

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

TEMA:

Eficacia del Cuestionario Womac para medir los resultados funcionales de los pacientes con artrosis, en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil #2, en el periodo de octubre del 2017 a febrero del 2018.

AUTORES:

**Pata Minota, Cristina Nathaly
Ponguillo Campos, Johnny Xavier**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de LICENCIATURA EN TERAPIA FÍSICA**

TUTORA:

Encalada Grijalva, Patricia Elena

**Guayaquil, Ecuador
6 de marzo del 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Pata Minota, Cristina Nathaly y Ponguillo Campos, Johnny Xavier**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en Terapia Física**.

TUTORA

f. _____

Encalada Grijalva, Patricia Elena

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 6 días del mes de marzo del año 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Pata Minota, Cristina Nathaly y Ponguillo
Campos Johnny Xavier**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Eficacia del Cuestionario Womac para medir los resultados funcionales de los pacientes con artrosis, en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil #2, en el periodo de octubre del 2017 a febrero del 2018.** Previo a la obtención del título de **Licenciados en Terapia Física**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 6 días del mes de marzo del año 2018

AUTORES:

f. _____

Pata Minota, Cristina Nathaly

f. _____

Ponguillo Campos, Johnny Xavier



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Pata Minota, Cristina Nathaly y Ponguillo
Campos Johnny Xavier**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Eficacia del Cuestionario Womac para medir los resultados funcionales de los pacientes con artrosis, en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil #2, en el periodo de octubre del 2017 a febrero del 2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 6 días del mes de marzo del año 2018

AUTORES:

f. _____

Pata Minota, Cristina Nathaly

f. _____

Ponguillo Campos, Johnny Xavier

REPORTE URKUND

Universidad Católica San... x Correo - stalinjurado@... x D35682130 - PATA - PO - x

Es seguro | https://secure.orkund.com/view/35291168-306015-557162#DcQxDoAgEATAv1BvzHHsHYsGAtD1FBIQ2h8u04x7HmqGsuRIIKfBAbzNMYyQZnPdYCHMfo.1+9raPdoQqj5CuthalmHlyycD

URKUND

Documento **FATA - PONGULLO TESIS.docx** (D35682130)
Presentado 2018-02-23 19:24 (-05:00)
Presentado por doctorpata_72@hotmail.com
Recibido patricia.encajada.uccg@analysis.orkund.com
Mensaje TESIS_Mostrar_el_mensaje_completo

5% de estas 21 páginas, se componen de texto presente en 8 fuentes.

Lista de fuentes	Bloques
Enlace/nombre de archivo	Enlace/nombre de archivo
http://2011.eimedicointeractivo.com/Documentos/doc/artrosis.pdf	http://2011.eimedicointeractivo.com/Documentos/doc/artrosis.pdf
TESIS TERMINADA_kristy.docx	TESIS TERMINADA_kristy.docx
http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirurgia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-ca...	http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirurgia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-ca...
http://www.symisc.es/wp-content/uploads/2017/02/canilagg_dissase_num1-2016.pdf	http://www.symisc.es/wp-content/uploads/2017/02/canilagg_dissase_num1-2016.pdf
http://ac.els-cdn.com/S0212656709020291/s2-0-5021265670902029-main.pdf?_tid=cbcbdb8c-179...	http://ac.els-cdn.com/S0212656709020291/s2-0-5021265670902029-main.pdf?_tid=cbcbdb8c-179...
http://www.trumatologiainfantil.com/es/Carera/enfermedad-de-parthes	http://www.trumatologiainfantil.com/es/Carera/enfermedad-de-parthes
http://ac.els-cdn.com/S07168640147010261/s2-0-50716864014701026-main.pdf?_tid=91c67214-178...	http://ac.els-cdn.com/S07168640147010261/s2-0-50716864014701026-main.pdf?_tid=91c67214-178...

37% Elizabeth Villacres

REVISOR (

DIRECTORA DE LA CARRERA

Cell Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los (día) del mes de (mes) del año (año)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, Pata Minota, Cristina Nathaly y Pongullo Campos Johnny Xavier

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, Eficacia de la escala de Womac para medir los resultados funcionales adaptado a los pacientes con artrosis, en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil #2, en el periodo de octubre a febrero del 2018, previo

a la obtención del título de Licenciados en Terapia Física, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los (día) del mes de (mes) del año (

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por brindarme su sabiduría e inteligencia para poder superar cada dificultad en el camino de mi formación.

A mi familia y a mi Esposo, quienes han estado en cada paso de mi carrera, brindándome todo su apoyo de forma incondicional.

A mis grandes compañeros de clases con quienes me forme profesionalmente y forme una familia llena de conocimiento y virtudes.

A los docentes que compartieron sus conocimientos y experiencias profesionales para ampliar nuestra formación.

Pata Minota, Cristina Nathaly

AGRADECIMIENTO

Le agradezco en primer lugar a Dios por guiarme y cuidarme en cada instante de mi vida, a mis padres Johnny, Lourdes, Normita, a mis abuelos, mis tíos que hicieron posible que me convirtiera en un excelente profesional con cada uno de sus valores, sus consejos ya que siempre estaban pendientes de mí y me guían en un buen camino.

A una persona que considero y quiero mucho que estuvo durante 5 años dándome incondicionalmente su apoyo para que siga adelante en mis estudios.

A mis amigos que siempre estuvieron en las buenas y en las malas apoyándome para que siga adelante.

A la licenciada Patricia Encalada por ayudarnos paso a paso en este proceso de la tesis.

Ponguillo Campos, Johnny Xavier

DEDICATORIA

Este trabajo de esfuerzo va dedicado a mis padres, quienes fueron los que me encaminaron a esta profesión y son los que me alienta a seguir adelante en compañía de mi hija y mi esposo. También, a todas esas personas que siempre creyeron en mí y me siguen acompañando con el pasar de los tiempos.

Pata Minota, Cristina Nathaly

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, tíos, abuelos ya que siempre fueron el pilar fundamental para que sea alguien en el futuro.

A Gianella y Normita que estuvo siempre a mi lado apoyándome y dándome consejos para poder cumplir mis objetivos.

Ponguillo Campos, Johnny Xavier



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LAYLA YENEBI DE LA TORRE ORTEGA
DECANO O DELEGADO

f. _____

ISABEL GRIJALVA GRIJALVA
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

STALIN JURADO AURIA
OPONENTE

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG.
INTRODUCCIÓN.....	2
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
2.OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo General.....	6
2.2 Objetivo específicos.....	6
3.JUSTIFICACIÓN.....	7
4.MARCO TEÓRICO.....	9
4.1 MARCO REFERENCIAL.....	9
4.2 MARCO TEÓRICO.....	11
4.3 MARCO LEGAL.....	22
5.FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	27
6.IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	28
6.1 Operacionalización de las Variables.....	28
7.METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
7.1. Justificación de la Elección del Diseño.....	30
7.2. Población y Muestra.....	30
7.3. Criterios de Inclusión.....	31
7.4. Criterios de Exclusión.....	31
7.5. Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos.....	31
7.5.1. Técnicas.....	31

7.5.2. Instrumentos.....	31
8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	32
9. CONCLUSIONES.....	36
10. RECOMENDACIONES.....	37
11. PRESENTACIÓN DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	38
REFERENCIAS.....	43
ANEXOS.....	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CONTENIDO	PÁG.
Gráfico 1: Distribución porcentual de pacientes por sexo.....	31
Gráfico 2: Distribución porcentual de pacientes por rango de edad	32
Gráfico 3: Distribución porcentual de pacientes por ocupación laboral	33
Gráfico 4: Distribución porcentual de pacientes por patología.....	34
Gráfico 5: Distribución porcentual del cuestionario de Womac del Dolor.....	35
Gráfico 6: Distribución porcentual del cuestionario de Womac de la Rigidez.....	36
Gráfico 7: Distribución porcentual del cuestionario de Womac de la Capacidad Funcional.	37

RESUMEN

La artrosis es un trastorno degenerativo de las articulaciones, por lo tanto, no se produce por proceso traumático, infeccioso, inflamatorio. Una artrosis grave se crea cuando el cartílago se deshace completamente, produciendo la fricción entre los dos huesos y ocasionando desgaste de los mismos. La artrosis no presenta una cura definitiva. Sin embargo, las estrategias de tratamiento se encaminan a la reducción del dolor y al mejoramiento de la función de la articulación afectada. En sí, son causadas por procesos fisiopatológicos, afectan más a las mujeres que los hombres. El objetivo del proyecto es determinar la eficacia del Cuestionario Womac, para medir los resultados funcionales a los pacientes con artrosis, en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil N°2. El trabajo de investigación emplea un enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo y diseño no experimental, la muestra es de 20 pacientes de 40 a 70 años con artrosis, a los que se les aplicó el Cuestionario Womac para medir el dolor, rigidez y la capacidad funcional. Los resultados apenas determinaron que el 55% de los pacientes presenta mucho dolor, el 45% de los pacientes presenta rigidez entre mucha o muchísimo, y el 50% presenta mucha capacidad funcional. De acuerdo con nuestras conclusiones pudimos percatar que la prevalencia más alta entre los 20 pacientes estudiados mediante este método que poseen artrosis, son de sexo femenino con el 90% y de acuerdo por su ocupación laboral fueron las amas de casa con el 70%.

PALABRAS CLAVES: ARTROSIS, CUESTIONARIO WOMAC, DOLOR, RIGIDEZ, CAPACIDAD FUNCIONAL

ABSTRACT

Arthrosis is the degenerative disorder of the joints, therefore, it isn't produced by traumatic, infectious, inflammatory process. Severe osteoarthritis is created when the cartilage completely disintegrates, causing friction between the two bones and causing wear of the bones. Arthrosis doesn't present a definitive cure. However, treatment strategies are aimed at reducing pain and improving the function of the affected joint. In themselves, they are caused in physio pathological processes, they affect women more than men. The objective of the project is to determine the efficacy of the WOMAC questionnaire, in order to measure the functional results to patients with arthrosis, in the Specialized Integral rehabilitation center Guayaquil #2. The research work uses a quantitative approach with a descriptive scope and non-experimental design, the sample is 20 patients from 40 to 70 years with arthrosis, which were applied the questionnaire Womac to measure pain, stiffness and functional capacity. The results scarcely determined that 55 % of the patients presents very much pain, 45 % of the patients presents inflexibility between greatly or very much, and 50 % presents many functional capacities. In agreement with our conclusions we could notice that the highest prevalence between 20 patients studied by means of this method who possess degenerative osteoarthritis, they are of feminine sex with 90 % and in agreement for his labor occupation they were the housewives with 70 %.

