Osteoartritis, envejecimiento y actividad física, simbiosis necesaria. Rev Investig Talent. 24 de junio de 2020;7(1):96-104.

35. Berenguer MC, Pérez RA, Dávila FM, Sánchez JI. Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. MEDISAN. enero de 2017;21(1):61-73.
36. Urbano SC , Calvopiña BS ,Martinez LJ ,Percepción de calidad de vida en pacientes con osteoartritis. Características sociodemográficas y clínicas. Estudio de 5 años, Revista Colombiana de Reumatología ,2018;25(3): 177-183
37. Saguiño GC, Velasco CM, Toscano SA, La enfermedad crónica en el adulto y adulto mayor, Revista Familia y enfermo crónico ,2020,Vol 1, pag 1-13 Disponible en : <https://www.flipsnack.com/cencalli7/5-revista-organizacio-n-familiar-en-adultos-adulto2020.html>
38. Velasco CM. Crisis situacionales ,Familia y enfermedad crónica, Revista Familia del enfermo crónico,2020 vol 1 pag 19. disponible en : <https://www.flipsnack.com/cencalli7/8-1-revista-familia-del-enfermo-cro-nico-2020.html>
39. Lagos MH, Flores RN. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. Cuid Salud Kawsayninchis. 30 de octubre de 2017;1(2):85-92.
40. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
41. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. [citado 17 de marzo de 2022]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

ANEXOS.

1. CARTA DE NO INCONVENIENCIA
2. CONSENTIMIENTO INFORMADO
3. CEDULA RECOLECCION DATOS
4. LAMINAS COOP WONCA. CALIDAD DE VIDA
5. ESCALA FF-SIL FUNCIONALIDAD FAMILIAR

1. CARTA DE NO INCONVENIENCIA



GOBIERNO DE
MÉXICO



ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
DISTRITO FEDERAL NORTE
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
EDUCACIÓN

Ciudad de México, a 28 de Marzo de 2022

Oficio No. 1871/35-01-26-2110/2022

DR. MIGUEL ALFREDO ZURITA MUÑOZ
DIRECTOR DE LA UMF 20

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENCIA

Por medio de la presente se solicita de no haber inconveniente que la Dra. Mima Jimenez Nufiez con matricula 98351787, a la Dra. Danae Pérez López con matricula 98351807, ambas especialistas en medicina familiar, y a la Dra. Norma Angeles Nicolas Jose medica residente de segundo año de medicina familiar con matricula 97351638, con adscripción en la UMF 20, responsables del protocolo de investigación titulado: **AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA POR OSTEOARTROSIS ASOCIADO CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE LA U.M.F 20**, lleven a cabo la aplicación de un cuestionario que identifica datos sociodemográficos, calidad de vida relacionada a la salud y funcionalidad familiar en 100 adultos con osteoartritis, que acuden a la UMF-20, a fin de agregar conocimiento científico en este grupo de población y en un futuro crear estrategias de mejora en su atención. Expresando que no existe conflicto de interés de parte de las investigadoras.

Sin más por el momento, se envía un cordial saludo

Atentamente

Dra. Mima Edith Jimenez Nufiez
Médico Familiar

Dra. Danae Pérez López
Médico Familiar

Vo.Bo.

Miguel Alfredo Zurita Muñoz
Director de la UMF 20



Calle del Valle s/n número 675, Col. Magdalena de las Salinas, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07700, Teléfono del Centro de Atención: 55-35-11-00, 13287