KEY WORDS: ARTHROSIS, WOMAC QUESTIONNAIRE, PAIN, RIGIDITY, FUNCTIONAL CAPACIT

INTRODUCCIÓN

El tercer problema más importante de salud está representado por las enfermedades reumáticas, la más frecuente es la artrosis, ya que afecta al 80% de los individuos mayores de 65 años de edad (Bernad, 2011). Por consiguiente “Afecta al 9,6% de los hombres y al 18% de las mujeres mayores de 60 años” (p.12). Se asume que para el año 2020, la posibilidad de vida y la degeneración en este grupo poblacional harán de la artrosis la cuarta causa de discapacidad.

La artrosis es una enfermedad degenerativa del disco articular, membrana sinovial y cartílago articular, que provoca adelgazamiento e incapacidad funcional en la articulación y estructuras periféricas que la recubren y protegen, dando como resultado el deterioro del órgano lesionado y el empeoramiento de la enfermedad, de manera silenciosa (Paredes,2013, p.1767).

El tratamiento convencional en Terapia Física ayuda a mantener la amplitud articular, el ejercicio regular puede reducir las limitaciones físicas; por consiguiente, contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente con artrosis, disminuyendo el riesgo para varias enfermedades degenerativas y potencialmente mortales. Caminar es uno de los ejercicios más seguros sin costes para realizar actividad física, ya que no necesita equipamiento especial (Vargas, 2014, p.43).

El marco teórico del presente trabajo de titulación incluye, la definición, factores de riesgo y diagnóstico de la artrosis, cuestionario Womac. En si, se demostrara la eficacia del cuestionario Womac para medir funcionalidad de los pacientes con artrosis que acuden al Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil N°2.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La artrosis es una enfermedad degenerativa crónica multifactorial que engloba una serie de signos y síntomas caracterizados por dolor articular mecánico, rigidez y crepitación, desde un punto de vista radiográfico, por osteofitos y estrechamiento del espacio articular, y desde un punto de vista histopatológico por lesiones degenerativas que afectan tanto al cartílago, como a la sinovial articular y al hueso subcondral (Goldman & Schafer, 2013, p.1676).

Es uno de los trastornos más comunes en la población, representa la causa más habitual de dolor y la primera razón de cirugía de reemplazo articular. Por consiguiente, en el 2015, Baleato redacta que la Organización Mundial de la Salud asevera que, hoy en día afecta al 9,6% de los hombres y al 18% de las mujeres mayores de 60 años, y para el 2020 se convertirá en la cuarta causa de discapacidad (p1). Baleato, (2015) afirma que: “la artrosis, en argentina afecta entre el 25% y un 75% de la población adulta” (p.2).

En el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil N°2, (CRIEG) está dedicado a brindar servicios de salud a la comunidad en general relacionada con la prevención, diagnóstico, tratamiento de múltiples patologías tales como artrosis, poli-artrosis, gonartrosis. Tiene como finalidad garantizar y brindar la atención oportuna en el manejo Integral en Rehabilitación, con el fin de recuperar al máximo la funcionalidad y autonomía que logre mejorar la calidad de vida y desarrolla el máximo potencial de las personas con discapacidad. Dentro de los protocolos de rehabilitación enfocado y dirigido a los pacientes con artrosis en la consulta de terapia física, utilizan tratamiento convencional, que tardan la recuperación funcional. Es por ello por lo que se va implementar un cuestionario Womac para valorar la capacidad funcional, rigidez y dolor de los pacientes y así poder ver el problema que presenta la población.

Mediante el presente trabajo de titulación se espera determinar la eficacia del cuestionario de Womac, para medir la funcionalidad adaptada a los pacientes con Artrosis. Mediante las evaluaciones del Cuestionario WOMAC.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la eficacia de la aplicación del Cuestionario de Womac, para medir los resultados funcionales adaptado a los pacientes con artrosis de 40 a 70 años de edad que asisten al Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil N°2, desde octubre 2017 a febrero 2018?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar la eficacia del Cuestionario Womac, para medir los resultados funcionales adaptado a los pacientes con artrosis, en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil N°2.

2.2 Objetivo Específicos

- Evaluar el dolor, rigidez y capacidad funcional de los pacientes con artrosis aplicando el cuestionario Womac.
- Analizar los resultados de las evaluaciones de los pacientes considerados como muestra del estudio.
- Caracterizar el estado funcional de los pacientes con Artrosis.
- Proponer una guía de ejercicios para mejorar el estado funcional de los pacientes sujeto al estudio.

3. JUSTIFICACIÓN

La Artrosis: “Es la enfermedad más frecuente que afecta al aparato locomotor; se encuentran signos radiológicos hasta en el 70% de las personas mayores de 50 años” (Ballester, Sánchez & Portilla, 2016, p.5). En Guayaquil no hay un número exacto de personas con artrosis; en el Centro De Rehabilitación Integral Especializado N°2 se registra un aproximado de 70 casos en los meses de noviembre a diciembre del 2017, revelando que esta patología va aumentando su prevalencia en la población.

Por lo tanto, este proyecto es de análisis, va enfocado a los pacientes con Artrosis, que se dirigen diariamente a realizar actividad física en el Centro De Rehabilitación Integral Especializado N°2 (CRIE). En sí, se pretende trabajar, en conjunto a medida que los pacientes realicen sus jornadas de ejercicio dirigidas por el profesional del centro y nosotros valorando con el cuestionario de Womac para determinar la intensidad de dolor; la presencia de rigidez y el nivel funcional, tanto en el miembro superior como inferior. El cuestionario Womac se puede utilizar a corto, mediano y largo plazo, permitiendo evaluar con mayor seguridad la actividad que realiza el paciente.

Las actividades físicas que los pacientes realizaban como saltar, marchar aceleran la destrucción del cartílago hialino. En este trabajo utilizamos el cuestionario Womac con el propósito de determinar el grado de afectación que presentan los pacientes y realizar recomendaciones destinadas a mejorar la calidad de vida y la realización de sus actividades cotidianas.

Nuestro trabajo contribuye como un método de evaluación que puede adjuntarse a la historia clínica de cada paciente con la finalidad de que al concluir su secuencia de ejercicios establecidas por la institución se pueda demostrar la eficacia del tratamiento que ellos realizan en evaluaciones posteriores a largo plazo; beneficiando a todos los pacientes que presentan artrosis en Centro de Rehabilitación Integral especializado N°2, y a su vez proponer estrategias para el tratamiento de la artrosis .sigue siendo

fundamental considerar que con este estudio se podrá determinar funcionalidad global de las articulación.

El estudio es pertinente tomando en cuenta que 15 pacientes que presentaban artrosis de rodilla realizaban actividades como caminar y correr lo que acelera la destrucción articular; y a su vez tenían obesidad y una mala función muscular lo que determina una complicación de la artrosis incrementando el dolor.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO REFERENCIAL

En este artículo científico realizado por la Revista de Atención Primaria de España, Titulado **“Propiedades métricas del cuestionario WOMAC y de una versión reducida para medir la sintomatología y la discapacidad física”**. En el cual, determinan las propiedades métricas del test de Womac en forma moderna administrado telefónicamente. Por lo que hicieron un estudio de diseño descriptivo transversal realizado en el Hospital La Merced (Osuna, Sevilla), mediante encuestas telefónicas se recogieron la información de test. Este estudio tuvo un gran grupo de personas mayores de 70 años en lo cual eran personas con osteoartritis de cadera y rodilla predominando las mujeres. En conclusión, el cuestionario de Womac presenta todas las propiedades métricas para ser usado vía telefónica (López et al., 2009, pp.613-320).

En el trabajo de investigación publicado por la Revista Elsevier España Titulado **“Validación de una escala reducida de capacidad funcional del cuestionario WOMAC”**. Tuvo como objetivo evaluar la validez, fiabilidad y sensibilidad en versión española. Por lo tanto, fue un estudio prospectivo con una población de 459 pacientes de espera de prótesis de rodilla o cadera. Por lo que se realizó el proceso de análisis, mediante el gráfico de Bland-Altman. En si, como resultado se dio que, en la versión completa y reducida estuvo entre 0,96 y 0,98% por lo que presenta diferente estadística entre los dos grupos; por lo que ambas escalas no dependen de la gravedad. Como conclusión la versión española de la escala de Womac es válida, fiable y sensible al cambio en los pacientes con reemplazo articular. Por consiguiente, su uso ayudara a disminuir la carga de pacientes, tanto en la práctica como el estudio clínico (Escobar et al., 2011, pp.513-518).

En el trabajo de investigación publicado por la Revista Cubana de Reumatología, Titulado **“Evaluación de la calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla y tratamiento rehabilitador”**. Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, experimental de 50 pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de rodilla que cumplían los criterios de ACR , con la finalidad de incorporarse a un programa integrador de rehabilitación, el cual incluyó calor infrarrojo, masajes y ejercicios. Se evaluó la Calidad de vida relacionada con la respuesta al tratamiento mediante la utilización de una adaptación del cuestionario Western Ontario and Mc Master Universities (WOMAC) para evaluar el dolor, la rigidez y la capacidad funcional de los pacientes estudiados antes y después del tratamiento. En la muestra de su estudio predominó los pacientes entre 60 y 70 años, sexo femenino, el tiempo de evolución más frecuente fue menos de 5 años, en la evaluación inicial el dolor, la rigidez y la capacidad funcional muestran en promedio afectaciones significativas y de una intensidad similar. El éxito del esquema terapéutico excede el 50% de mejoría para el dolor, la rigidez y la capacidad funcional (WOMAC) luego de la aplicación del tratamiento (Hernández et al., 2011, pp.1-13).

4.2 MARCO TEÓRICO

4.2.1. Artrosis

La artrosis, denominada también enfermedad degenerativa, es la lesión articular causada por el desgaste mecánico de las articulaciones móviles o diartrodiales como consecuencia del movimiento corporal constante que produce fricción continua entre dos superficies articulares a lo que se añade el soporte a sobrecargas excesivas o anormales que lesionan el cartílago hialino, disco articular, membrana sinovial y en casos más severos al hueso subcondral.

Esta enfermedad de carácter crónico es básicamente una repercusión socio laboral de los trabajos físicos realizados por el hombre, sometiendo así a las articulaciones a cargas excesivas de peso que no soporta el cuerpo. Aunque aún, no existen factores evidentes que determinen la causa exacta de la artrosis, se la ha clasificado como una enfermedad multifactorial predominante de personas adultas, cuya edad está comprendida en individuos mayores de 55 años, en los cuales los síntomas clínicos serán referidos con el transcurso del tiempo y evolución de la enfermedad, para ser estudiados y/o analizados a través de radiografías y hallazgos clínicos característicos de la misma (Paredes, 2013, p. 1767).

4.2.2. Criterios Diagnósticos de la Osteoartrosis

Los criterios diagnósticos son:

- Dolor.
- Rigidez matutina por 30 minutos (menor a una hora).
- Limitación funcional.
- Edad (> 50 años).
- Criterios de laboratorio (con base en el análisis del líquido sinovial).
- Criterios de imagenología (Paredes, 2013, p.1769).

4.2.3. Epidemiología

La artrosis es la artropatía más frecuente en la población, hasta el punto de que más del 70 % de los mayores de 50 años tienen signos radiológicos de artrosis en alguna localización, es la causa más común de incapacidad en personas de edad avanzada, se las reconoce como un problema serio de salud pública. (Duero, 2014, p.7).

4.2.4. Etiopatogenia

La artrosis es una afección multifactorial, si bien las alteraciones patológicas tienen características comunes, cualquiera que sea la situación de un sujeto concreto: degradación del cartílago articular que se inicia en la superficie articular y avanza hasta la pérdida completa del mismo; esclerosis subcondral, formación de osteofitos periféricos y cierto grado de inflamación sinovial, alteración de ligamentos y meniscos (rodilla) e hipertrofia capsular. En algunos individuos, bajo el hueso subcondral pueden existir lesiones de la médula ósea y, en personas mayores, calcificación de cartílago y meniscos. La alteración de los tejidos blandos es responsable del dolor en la artrosis (Sánchez, 2013, p.186).

4.2.5. Etiología

La etiología exacta de la OA está lejos de ser totalmente entendida, a pesar de ser la patología reumatológica más común y, probablemente también la patología médica de cuya presencia hay constancia desde hace más años. Sí, sabemos que los cambios estructurales que observamos en la OA son debidos a la combinación de diversos factores que van desde factores mecánicos a bioquímicos. Entre los distintos factores que se han identificado últimamente, cabe destacar los factores mecánicos, por ser realmente importantes en el inicio y la evolución de la enfermedad⁴ y los factores endógenos, como la mutación del colágeno tipo II (López, Carames, Cillero & García, 2014, p. 380).

4.2.6. Clasificación etiológica de la artrosis

Se la clasifica en primaria y Secundarias. Tenemos que las primarias se subdividen en localizada y generalizada.

4.2.6.1. Primaria: Localizada

Manos

La artrosis pura de la mano es una enfermedad de etiología compleja, existen factores de riesgo genéticos y también biomecánicos de uso. Es más frecuente en mujeres y mayores de 50 años. Por otro lado, también la observamos en el contexto de enfermedades sistemas como la artritis reumatoidea, psoriasis o lupus eritematoso sistémico. Se debe iniciar el tratamiento con una muy detallada explicación de la patología, estado de avance, posible bilateralidad, expectativas y grado de compromiso de la función de mano actual. Se pregunta por la intensidad del dolor y en qué momento en forma especula ocurre por lo cual es necesario conocer las actividades profesionales o recreativas de los pacientes (Hinzpeter, 2014, p.739).

Rodilla

Es una enfermedad incapacitante y degenerativa cuyas principales manifestaciones clínicas son dolor articular, edema, rigidez articular, pérdida de la movilidad, cursando con diferentes grados de limitación funcional y reducción de la calidad de vida. En los pacientes con gonartrosis el dolor es de instalación insidiosa y es progresivo; puede ser severo en algunos casos. Es un dolor que se define como de tipo mecánico, es decir relacionado con la actividad: aumenta con la bipedestación prolongada, al levantarse de un asiento y al iniciar la marcha, con la marcha en terreno irregular y en los casos más severos en terreno plano, al subir y bajar escaleras, con actividades como arrodillarse o acurrucarse. El dolor disminuye con el reposo; cuando se asocia a un componente inflamatorio se puede presentar en la noche y acompañarse de sinovitis (Chalem et al., 2017, p.163).

Cadera

La causa de la artrosis de cadera es multifactorial. Una serie de factores de riesgo producen inestabilidad, desviación, aumento de la carga articular, microtraumatismos y daño estructural. La articulación responde con inflamación subcondral y sinovial e hipertrofia ósea. Ésta se manifiesta en las radiografías como estrechamiento del espacio articular, esclerosis y quistes o formación de osteofitos. La artrosis de cadera se asocia con otras enfermedades, pero a menudo no hay una relación causal demostrada (Aresti, 2017, p.1).

Pie

La primera articulación Meta Tarso Falángica es la primera articulación del pie que se afecta en la artrosis, con tumefacción ósea y deformidad asociadas (juanete). Es mucho más frecuentes en las mujeres que en los hombres, estos cambios se han atribuido a sobrecargas anormales impuestas a la articulación del calzado (Goldman & Schafer, 2014, pp.1678).

Columna

La artrosis de la columna se enlaza estrictamente con cambios en las articulaciones recubiertas de sinovial que ocasionan un dolor localizado, así como una irritación de las raíces nerviosas adyacentes con dolor referido en forma de radiculopatía. Pueden producirse la compresión radicular por la subluxación de la articulación epifisiaria, el prolapso de un disco intervertebral o la formación de osteofitos, y el paciente puede mostrar debilidad muscular, hiperreflexia y parestesia (Goldman & Schafer, 2013, p.1679).

4.2.6.2 Artrosis Generalizada

El patrón de afectación de tres o más articulaciones o grupos articulares con la artrosis ha recibido el nombre de artrosis primaria generalizada; se ve con más frecuencia en las mujeres mayores, Suelen afectarse las

articulaciones interfalángicas distal (IFD) de la mano, las rodillas y la columna (Goldman & Schafer, 2013, p.1678).

4.2.7. Artrosis Secundaria

Según Goldman & Schafer en el (2013) definieron que la artrosis secundaria se clasifica en (p.1678).

- Postraumática

Entre estas enfermedades tenemos: “La artrosis de muñeca es una patología que se origina generalmente tras una lesión ligamentosa intraósea del carpo, debido a una no unión de fractura de escafoides o después de fractura articular del radio” (Andrade, 2014, p.750).

-Luxación de la cadera de Legg-Calvé-Perthes

En el año (2010) Fontecha nos afirma que: “La enfermedad de Legg Calve-perthes afecta la cadera del niño y en ella se produce la destrucción de parte del hueso de la cabeza del fémur. El organismo puede regenerar completamente este hueso y provocar una deformidad permanente” (p.1).

4.2.8. Diagnóstico

Los exámenes de laboratorio en la artrosis no suelen ser necesarios, un análisis de sangre o de orina no resultan alterados en esta enfermedad, siendo estos estudios utilizados solo para dar apoyo al diagnóstico de base.

Las radiografías van a permitir confirmar el diagnóstico de artrosis, observando la evolución de la enfermedad, mediante el adelgazamiento del cartílago articular, que en etapas iniciales será leve, pero puede ser severa si el adelgazamiento entre las superficies articulares llega al hueso subcondral (Paredes, 2013, p. 1770).

4.2.9. Causas de la artrosis

Algunas causas y procesos fisiopatológicos colaboran a la progresión de la enfermedad articular degenerativa, también, así como el control farmacológico. La cual son sexo, edad, obesidad, genética, traumatismos, sobreutilización y cada cual aporta al progreso de lesión en algunos compartimentos de la articulación (Sánchez, 2013, p. 182).

4.2.10. Tratamiento de la artrosis

Las personas con artrosis van a encontrar aliviar el dolor y aumentar su condición física. Por el momento se desconoce un tratamiento para la artrosis en las personas con artrosis que intervenga en el proceso de inhibición de la degradación del cartílago, el tratamiento se basa en el alivio sintomático. El American College of Rheumatology y la American Academy of Orthopedic Surgeons han generado guías basadas en pruebas un correcto tratamiento escalonado y progresivo de los pacientes con artrosis de rodilla y cadera que incorporan este enfoque (Goldman & Schafer, 2013, p.1679).

4.2.11. Tratamiento Físico

El tratamiento en una artrosis primaria debe tener un enfoque multidisciplinar en el que está incluida la fisioterapia y el ejercicio físico con los cuales se logra disminuir el uso de fármacos innecesarios, juntamente con la enseñanza que se brinda al paciente para proteger las articulaciones lesionadas a través de la información, como medida preventiva para evitar la atrofia muscular, que suele causar impotencia funcional de la estructura lesionada. En caso de que exista dolor, la aplicación de frío o calor será un tratamiento efectivo contra esta molestia, el frío generalmente alivia el dolor articular en algunos pacientes y el calor puede ser bueno para combatir la rigidez articular de una artrosis (Paredes, 2013, p.1770).

4.2.12. Tratamiento Médico

La mejoría del dolor articular en pacientes con artrosis puede obtenerse con analgésicos sencillos como el paracetamol. En particular, los pacientes ancianos con un incremento de la reserva renal y una mayor incidencia de hemorragia digestiva, el paracetamol y otros analgésicos sencillos son los fármacos de primera elección. Si hay inflamación o los síntomas no están bien controlados con analgésicos sencillos, los AINE suelen ser más eficaces (Goldman & Schafer, 2013, p.1679).

4.2.13. Tratamiento Quirúrgico

La artroplastia es el avance más conveniente en el tratamiento de la artrosis en los últimos 50 años. Los pacientes que el tratamiento médico óptimo han fracasado, aún sigue sintiendo dolor, que impide con el sueño o la actividad o que tienen limitaciones significativas en la función articular son postulante para una operación. Los pacientes con un mal alineamiento de sus extremidades y una artrosis temprana de cadera o de rodilla les pueden ser favorable a la osteotomía. Algunos pacientes tienen una enfermedad más avanzada y precisa de una artroplastia total; los pacientes con artroplastia total muestran buena fuerza muscular y deben tener más de 60 años. La artroplastia por abrasión se ha usado considerablemente en los pacientes con artrosis de rodilla, sin embargo, no existe datos que revelen su eficacia, y en la actualidad no puede recomendarse (Goldman & Schafer, 2013, p.1679).