2022 Miguel Muñoz

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)	
NOMBRE DEL ESTUDIO:	AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA POR OSTEOARTROSIS ASOCIADO CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE LA U.M.F 20	
PATROCINADOR EXTERNO (SI APLICA):	NO APLICA	
LUGAR Y FECHA:	UMF20 VALLEJO CDMX 2022	
NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL:	R-2022-3404046	
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL ESTUDIO:	<p>ANTE EL AUMENTO DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN MEXICANA, AUMENTAN LAS ENFERMEDAD CRÓNICAS COMO DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN, SIN EMBARGO OTRA DE ELLAS Y NO MENOS IMPORTANTE ES LA OSTEOARTROSIS QUE CAUSA DOLOR CRÓNICO DE LA ARTICULACIÓN O ARTICULACIONES AFECTADAS, AFECTANDO LA CALIDAD DE VIDA DE QUIEN LA PADECE, CAUSANDO UN DETERIORO FÍSICO DEL PACIENTE ,EL CUAL LA MAYORÍA DE VECES PERTENECE A UN NÚCLEO FAMILIAR Y PUEDE VERSE AFECTADA EN SU DINÁMICA FAMILIAR. EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO ES DETERMINAR QUE TANTO AFECTA SU CALIDAD DE VIDA POR LA OSTEOARTROSIS, ASÍ COMO DETERMINAR QUÉ FACTORES CONTRIBUYEN A AUMENTAR PROGRESIÓN Y CÓMO PODEMOS INTERVENIR CON MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR SU PROGRESIÓN SUS POSIBLES REPERCUSIONES A NIVEL FUNCIONAL Y FAMILIAR</p>	
PROCEDIMIENTOS:	SE LE APLICARÁN DOS ESCALAS, Y UNA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS COMO SON: EDAD, SEXO , TIPO DE OSTEOARTRITIS, ESCOLARIDAD, ESTADO NUTRICIONAL Y OCUPACIÓN, ESTADO CIVIL .ASÍ COMO LAS ESCALAS DE COOP/WONCA PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA Y EL TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL CON UN TIEMPO ESTIMADO DE 20 MIN POR ESCALA.	
POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS:	DURANTE EL ESTUDIO PUEDE PRESENTAR SENSIBILIDAD, ALTERACIONES EMOCIONALES: ESTRÉS,ANGUSTIA ,ANSIEDAD INCOMODIDAD AL CONTESTAR ALGUNAS PREGUNTAS, EL TIEMPO QUE SE INVIERTE PARA RESPONDER LAS PREGUNTAS, QUE ES APROXIMADAMENTE DE 20 MIN. SIN EMBARGO, LAS POSIBLES MOLESTIAS SON PASAJERAS, SIN PONER EN RIESGO SU SALUD	
POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:	NO RECIBIRÁ PAGO ALGUNO POR SU PARTICIPACIÓN, EL PARTICIPAR EN EL LLENADO DE LAS ENCUESTAS SERVIRÁ PARA CONOCER CÓMO SE RELACIONA LA FAMILIA CON LA AFECTACIÓN DE LA OSTEOARTROSIS, Y EN ALGÚN MOMENTO PODER IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS QUE MEJOREN LA CALIDAD DE VIDA.	
INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:	LOS RESULTADOS SE DARÁN A CONOCER DE FORMA GLOBAL, SIN EXPONER SU IDENTIDAD, ASÍ COMO PACIENTES CON OSTEOARTRITIS QUE TENGAN ALTERACIÓN EN CALIDAD DE VIDA Y/O REPERCUSIONES EN SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR SE HARÁ SABER A SU MÉDICO FAMILIAR PARA VALORACIÓN Y MANEJO INTEGRAL.	
PARTICIPACIÓN O RETIRO:	LAS PARTICIPANTES PUEDEN RETIRARSE DEL ESTUDIO EN EL MOMENTO QUE ASÍ LO DESEEN, SIN CAUSAR REPERCUSIÓN ALGUNA EN SU ATENCIÓN.	
PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:	<p>TODOS LOS DATOS OBTENIDOS SE MANEJARÁN CON TOTAL PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD, LAS ENCUESTAS UTILIZADAS SE ALMACENARÁN EN UN LUGAR SEGURO Y NO PRESENTARÁN EL NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES,. LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA QUE PUDIERA SER UTILIZADA PARA IDENTIFICAR AL PACIENTE SERÁ GUARDADA DE MANERA CONFIDENCIAL, AL IGUAL QUE LA INFORMACIÓN RECABADA EN EL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS RESULTADOS DE LOS MISMOS PARA SALVAGUARDAR SU INFORMACIÓN Y GARANTIZAR SU PRIVACIDAD.</p> <p>EL EQUIPO DE INVESTIGADORES SERÁ EL ÚNICO QUE TENDRÁ ACCESO A LA INFORMACIÓN QUE SE RECABE DURANTE LA PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO. SOLO SE PROPORCIONARÁ INFORMACIÓN A EXTERNOS, SI FUESE NECESARIO PARA PROTEGER LOS DERECHOS, LA INTEGRIDAD, EL BIENESTAR DE LAS PACIENTES O SI LA LEY LO REQUIERE.</p> <p>NO SE DARÁ INFORMACIÓN QUE REVELE LA IDENTIDAD DE LAS PACIENTES. ESTA SERÁ PROTEGIDA Y RESGUARDADA. PARA PROTEGER LA IDENTIDAD SE ASIGNARÁ UN NÚMERO DE FOLIO EN LUGAR DEL NOMBRE EN NUESTRA BASE DE DATOS.</p> <p>APEGADO A LOS CÓDIGOS ÉTICOS DE INVESTIGACIÓN EN HUMANOS COMO LO MARCA LA LEY GENERAL DE SALUD</p>	