4.2.14. Cuestionario de WOMAC

Este informe fue creado por: “Las universidades de Western Ontario y McMaster diseñaron el cuestionario WOMAC en 1988 para medir la sintomatología y la discapacidad física (SyDF) percibida por la población con osteoartrosis de cadera o de rodilla mediante una entrevista personal”. (López, 2009, p.614).

Por consiguiente, López, Martínez, Romero & González (2009) nos afirma que:” Este instrumento se ha utilizado ampliamente en estudios que evaluación la efectividad de la artroplastia total de cadera o la artroplastia total de rodilla” (p.616).

El cuestionario de Womac, nos proporciona distinguir la respuesta terapéutica en cada articulación cadera y rodilla de los miembros inferiores en un solo procedimiento. Se ha evidenciado ser más emotivo que el índice de Lequesne en pacientes con artrosis de las extremidades inferiores. Sin embargo, se realizan versiones computarizadas del Womac VA la cual emplea una opción a la versión en papel. Por consiguiente, cabe recalcar las entrevistas telefónicas por medio del Índice Womac LK; están apropiadamente certificadas. Se han realizados información de validación al español y de la escala de función Womac breve LK Escala de función versión breve del Womac (WOMAC-Ab): Se basa en 8 preguntas que valoran el nivel de dificultad (Maccagno, 2010, p.29):

- Al bajar escaleras
- Al subir escaleras
- Al levantarse después de estar sentado
- Al caminar sobre una superficie plana
- Al entrar o salir de un auto
- Al ir de compras
- Al ponerse las medias
- Al sentarse o levantarse del inodoro

El Womac-Ab es comparable al Womac total y a la subescala de función (17 preguntas). Demuestra validez, buena consistencia interna, reproducibilidad, sensibilidad al cambio y un tiempo de ejecución promedio de 1 minuto (p.29).

Índice algo-funcional de Lequesne

- Consiste en 10 preguntas.
- Es auto administrado.
- Evalúa dolor, rigidez y función.
- Se completa en 3-4 minutos.
- Es válido, reproducible y sensible al cambio.
- Adecuado para la evaluación de OA de caderas y/o rodillas.

Tiene menor sensibilidad al cambio que el WOMAC (Maccagno, 2010, p.29).

4.2.15. Descripción del origen del Cuestionario de Womac

Cuestionario elaborado originalmente en Canadá, consta de 24 ítems, que evalúan 3 dimensiones:

- Dolor (5 ítems) (0-20)
- Rigidez (2 ítems) (0-8)
- Capacidad funcional (17 ítems) (0-8)

Cada ítem contiene 5 niveles:

- Ninguno = 0
- Poco = 1
- Bastante = 2
- Mucho = 3
- Muchísimo = 4

Si el paciente no responde 2 preguntas se considera cuestionario no valido y si no contesta 1 pregunta se interviene con el restante. (Escobar et al., 2011, p.75).

4.2.11. Existen 2 versiones para su utilización

Escobar et al., en el año 2011 nos explica que persisten 2 versiones (p. 514).

Versión 1: se utiliza una escala analógica visual de 100 mm. Cada ítem puntúa de 0 a 100, y se obtiene midiendo la distancia, en milímetros, del extremo izquierdo de la escala hasta el extremo que ha sido marcado por el paciente.

Versión 2: es una escala de 5 grados de respuesta tipo Likert, que representa distinta intensidad: ninguno, poco, bastante, mucho, y muchísimo. Cada una de estas respuestas tiene una puntuación que oscila de 0 (ninguno) a 4 (muchísimo). La versión en español sigue este modelo de puntuación.

Puntuación: cada una de las dimensiones se valora independientemente mediante la suma de los ítems que la componen, sin sumar las distintas puntuaciones en un valor único total. Se recomienda no agregar las 3 dimensiones en una puntuación global. Sin embargo, en caso de que sea necesario, ésta también puede obtenerse. Los autores de la versión original sugieren un método de ponderación (Escobar et al., 2011, p.514).

Apartados del Cuestionario de Womac

Apartado A donde abarca lo que es el dolor, establece 5 preguntas en las que se dirige de forma directa y determina la función de la vida cotidiana. Por lo tanto, el Apartado B, establece 2 preguntas donde estudio lo que es la rigidez por lo que es dificultoso movilizar con tranquilidad la articulación. En sí, el Apartado C, es el más amplio de los 3 por lo que consta de 17 preguntas y tiene como propósito revelar la capacidad funcional del paciente (Escobar et al., 2011, p.515).

Dolor

Es el síntoma más común y se encuentra en la articulación afectada. Principalmente el dolor se desencadena con el uso de la articulación,

recuperándose con el reposo (Rodríguez, Palomo, Bartolomé, Hornillos, 2004, p.690).

Rigidez

Es uno de los síntomas particular de la artrosis; aparece luego de un período de reposo y existe también rigidez matutina. La rigidez como duración siempre es corta en el tiempo, y tiene como diferencia alteraciones inflamatorias (Rodríguez, Palomo, Bartolomé, Hornillos, 2004, p.690).

Capacidad Funcional

Se definen como las características individuales de la persona, determinantes en la condición física, se fundamentan en las acciones mecánicas y en los procesos energéticos y metabólicos de rendimiento de la musculatura voluntaria, no implican situaciones de elaboración sensorial complejas (Bajines et al., 2015, pp. 9 – 15).

4.3 MARCO LEGAL

Plan Nacional para del Buen Vivir

Plan Nacional para el Buen Vivir (2013-2017), El Buen Vivir se planifica, no se improvisa. El Buen Vivir es la forma de vida que permite la felicidad y la permanencia de la diversidad cultural y ambiental; es armonía, igualdad, equidad y solidaridad. No es buscar la opulencia ni el crecimiento económico infinito.

La planificación del Buen Vivir, como su línea rectora, es contraria a la improvisación, que genera enormes costos a una sociedad con escasez de recursos. Si sabemos a dónde vamos, llegaremos más rápido, porque sabremos cómo sortear los obstáculos que se presenten. En el Ecuador hemos rescatado la planificación para no duplicar esfuerzos y evitar el desperdicio de recursos, que tanto nos retrasó en la época del neoliberalismo. En ese entonces, la planificación fue menospreciada y reducida a su mínima expresión. No lo hicieron solo por ideología, sino por intereses económicos, como en el caso de la privatización de empresas públicas, que más tarde llevó a la peor crisis que tuvo que vivir el país y que dejó huellas difíciles de borrar en la memoria de la ciudadanía. Esto sucedió en nuestro país apenas hace una década y media.

El Socialismo del Buen Vivir

El Buen Vivir es nuestro horizonte. Ofrece alternativas para construir una sociedad más justa, en la que el centro de la acción pública sea el ser humano y la vida. Supera los límites de las visiones convencionales de desarrollo que lo conciben como un proceso lineal, de etapas históricas sucesivas, que reducen el concepto a una noción exclusiva de crecimiento económico.

Desde la posguerra, estas concepciones han conducido las políticas públicas nacionales y la acción de organismos internacionales y, aunque han generado algunos resultados positivos, también han demostrado los

límites estructurales de esta perspectiva del desarrollo. Prevalen, sin embargo, serias limitaciones, principalmente en tres dimensiones: los pobres resultados del desarrollo en términos de equidad social, la deficiente articulación entre crecimiento económico y mejoramiento en la calidad de vida, y los límites estructurales para asegurar la sustentabilidad.

Esta alarmante privación, que afecta a más de la mitad de la población mundial, ocurre a pesar de que el ingreso per cápita mundial, de USD 10 073 PPA1 en 2011, superaba más de diez veces la línea de pobreza. Si la distribución de los ingresos mundiales fuera razonablemente justa, la pobreza podría eliminarse en el mundo.

El segundo problema es la falta de asociación entre crecimiento económico y mejora en la calidad de vida. En los países desarrollados y en buena parte de los países del Sur, el crecimiento económico ha beneficiado a un segmento reducido de la población, generalmente el 10% más rico, mientras la calidad de vida, medida por diferentes indicadores de bienestar, casi no ha mejorado en los últimos cuarenta años.

En Estados Unidos, por ejemplo, el ingreso familiar del 10% más rico ha ascendido un 61% entre 1983 y 2011, hasta llegar a alcanzar los USD 254 000, mientras para el restante 90% el ingreso ha disminuido 1% en el mismo período. El índice de satisfacción muestra que los países mayores ingresos no siempre superan la calidad de vida de varios países en desarrollo, lo que confirma la débil asociación entre satisfacción con la vida e ingreso por habitante. Costa Rica, por ejemplo, aun siendo un país en desarrollo, alcanza un índice de satisfacción con la vida que supera a Estados Unidos en cuatro veces su ingreso por habitante.

Mejorar la calidad de vida de la población

La vida digna requiere acceso universal y permanente a bienes superiores, así como la promoción del ambiente adecuado para alcanzar las metas personales y colectivas. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y

vivienda, como prerequisite para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales.

La Constitución, en el artículo 66, establece —el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios^{II}. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo.

Entre los derechos para mejorar la calidad de vida se incluyen el acceso al agua y a la alimentación (art. 12), a vivir en un ambiente sano (art. 14), a un hábitat seguro y saludable, a una vivienda digna con independencia de la situación social y económica (art. 30), al ejercicio del derecho a la ciudad (art. 31) y a la salud (art. 32). La calidad de vida se enmarca en el régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución, dentro del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (art. 340), para la garantía de servicios sociales de calidad en los ámbitos de salud, cultura física y tiempo libre, hábitat y vivienda, transporte y gestión de riesgos.

El artículo 358 establece el Sistema Nacional de Salud para —el desarrollo, protección y recuperación de capacidades y potencialidades bajo los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacion^{III}, incluyendo los servicios de promoción, prevención y atención integral. El art. 381 establece la obligación del Estado de proteger, promover y coordinar la cultura física en los ámbitos del deporte, la educación física y la recreación, para la formación y el desarrollo integral de las personas. Por su parte, el Sistema de Hábitat y Vivienda establece la rectoría del Estado para la planificación, la regulación, el control, el financiamiento y la elaboración de políticas (art. 375). Es responsabilidad del Estado proteger a las personas, a las colectividades y a la naturaleza frente a desastres naturales y antrópicos mediante la prevención de riesgos, la mitigación de desastres y la recuperación y el mejoramiento de las condiciones sociales, económicas y ambientales que permitan minimizar las condiciones de vulnerabilidad (art. 389). Por último, el art. 394 establece

que el Estado garantizará la libertad de transporte, sin privilegios de ninguna naturaleza y que promocionará el transporte público masivo.

El Programa de Gobierno 2013-2017 plantea la des mercantilización del bienestar, la universalización de derechos, la recuperación del vínculo entre lo social y lo económico y la corresponsabilidad social, familiar y personal sobre la calidad de vida de las personas. La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable. Por su parte, la Revolución Urbana se establece desde el derecho a la ciudad y a su gestión democrática, así como desde la garantía de la función social y ambiental del suelo urbano y su equilibrio con lo rural, para el ejercicio pleno de la ciudadanía y la construcción de la vida colectiva.

Esto implica la recuperación de los espacios públicos y la garantía de la vivienda digna, en protección de la universalidad de los servicios urbanos. Generar movilidad segura y sustentable requiere romper los intereses corporativos y gremiales del transporte, fortaleciendo la planificación, la regulación y el control de la movilidad y la seguridad vial; fomentando el uso del transporte público seguro, digno y sustentable; y promoviendo la movilidad no motorizada.

Para el periodo 2013-2017 se plantea profundizar el reencuentro con la naturaleza, para vivir en un ambiente sano y libre de contaminación. Se proyecta fortalecer el ordenamiento territorial y la búsqueda de asentamientos humanos sostenibles en lo urbano y lo rural. La gestión de riesgos es un eje transversal de la Estrategia Nacional de Cambio Climático, para mejorar las prácticas de preparación, respuesta y recuperación.

Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social. Para su logro, este

objetivo plantea mejorar la calidad y calidez de los servicios sociales de atención, garantizar la salud de la población desde la generación de un ambiente y prácticas saludables; fortalecer el ordenamiento territorial, considerando la capacidad de acogida de los territorios y el equilibrio urbano-rural para garantizar el acceso a un hábitat adecuado y una vivienda digna; avanzar en la gestión integral de riesgos y fomentar la movilidad sustentable y segura.

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

El cuestionario Womac permite identificar signos de dolor, rigidez y capacidad funcional como resultados funcionales en pacientes con Artrosis de 40 a 70 años de edad que asisten al Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil N°2, de octubre de 2017 a febrero de 2018.

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

En la determinación de las variables del presente trabajo de titulación, se tomará en cuenta:

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Dolor
- Rigidez
- Capacidad funcional

6.1 Operacionalización de las Variables

Variables	Conceptualización	Indicadores	Instrumentos
Edad	Periodo de existencia transcurrido desde el nacimiento.	Incrementa a partir de los 50 años.	Historias clínicas.
Sexo	Se define como una variable biológica y genética, que divide a los seres humanos en dos posibilidades hombre y mujer.	Hombre: afecta el metacarpo, falángicas y cadera. Mujeres: afecta la interfalángicas distales y rodilla.	Historias clínicas.
Ocupación	Es una variable particularmente	Ámbito de trabajo	Historias clínicas.

	significativa, puesto que el trabajo define roles sociales fundamentales de las personas.		
Dolor	Es el síntoma más común y se encuentra en la articulación afectada.	Sintomatología del dolor.	Cuestionario Womac
Rigidez	Es uno de los síntomas particular de la artrosis; aparece luego de un período de reposo y existe también rigidez matutina.	Grado de daño articular. Contractura muscular.	Cuestionario Womac
Capacidad funcional	características individuales de la persona, determinantes en la condición física.	Incapacidad funcional.	Cuestionario Womac

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. Justificación de la Elección del Diseño

7.2. Población y Muestra

El presente trabajo de titulación tendrá enfoque cuantitativo debido, a que: “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández, Fernández &, Baptista, 2014, p.4).

Utiliza un alcance descriptivo ya que: “buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta “(Hernández, Fernández &, Baptista, 2014, p.80).

El diseño de la investigación es no experimental: “debido a que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlo” (Hernández, Fernández &, Baptista, 2014, p.149).

El método utilizado en este trabajo es deductivo ya que se partió de lo general a lo particular (de las leyes, teorías a los datos) que, como los resultados del cuestionario de Womac adaptado con artrosis. (Hernández, Fernández, Baptista, 2014)

El trabajo de investigación es no probabilístico ya que la elección será conveniencia del investigador con una población de 50 pacientes atendido en el área de fisioterapia en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil #2, de los cuales fueron considerados 20 casos, de 40 a 70 años de edad de acuerdo a los criterios de exclusión e inclusión.

7.3. Criterios de Inclusión

- Pacientes con artrosis
- Edad de 40 a 70 años.
- Sexo masculino y femenino
- Pacientes que indiquen no querer participar en el estudio.

7.4. Criterios de Exclusión

- Pacientes con alteraciones musculoesqueléticas o respiratorias.
- Pacientes que se movilicen en silla de ruedas.
- Pacientes que tengan demencia.
- Pacientes con discapacidad auditiva.

7.5. Técnicas e Instrumentos de Recogida de Datos

7.5.1. Técnicas

Observación: “La observación siempre ha sido un importante instrumento práctico y hecho por un profesional experimentado puede ofrecer datos válidos” (Mózes, 2016, p.29).

Documental: “se define como una parte esencial de un proceso sistemático de investigación científica, constituyéndose en una estrategia operacional donde se observa y reflexiona sistemáticamente” (Rodríguez, 2013, p.3). Por lo tanto, es una información referente a los datos obtenidos de cada uno de los pacientes en la historia clínica, cuestionario de Womac.

7.5.2. Instrumentos

Historia clínica: “La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud” (Guzmán & Arias, 2012, p.15).

Cuestionario de Womac: “La escala WOMAC (The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index), recoge tres aspectos fundamentales entre los que se encuentran el dolor con cinco ítems, rigidez dos ítems y función física 17 ítems” (Ruiz, 2012, p.5).

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

8.1 Análisis e Interpretación de Resultados

Distribución porcentual de pacientes por sexo.

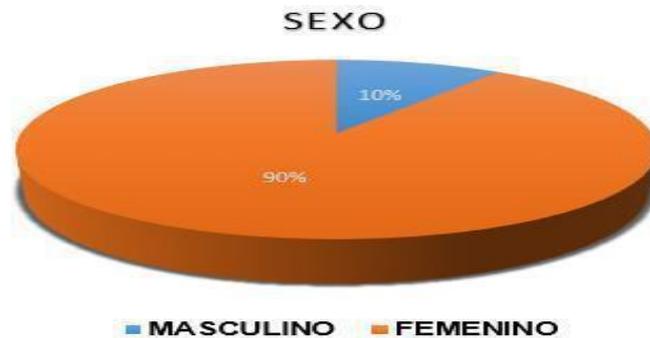


Gráfico 1: Análisis e Interpretación de Resultados en el gráfico N°1 respecto a la distribución porcentual por sexo, se observa que el 90% de los pacientes representan al sexo femenino y el 10 % al sexo masculino. Teniendo en cuenta una mayor relevancia el sexo femenino.

Distribución porcentual de pacientes por rango de edad.

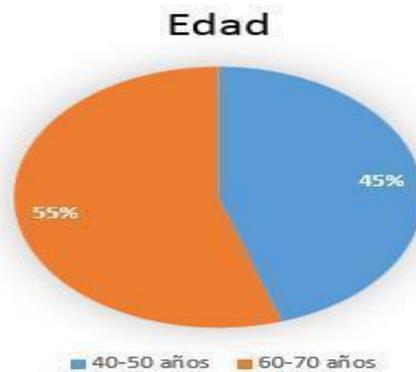


Gráfico 2: Análisis e Interpretación de Resultados en el gráfico N°2 respecto a la distribución porcentual de rango por edad, se observa que los pacientes de 40-50 años, representan el 45% y los pacientes de 60-70 años, representan el 55%. Teniendo en cuenta una mayor relevancia en los pacientes de 60-70 años de edad que presentan artrosis.

Distribución porcentual de pacientes por ocupación laboral.

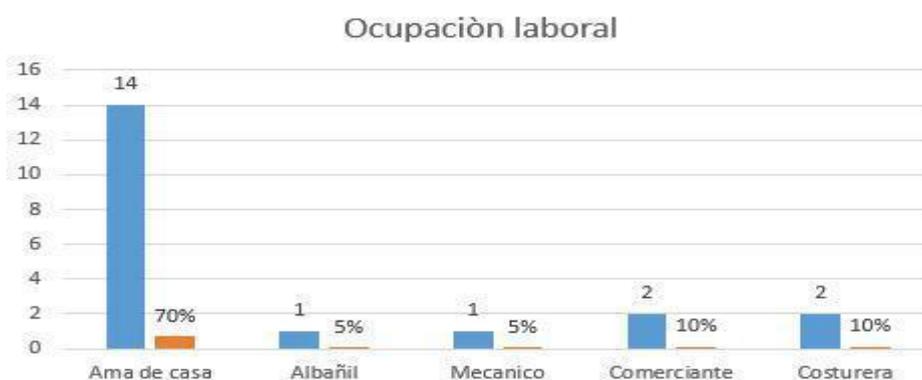


Gráfico 3: Análisis e Interpretación de Resultados en el gráfico N°3 respecto a la distribución por la ocupación laboral, se observa que los pacientes amas de casa, representan el 70%, los pacientes albañil, representan el 5%, los pacientes mecánicos, representan el 5%, los pacientes comerciantes, representa el 10%, los pacientes costurero, representan el 10%. Teniendo en cuenta una mayor relevancia en los pacientes que son ama de casa con el 70%.

Distribución porcentual de pacientes por patología.