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:	
DESPUÉS DE HEBER LEÍDO Y HABIÉNDOSEME EXPLICADO TODAS MIS DUDAS ACERCA DE ESTE ESTUDIO:	
<input type="checkbox"/>	NO ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.
<input type="checkbox"/>	SI ACEPTO PARTICIPAR Y QUE SE TOMA LA MUESTRA SOLO PARA ESTE ESTUDIO.
EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRÁ DIRIGIRSE A:	
INVESTIGADORA O INVESTIGADOR PONSABLE:	DRA. MIRNA JIMÉNEZ NÚÑEZ ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, MATRICULA: 98351787 MÉDICA ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS CON DIRECCIÓN EN CALZADA VALLEJO 675, COLONIA MAGDALENA DE LAS SALINAS, CIUDAD DE MÉXICO. TELÉFONO: 55 53331100 EXT. 15307. CORREO ELECTRÓNICO: PRINCESS_GIRLMEQ@HOTMAIL.COM
COLABORADORES:	DRA. DANAE PÉREZ LÓPEZ ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, MATRÍCULA 98351807, MÉDICA ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS, CON DIRECCIÓN EN CALZADA VALLEJO 675, COLONIA MAGDALENA DE LAS SALINAS, CIUDAD DE MÉXICO. TELÉFONO: 55 53331100 EXT. 15307. CORREO ELECTRÓNICO: DANAEPEREZ@HOTMAIL.COM
	DRA. NORMA ÁNGELES NICOLÁS JOSÉ RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, MATRICULA 97351638 MÉDICA RESIDENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS, CON DIRECCIÓN EN CALZADA VALLEJO 675, COLONIA MAGDALENA DE LAS SALINAS, CIUDAD DE MÉXICO. TELÉFONO: 55 53331100 EXT. 15307. CORREO ELECTRÓNICO: ANGELESMED.UNAM@HOTMAIL.COM
EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES SOBRE SUS DERECHOS COMO PARTICIPANTE PODRÁ DIRIGIRSE A: COMITÉ LOCAL DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL 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: COMITÉ.ETICAINV@IMSS.GOB.MX	
<hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE	<hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN OBTIENE EL CONSENTIMIENTO
ESTE FORMATO CONSTITUYE UNA GUÍA QUE DEBERÁ COMPLETARSE DE ACUERDO CON LAS CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE CADA PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN, SIN OMITIR INFORMACIÓN RELEVANTE DEL ESTUDIO.	



3. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 20 VALLEJO
CIUDAD DE MÉXICO
CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AFECTACION EN LA CALIDAD DE VIDA POR OSTEOARTROSIS ASOCIADO CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES DE LA U.M.F NO.20 VALLEJO

-FOLIO : _____

-CONSULTORIO NUM: _____

INSTRUCCIONES : MARQUE CON UNA X O CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. EDAD: _____ AÑOS
2. SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO: _____
3. ¿DONDE PADECE DOLOR ARTICULAR :
 - A) MANOS _____
 - B) PIES _____
 - C) RODILLA _____
 - D) CADERA _____
 - E) COLUMNA _____
 - F) OTRO _____

4. ¿PADECE USTED ALGUNA OTRA ENFERMEDAD, COMO DIABETES , CANCER.... MENCIONE CUAL O CUALES?

5. ¿EN SU TRABAJO USTED ?
 - A) CARGA MAS DE 25 KG _____
 - B) CARGA MENOS DE 25 KG _____
 - C) MUEVE SUS MANOS O RODILLAS FRECUENTEMENTE _____
 - D) SE DEDICA A OTRA COSA _____
 - E) NO TRABAJA _____

6. ESTADO CIVL 7. PESO : _____ 8.TALLA _____
 - A) SOLTERO (A)
 - B) CASADO (A)
 - C) DIVORCIADO (A)
 - D) UNION LIBRE (A)
 - E) VIUDO (A)

4. INSTRUMENTOS

ESCALAS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL

MARQUE UNA X LO QUE CONSIDERE QUE SUCEDE MAS FRECUENTE EN SU FAMILIA.

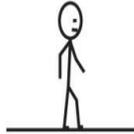
	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. SE TOMAN DECISIONES PARA COSAS IMPORTANTES DE LA FAMILIA					
2. EN MI CASA PREDOMINA LA ARMONÍA					
3. EN MI FAMILIA CADA UNO CUMPLE SUS RESPONSABILIDADES.					
4. LAS MANIFESTACIONES DE CARÍÑO FORMAN PARTE DE NUESTRA VIDA COTIDIANA					
5. NOS EXPRESAMOS SIN INSINUACIONES, DE FORMA CLARA Y DIRECTA					
6. PODEMOS ACEPTAR LOS DEFECTOS DE LOS DEMÁS Y SOBRELLEVARLOS.					
7. TOMAMOS EN CONSIDERACIÓN LAS EXPERIENCIAS DE OTRAS FAMILIAS ANTE SITUACIONES DIFERENTES.					
8. CUANDO ALGUIEN DE LA FAMILIA TIENE UN PROBLEMA LOS DEMÁS AYUDAN.					
9. SE DISTRIBUYEN LAS TAREAS DE FORMA QUE NADIE ESTÉ SOBRECARGADO					
10. LAS COSTUMBRES FAMILIARES PUEDEN MODIFICARSE ANTE DETERMINADAS SITUACIONES.					

11. PODEMOS CONVERSAR DIVERSOS TEMAS SIN TEMOR					
12. ANTE UNA SITUACIÓN FAMILIAR DIFÍCIL SOMOS CAPACES DE BUSCAR AYUDA EN OTRAS PERSONAS.					
13. LOS INTERESES Y NECESIDADES DE CADA CUAL SON RESPETADOS POR EL NÚCLEO FAMILIAR.					
14. NOS DEMOSTRAMOS EL CARIÑO QUE NOS TENEMOS.					

MARQUE CON UNA X COMO SE HA SENTIDO EN ESTAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS.

I. FORMA FÍSICA

DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS... ¿CUÁL HA SIDO LA MÁXIMA ACTIVIDAD FÍSICA QUE PUDO REALIZAR DURANTE, AL MENOS, 2 MINUTOS?

1. MUY INTENSA (POR EJEMPLO, CORRER DE PRISA)	
2. INTENSA (POR EJEMPLO, CORRER CON SUAVIDAD)	
3. MODERADA (POR EJEMPLO CAMINAR A PASO RÁPIDO)	
4. LIGERA (POR EJEMPLO, CAMINAR DESPACIO)	
5. MUY LIGERA (POR EJEMPLO, CAMINAR LENTAMENTE O NO PODER CAMINAR)	

II SENTIMIENTOS

DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS ¿EN QUÉ MEDIDA LE HAN MOLESTADO PROBLEMAS EMOCIONALES TALES COMO SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN, IRRITABILIDAD O TRISTEZA Y DESÁNIMO?