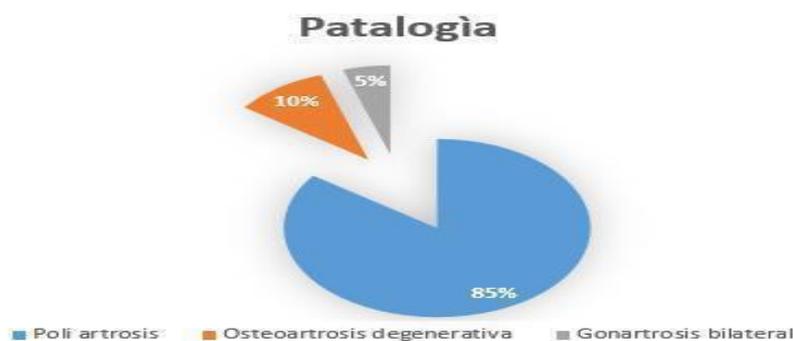


Gráfico 4: Análisis e Interpretación de Resultados en el y gráfico N°4 respecto a la distribución por patología, se observa que los pacientes con poli artrosis, representan el 85%, los pacientes con osteoartrosis degenerativa representan el 10% y los pacientes con coxartrosis bilateral, representan el 5%. Teniendo en cuenta una mayor relevancia en los pacientes con poli artrosis.

Distribución porcentual del cuestionario de Womac del Dolor.

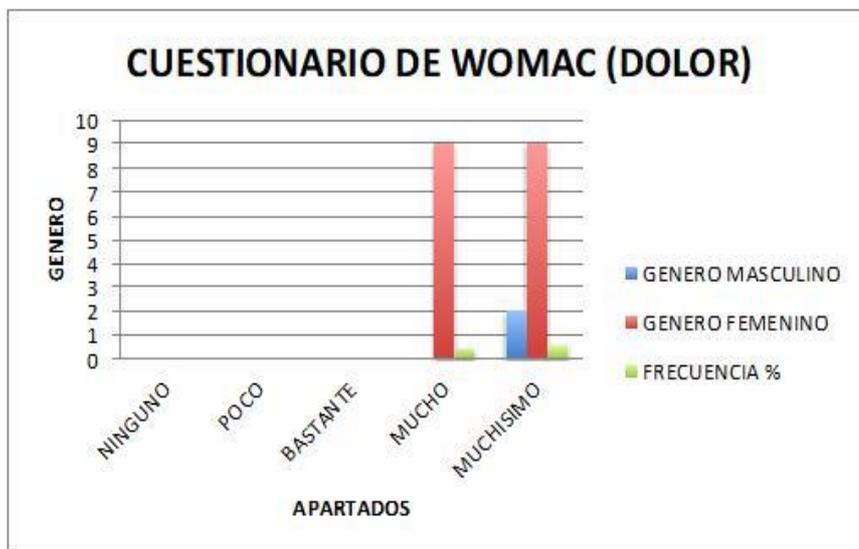


Gráfico 5: Nota: Análisis e Interpretación de Resultados en el gráfico N°5 respecto a la distribución porcentual del cuestionario de Womac del dolor, se observa que el 55% de los pacientes presenta muchísimo dolor y al 45% con mucho dolor, teniendo como relevancia a hombres y mujeres con un 55% de dolor.

Distribución porcentual del cuestionario de Womac de la Rigidez.

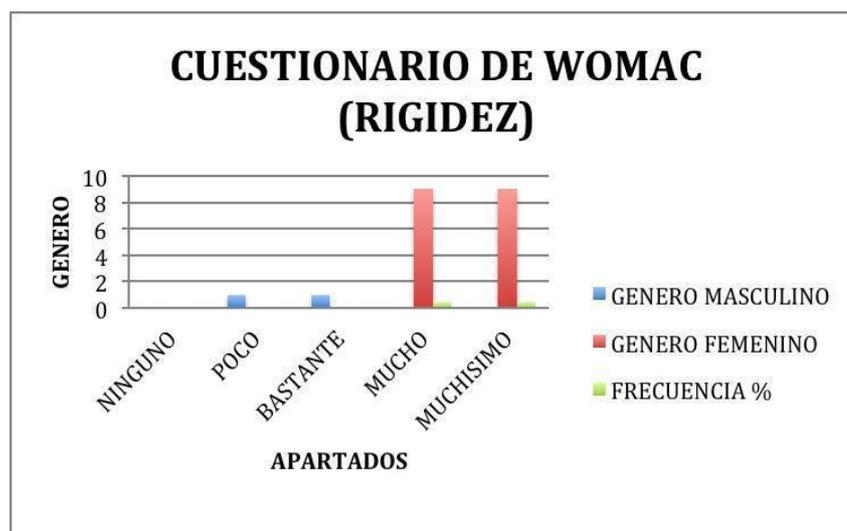


Gráfico 6: Análisis e Interpretación de Resultados en la tabla y gráfico N°6 respecto a la distribución porcentual del cuestionario de Womac de rigidez, se observa que el 45% de los pacientes presenta mucha y muchísima rigidez y un 5% presenta poco y bastante.

Distribución porcentual del cuestionario de Womac de la Capacidad Funcional.

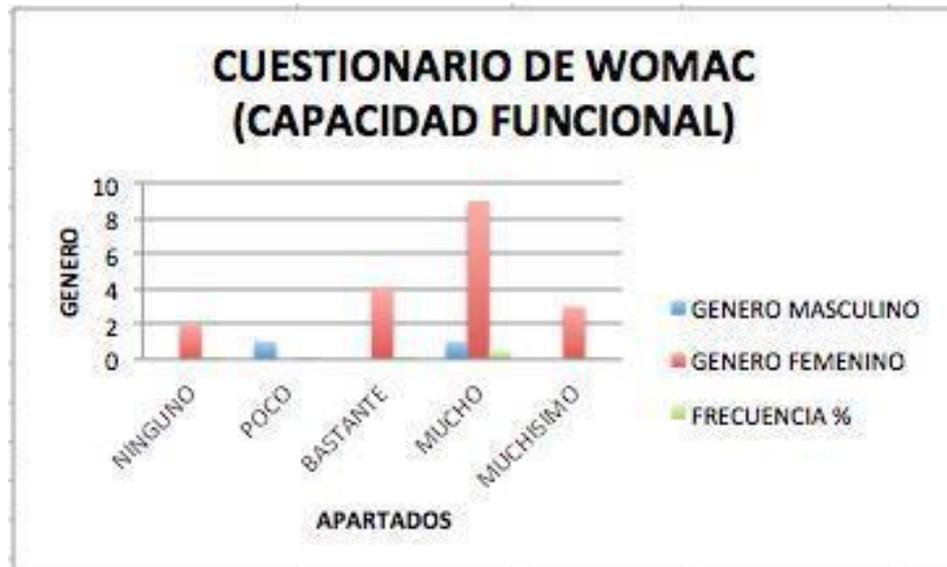


Grafico 7: Análisis e Interpretación de Resultados en el gráfico N°7 respecto a la distribución porcentual del cuestionario de Womac de capacidad funcional, se observa que 50% presenta mucha capacidad funcional, el 20% presenta bastante capacidad funcional, el 15% presenta muchísima capacidad funcional, el 10% no presenta capacidad funcional y el 5% presenta poca capacidad funcional.

9. CONCLUSIONES

Luego de desarrollar nuestro proyecto de investigación, con relación a los resultados obtenidos en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil #2 (CRIE). Se da a conocer las siguientes conclusiones:

- Mediante el cuestionario Womac se demostró que existe un gran número de pacientes con artrosis en este Centro de Rehabilitación, siendo la poliartrosis la de mayor incidencia entre los tipos de artrosis.
- Según los apartados empleados tenemos que un 55% de pacientes padecen dolores severos en sus articulaciones.
- Mediante nuestra evaluación evidenciamos que el nivel de rigidez en nuestros pacientes dio como resultado el 45% entre mucho y muchísimo.
- El incremento del tiempo de evolución y la degeneración articular han influido notablemente en la capacidad funcional de los pacientes estudiados, debido a que nos dio como resultado un 50% en el análisis funcional.
- También nos pudimos percatar que la prevalencia más alta entre los 20 pacientes estudiados mediante este método que poseen artrosis, son de sexo femenino con el 90% y de acuerdo por su ocupación laboral fueron las amas de casa con el 70%.

10. RECOMENDACIONES

De acuerdo con las conclusiones obtenidas en el cuestionario Womac se recomienda:

- Indicar al paciente pautas de protección articular y de modificación de hábitos de vida para proteger sus articulaciones de un daño más severo, a su vez informar a sus familias sobre los daños de esta patología, para poder crear conciencia y prevenir daños a futuro, debe ser un aspecto básico considerado al momento de iniciar el tratamiento con el paciente.
- Promover un cuestionario Womac para el análisis de los pacientes con artrosis, desde el primer día que ingresan al centro de rehabilitación, para así mediante un análisis encontrar la solución al problema y poder actuar en el paciente con ejercicios propios para la misma.
- Concientizar a los pacientes y realizar actividades que ayuden a reducir el dolor articular, incluyendo en el mismo la reducción de peso en pacientes con obesidad, y mejorar su calidad de vida.

11. PRESENTACIÓN DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Tema de Propuesta

Diseño de una guía de ejercicios excéntricos para pacientes con artrosis al Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil #2.

Objetivos

Objetivo General

Aplicar la guía sobre de ejercicios excéntricos para los pacientes con artrosis al Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil #2.

Objetivos Específicos

- Incluir los ejercicios excéntricos en el plan de tratamiento en pacientes con artrosis.
- Realizar evaluaciones periódicas mediante el Cuestionario WOMAC antes y después de la aplicación de los ejercicios excéntricos.
- Concienciar los pacientes y profesionales acerca de los beneficios de los ejercicios excéntricos.

Justificación

De acuerdo a una gran demanda de artrosis en los pacientes que asisten al Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil #2 (CRIE), no desarrollan un buen plan de ejercicios y por eso, la propuesta del trabajo de investigación está dirigido al personal encargado de terapia física, que se relaciona directamente con los pacientes de 40 a 70 años que acuden al Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil #2(CRIE), donde es necesario realizar una guía de ejercicios como parte del tratamiento fisioterapéutico determinando los ejercicios excéntricos, y así el paciente tenga una mejor calidad de vida y pueda realizar las actividades cotidianas sin que le cause problema.

DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA DE EJERCICIOS

Ejercicio	Tiempo, repetición y objetivo	Gráfico
<p>Paciente de pies con la rodilla derecha doblada sin dejar que la rodilla vaya más allá de los dedos del pie, su pierna izquierda se estira recta hacia atrás apretando el talón hacia el suelo.</p>	<p>Se realiza un estiramiento de los gemelos. Serie de 6 segundos, repetir 2 veces y después cambiar de pierna.</p>	
<p>Paciente en decúbito supino, con las rodillas extendidas y juntas. Los brazos totalmente extendidos y las palmas de la mano mirando hacia arriba.</p>	<p>Se realiza una contracción isométrica excéntrica al final de la espiración durante 3 segundos. Realizar 10 repeticiones de forma lenta. (estiramiento de isquiotibiales)</p>	
<p>Paciente en decúbito supino, flexiona una rodilla y la coloca en el lado externo de la otra pierna.</p>	<p>Se realiza una contracción isométrica excéntrica al final de la espiración durante 3 segundos. Serie de 10 repeticiones de forma lenta. (Estiramiento de isquiotibiales y piramidal)</p>	
<p>Paciente de pie sobre tabla de propiocepción; con el antepié apoyado en la tabla, con el tronco flexionado estirar los brazos tocando el borde de la tabla.</p>	<p>Se realiza un estiramiento de los isquiotibiales y paravertebrales por 6 segundos. Serie de 10 repeticiones.</p>	

<p>Paciente en decúbito supino con una pierna extendida y con las dos manos entrelazadas por debajo de rotula sujetando la pierna extendida.</p>	<p>Se realiza un estiramiento de los isquiotibiales por 6 segundos. Series de 10 repeticiones.</p>	
<p>Paciente de pie con la rodilla izquierda semiflexionada, pie derecha hacia atrás con los dedos en extensión y talón alto. Inclina el tronco hacia delante y deja los brazos colgados.</p>	<p>Se realiza un estiramiento del tríceps sural por 6 segundos. Serie de 10 repeticiones.</p>	
<p>Paciente de pie con las manos y antebrazo apoyado a la pared, rodilla izquierda semiflexionada, pie derecho con el talón levantado y dedos de los pies en extensión.</p>	<p>Se realiza un estiramiento del tríceps sural en tensión pasiva con aponeurosis plantar por 6 segundos; 10 repeticiones.</p>	

<p>Paciente de pie con el brazo a lo largo del cuerpo empujando la muñeca hacia abajo contra la cadera y tirar simultáneamente de la oreja hacia arriba.</p>	<p>Se realiza un estiramiento de los epicóndileos con palmar corto y colocación cervical por 6 segundos; 10 repeticiones.</p>	
<p>Paciente de pies ligeramente separada las piernas, muñeca derecha en flexion-pronacion, dedos flexionados dentro de la palma y antebrazo fijo contra la cadera. Aplanar la nuca tirando hacia arriba flexionando el mentón.</p>	<p>Se realiza un estiramiento del tríceps superior, esplenio, complejo y escaleno. Serie de 6 segundos; 10 repeticiones.</p>	
<p>Paciente de pies con la rodilla izquierda oblicua del abdomen. serie de 6 segundos extendida y ligeramente ladeada. inclina la parte alta del cuerpo hacia la izquierda.</p>	<p>Se realiza un estiramiento del semiflexionada, rodilla posterior de 6 segundos con 10 repeticiones.</p>	

<p>Paciente de pies con la rodilla izquierda semiflexionada, rodilla posterior extendida y ligeramente ladeada. Inclina la parte alta del tronco hacia la izquierda sin dejar de tirar de las manos.</p>	<p>Se realiza un estiramiento de los oblicuos del abdomen. Serie de 6 segundo con 10 repeticiones.</p>	 A photograph showing a person from the back, wearing a red and white striped tank top and blue jeans. They are standing on a tiled floor against a plain wall. Their right leg is slightly bent, and their left leg is extended. Their arms are raised and crossed at the hands, pulling them upwards. Their upper body is tilted to the left, demonstrating the stretch described in the text.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

REFERENCIAS

- Andrade, F. (2014). Artrosis de muñeca, estudio y opciones de tratamiento. *Medicina Clínica del Condes*, 25(5) pp.750-755. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S0716864014701026/1-s2.0-S0716864014701026-main.pdf?_tid=91c67214-1789-11e8-a683-00000aacb35f&acdnat=1519274206_1037e751676c3a12479e743d77165698
- Aresti, N. Kassam, J. Nick, N. (2017). Artrosis de cadera. *Intramed*, pp.1-2. Recuperado de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=89527>
- Baleato, M. (2015). La mitad de la población adulta sufre de Artrosis. *Atusalud*. p.2 Recuperado de <https://atusaludenlinea.com/2015/09/16/oms-la-mitad-de-la-poblacion-adulta-sufre-de-artrosis/>
- Ballester, J. Sánchez, M. Portillo, D. (2016). Retraso en la implantación de prótesis de rodilla en pacientes infiltrados con 6 mililitros de hilano g-f 20. *Journal of Cartilage Disease*. p.5. Recuperado de http://www.synvisc.es/wp-content/uploads/2017/02/cartilage_disease_num1-2016.pdf
- Bajines, M. Rodríguez, R. Ortiz, G. Martínez, A. Núñez, M. Rodríguez, L. (2015). Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Revista de Enfermedades*, 23(1), pp.9-15. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
- Chalem, M. Arango, C. Diaz, M. Sánchez, J. Forero, J. Llinás, P. Rangel, C. Rodríguez, C. Rondón, F. Velásquez, D. (2017). Recomendaciones sobre diagnósticos, Prevención y tratamiento farmacológico y no

farmacológico de la Osteoartrosis de la rodilla. *Revista Col Medica Fis Rehab*, 27(2), pp. 160-184. Recuperado de <file:///C:/Users/Home/Downloads/196-459-1-SM.pdf>

Duero, M. (2014). *Manual SER de Enfermedades Reumáticas*. (p.7). España: Elsevier [Archivo PDF]. Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?id=OprTBgAAQBAJ&pg=PA7&dq=etiologia+artrosis&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiYod2FgtzZAhWN61MKHZT4CbEQ6AEIVzAJ#v=onepage&q=etiologia%20artrosis&f=false>

Escobar, A. Urotsou, K. Bilbao, A. Quintana, J. García. Herrera, C. (2011). Validación de una escala reducida de capacidad funcional del cuestionario Womac. *Elsevier España*, 25(6), pp.513-518. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v25n6/original11.pdf>

Fontecha, G. (2010). Enfermedades de Perthes. *Traumatología Infantil*, p.4. Recuperado de <http://www.traumatologiainfantil.com/es/cadera/enfermedad-de-perthes>

Garriga, X. (2014). Definición, etiopatogenia, clasificación y formas de presentación. *Atención Primaria*, pp. 1-8. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S021265671470037X/1-s2.0-S021265671470037X-main.pdf?_tid=53d4934a-b82c-4b15-b7fd-c2893a22108d&acdnat=1520092206_78aec1c07ab7790289bfc7f6e3508fc1

Goldman, L. Schafer, A. (2013). Artrosis. *Tratado de Medicina Interna*. pp.1676-1679. España: ELSERVIER

Guzmán, F. Arias, C. (2012). La historia clínica. *Revista Colombiana de Cirugía*, 27(1), pp.15-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3555/355535148002.pdf>

- Hernández, P. Rodríguez, M. Morejón, G. Cuellar, I. Parró, J. López, G. (2011). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con osteoartrosis de rodilla y tratamiento rehabilitador. *Revista Cubana de Reumatología*, 13(17), pp.1-13. Recuperado de file:///C:/Users/Home/Downloads/Dialnet-
valuacionDeLaCalidadDeVidaEnPacientesConOsteoartr-
4940565%20(2).pdf
- Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación [Archivo PDF]. Recuperado de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Hinzpeter, D. (2014). Artrosis en la Mano. *Revista Médica Clínica Condes*, 25(5), pp.738-749. Recuperado de file:///C:/Users/Home/Downloads/S0716864014701014_S300_es.pdf
- López, A. Carames, B. Cillero, P. García, B. (2014). Fisiopatología de la Artrosis. *Revista Española de Reumatología*, 31(6), pp.379-393. Recuperado de file:///C:/Users/Home/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/13064151_S300_es.pdf
- López, A. Martínez, C. Romero, A. González, J. (2009). Propiedades métricas del cuestionario Womac y de una versión reducida para medir la sintomatología y la discapacidad física. *Atención Primaria*, 41(11), pp.614-616. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S0212656709002029/1-s2.0-S0212656709002029-main.pdf?_tid=c0bcbd9c-179f-11e8-9e9d-00000aacb360&acdnat=1519283742_49ba65ade056a4bfa66cc09042117666

- Maccagno, A. (2010). Guías Argentinas de prácticas clínicas para el diagnóstico y tratamiento de la Osteoartritis. *Sociedad Argentina de Reumatología*, p. 29. Recuperado de <http://www.reumatologia.org.ar/descargas/Guias%20OA%20SAR%202010.pdf>
- Márquez, J. Márquez, W. (2014). Artrosis y Actividad Física. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*, 28(1), pp.83-100. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ort/v28n1/ort08114.pdf>
- Martínez, R. Martínez, C. Calvo, R. Figueroa, D. (2015). Osteoartrosis de rodilla. *Revista chilena de ortopedia y traumatología*, 56(3), pp. 45-51. Recuperado de https://C:/Users/AEMUC-ASO/Downloads/S0716454815000236_S300_es.pdf
- Mózes, E. (2016). La observación en la Pedagogía Pikler. *Reladei*, 5.3, pp. 27-35. Recuperado de http://www.piklerloczy.org/sites/default/files/documentos/eszter_mozes_la_observacion_en_la_pedagogia_pikler.pdf
- Negrín, R. Olavarría, F. (2014). Artrosis y ejercicio físico. *Revista Médica Clínica Condes*, 25(4), pp.805-811. Recuperado de https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/5%20sept/Revista-Medica-sept14-17_negrin.pdf
- Plan Nacional para el Buen Vivir del Ecuador. (2013-2017). Socialismo del Buen Vivir. Recuperado de https://www.unicef.org/ecuador/Plan_Nacional_Buen_Vivir_2013-2017.pdf
- Paredes, D. (2013). Artrosis. *Revista de Actualización Clínica*, 34(1), pp.1767- 1771. Recuperado de <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v34/v34a09.pdf>