1. NADA, EN ABSOLUTO	
2. UN POCO	
3. MODERADAMENTE	
4. BASTANTE	
5. INTENSAMENTE	

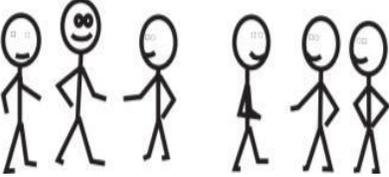
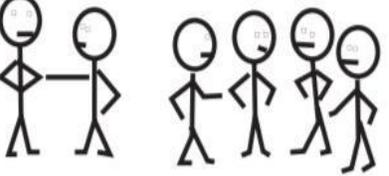
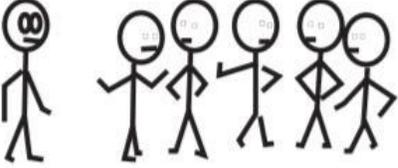
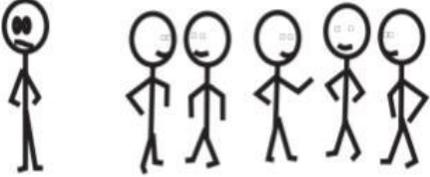
III ACTIVIDADES COTIDIANAS

DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS... ¿CUÁNTA DIFICULTAD HA TENIDO AL REALIZAR ACTIVIDADES O TAREAS HABITUALES, TANTO DENTRO COMO FUERA DE CASA, A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA O POR PROBLEMAS EMOCIONALES?

1. NINGUNA DIFICULTAD	
2. UN POCO DE DIFICULTAD	
3. DIFICULTAD MODERADA	
4. MUCHA DIFICULTAD	
5. TODA, NO HE PODIDO HACER NADA	

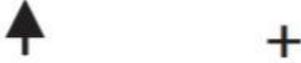
IV ACTIVIDADES SOCIALES

DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS... ¿SU SALUD FÍSICA Y ESTADO EMOCIONAL HAN LIMITADO SUS ACTIVIDADES SOCIALES CON FAMILIA, AMIGOS, VECINOS O GRUPOS?

1. NO, NADA, EN ABSOLUTO	
2. LIGERAMENTE	
3. MODERADAMENTE	
4. BASTANTE	
5. MUCHÍSIMO	

V CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

¿CÓMO CALIFICARÍA AHORA SU ESTADO DE SALUD, EN COMPARACIÓN CON EL DE HACE 2 SEMANAS?

1. MUCHO MEJOR	
2. UN POCO MEJOR	
3. IGUAL, POR EL ESTILO	
4. UN POCO PEOR	
5. MUCHO PEOR	

VI. ESTADO DE SALUD

DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS... ¿CÓMO CALIFICARÍA SU SALUD EN GENERAL?

1. EXCELENTE	
--------------	---

2. MUY BUENA	
3. BUENA	
4. REGULAR	
5. MALA	

VII. DOLOR

DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS... ¿CUÁNTO DOLOR HA EXPERIMENTADO?

1. NADA DE DOLOR	
2. DOLOR MUY LEVE	

3. DOLOR LIGERO	
4. DOLOR MODERADO	
5. DOLOR INTENSO	

VIII APOYO SOCIAL

SI, TODO EL MUNDO ESTÁ DISPUESTO AYUDARME _____

SI, BASTANTE GENTE _____

SI ALGUNAS PERSONAS _____

SI ALGUIEN HABLA _____

NADA EN ABSOLUTO _____

IX. CALIDAD DE VIDA

ESTUPENDAMENTE, NO PODÍA IRME MEJOR _____

BASTANTE BIEN _____

A VECES BIEN, A VECES MAL, BIEN Y MAL A PARTES IGUALES _____

BASTANTE MAL _____

MUY MAL,NO PODÍA HABERME IDO PEOR _____