- Pinheiro, P. (2017). Artrosis – Síntomas, Causas y Tratamiento. *MD SAUDE*. P.3. Recuperado de <https://www.mdsaude.com/es/2015/11/artrosis.html>
- Rodríguez, J. Palomo, V. Bartolomé, S. Hornillos, M. (2004). Osteoartrosis. *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología*. p.690. Recuperado de file:///C:/Users/Home/Downloads/S35-05%2067_III.pdf
- Rodríguez, M. (2013). Acerca de la investigación bibliográfica y documental. *Plataforma de Metodología de la Investigación Científica*, p.5. Recuperado de <https://guiadetesis.wordpress.com/2013/08/19/acerca-de-la-investigacion-bibliografica-y-documental/>
- Ruiz, A. (2012). Artrosis de la rodilla y escalas para su evaluación. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 16(6), pp.1777-1790. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000600014
- Sánchez, E. (2017). Efectividad de la terapia en artrosis de rodilla. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 8(21), pp.78-89. Recuperado de file:///C:/Users/Home/Downloads/897-3179-1-PB.pdf
- Sánchez, M. (2013). Artrosis Etiopatogenia y Tratamiento. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 50(1), p.182. Recuperado de file:///C:/Users/Home/Downloads/Dialnet-ArtrosisEtiopatogeniaYTratamiento-4820759%20(2).pdf
- Vargas, N. Abellán, M. Hernán, J. Medina, R. (2014). Tratamiento del paciente con Artrosis. *Atención Primaria*, 46(1), pp.39-61. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S0212656714700435/1-s2.0-S0212656714700435-main.pdf?_tid=9f484c26-9fe2-469f-b6af-25984798107d&acdnat=1520513221_38399221739fb72fb1518eef854abfa0

ANEXOS

Anexo N°1

EVALUACIÓN DE PACIENTES APLICANDO CUESTIONARIO WOMAC



Fig. 1 Recolectando datos de la historia clínica. Fig. 2 Ayudar a llenar el Cuestionario Womac



Fig. 3 Visualizando que conteste bien el Cuestionario Womac

Fig. 4 Recolectando datos de la historia clínica.



Fig. 5 Resolviendo el Cuestionario Womac.

ANEXO Nº2

HISTORIA CLÍNICA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERAS DE TECNOLOGIAS MÉDICAS

HISTORIA CLÍNICA

Responsable: _____

N.º Ficha: _____

Lugar: _____ Fecha de Elaboración: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

ANAMNESIS

Nombre y Apellido: _____

Domicilio: _____ sexo _____

Lugar/ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Nº Hijos: _____

Teléfono: _____ fecha de ingreso: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

Enfermedades previas: _____

Síntomas durante el último año: _____

Alergias: _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

Patología Familiar: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PERSONALES

Intervenciones quirúrgicas: _____

Fecha y tipo de intervención: _____

Implantes: _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

El paciente es fumador: _____ Número de cigarrillos/día: _____

El paciente es ex -fumador: _____ Número de cigarrillos/día: _____

El paciente es bebedor habitual: _____ Durante días/semana: _____

Realiza ejercicio: _____ Durante días/semana: _____

ANTECEDENTE FARMACOLÓGICO

El paciente tiene prescrito para el problema actual: _____

Especificaciones sobre la medicación: _____

Se automedica con: _____

El paciente ha consultado a Fisioterapeuta/ Médico Especialista: _____

EVOLUCION DEL PROCESO ACTUAL

Otros datos de interés:

EXAMEN GENERAL

Estado de conciencia: _____ Marcha: _____
Facies: _____
FC: _____ TA: _____
FR: _____ Peso: _____ Talla: _____ Hallazgos relevantes (SOMA): _____

EXAMEN FÍSICO: dinámico y estático

SITUACIÓN SOCIAL

El paciente convive con: _____
Su situación laboral es: _____
La ocupación es: _____
Para acceder a su vivienda habitual dispone de: _____
Utiliza como ayuda/s técnica/s: _____
Nivel de funcionalidad: _____
El paciente presenta dificultad para el auto-cuidado en: _____
El paciente presenta dificultad para las actividades del hogar en: _____

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico del Fisioterapeuta: _____

Coordinación de pasantía (2010) *Historia clínica de Adulto*. Manuscrito inédito, Carrera de Terapia Física, Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador.

ANEXO N°3

CUESTIONARIO DE WOMAC CUESTIONARIO WOMAC PARA ARTROSIS

Las preguntas de los apartados A, B y C se plantearán de la forma que se muestra a continuación. Usted debe contestarlas poniendo una "X" en una de las casillas.

1. Si usted pone la "X" en la casilla que está más a la izquierda

Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indica que NO TIENE DOLOR.

2. Si usted pone la "X" en la casilla que está más a la derecha

Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Indica que TIENE MUCHÍSIMO DOLOR.

3. Por favor, tenga en cuenta:

- que cuanto más a la **derecha** ponga su "X" **más** dolor siente usted.
- que cuanto más a la **izquierda** ponga su "X" **menos** dolor siente usted.
- No marque** su "X" fuera de las casillas.

Se le pedirá que indique en una escala de este tipo cuánto dolor, rigidez o incapacidad siente usted. Recuerde que cuanto cha ponga la "X" indicará que siente más dolor, rigidez o incapacidad.

Apartado A

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas tratan sobre cuánto **DOLOR** siente usted en las **caderas** y/o **rodillas** como consecuencia de su **artrosis**. Para cada situación indique cuánto **DOLOR** ha notado en los **últimos 2 días**. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Cuánto dolor tiene?

1. Al andar por un terreno llano.

Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
<input type="checkbox"/>				

2. Al subir o bajar escaleras.

Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
<input type="checkbox"/>				

3. Por la noche en la cama.

Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
<input type="checkbox"/>				

4. Al estar sentado o tumbado.

Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
<input type="checkbox"/>				

5. Al estar de pie.

Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
<input type="checkbox"/>				

Apartado B

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer cuánto **RIGIDEZ** (no dolor) ha notado en sus **caderas y/o rodillas** en los últimos **2 días**. **RIGIDEZ** es una sensación de dificultad inicial para mover con facilidad las articulaciones. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

1. ¿Cuánta **rigidez** nota **después de despertarse** por la mañana?

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2. ¿Cuánta **rigidez** nota durante **el resto del día** después de estar sentado, tumbado o descansando?

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

Apartado C

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer su **CAPACIDAD FUNCIONAL**. Es decir, su capacidad para moverse, desplazarse o cuidar de sí mismo. Indique cuánto dificultad ha notado en **los últimos 2 días** al realizar cada una de las siguientes actividades, como consecuencia de su **artrosis de caderas y/o rodillas**. (Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

PREGUNTA: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?

1. Bajar las escaleras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2. Subir las escaleras

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

3. Levantarse después de estar sentado.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

4. Estar de pie.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

5. Agacharse para coger algo del suelo.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

6. Andar por un terreno llano.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

7. Entrar y salir de un coche.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

8. Ir de compras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

9. Ponerse las medias o los calcetines.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

10. Levantarse de la cama.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

11. Quitarse las medias o los calcetines.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

12. Estar tumbado en la cama.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

13. Entrar y salir de la ducha/bañera.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

14. Estar sentado.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

15. Sentarse y levantarse del retrete.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

16. Hacer tareas domésticas pesadas.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

17. Hacer tareas domésticas ligeras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Pata Minota Cristina Nathaly**, con C.C: # **0941200396** Y **Ponguillo Campos Johnny Xavier**, con CC: # **0925660912** autores del trabajo de titulación: **Eficacia del Cuestionario Womac para medir los resultados funcionales de los pacientes con artrosis, en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil # 2, en el periodo de octubre a febrero del 2018.** Previo a la obtención del título de **Licenciados en Terapia Física** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **6 de marzo de 2018**

f. _____

Nombre: **Pata Minota, Cristina Nathaly**

C.C: **0941200396**

f. _____

Nombre: **Ponguillo Campos, Johnny Xavier**

C.C: **0925660912**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Eficacia del Cuestionario Womac para medir los resultados funcionales de los pacientes con artrosis, en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil # 2, en el periodo de octubre a febrero del 2018.		
AUTOR(ES)	Pata Minota, Cristina Nathaly; Ponguillo Campos, Johnny Xavier		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Encalada Grijalva, Patricia Delia		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Terapia Física		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciados en Terapia Física		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	6 de marzo del 2018	No. DE PÁGINAS:	53
ÁREAS TEMÁTICAS:	Actividad Fisca – Adulto Mayor		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Artrosis, Cuestionario Womac, Dolor, Rigidez, Capacidad funcional		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras)	La artrosis es un trastorno degenerativo de las articulaciones, por lo tanto, no se produce por proceso traumático, infeccioso, inflamatorio. Una artrosis grave se crea cuando el cartílago se deshace completamente, produciendo la fricción entre los dos huesos y ocasionando desgaste de los mismos. La artrosis no presenta una cura definitiva. Sin embargo, las estrategias de tratamiento se encaminan a la reducción del dolor y al mejoramiento de la función de la articulación afectada. En sí, son causadas por procesos fisiopatológicos, afectan más a las mujeres que los hombres. El objetivo del proyecto es determinar la eficacia del Cuestionario Womac, para medir los resultados funcionales a los pacientes con artrosis, en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Guayaquil N°2. El trabajo de investigación emplea un enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo y diseño no experimental, la muestra es de 20 pacientes de 40 a 70 años con artrosis, a los que se les aplicó el Cuestionario Womac para medir el dolor, rigidez y la capacidad funcional. Los resultados apenas determinaron que el 55% de los pacientes presenta mucho dolor, el 45% de los pacientes presenta rigidez entre mucha o muchísimo, y el 50% presenta mucha capacidad funcional. De acuerdo con nuestras conclusiones pudimos percatar que la prevalencia más alta entre los 20 pacientes estudiados mediante este método que poseen artrosis, son de sexo femenino con el 90% y de acuerdo por su ocupación laboral fueron las amas de casa con el 70%.		
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: + 593-4-2183258/0978881229 +953-4-2363695/0995438433		E-mail: doctorpata-72@hotmail.com Jhonnnyrakim@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcdo. Jurado Auria, Stanlin Augusto		
	Teléfono: +593-4-3804600		
	E-mail: Stalin.juradoo@cu.uesg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			