



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
ARTROPLASTIA DE CADERA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO
ARTEAGA. CUENCA, JUNIO 2017- FEBRERO 2018**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TERAPIA FÍSICA

AUTORA:

MARÍA FERNANDA CONDURI ORTÍZ

C.I.:0705430288

DIRECTORA:

MGTR. VIVIANA CATALINA MÉNDEZ SACTA.

C.I.:0104666995

CUENCA-ECUADOR

2018

RESUMEN

Antecedentes: La artrosis será la cuarta causa de discapacidad en 2020, uno de los tratamientos más efectivos es la artroplastia de cadera, es necesario conocer la funcionalidad y calidad de vida en relación con la salud que alcanzan las personas luego de esta cirugía, las escalas más apropiadas para su estudio son Harris Hip Score y el SF-36.

Objetivo general: Evaluar la funcionalidad y calidad de vida en pacientes post artroplastia total de cadera por coxartrosis.

Metodología: Estudio de tipo longitudinal, prospectivo, descriptivo. Se evaluó una población de 30 individuos, se obtuvo un puntaje basal y final al tercer mes de evolución, se clasificó a los participantes según características demográficas, se evaluó y describió la funcionalidad y calidad de vida en relación con la salud. La interpretación de los datos fue mediante el Software SPSS versión 24.

Resultados: Al tercer mes de seguimiento la Harris Hip Score mostro un 70% de pacientes con funcionalidad buena y la SF-36 arrojó mejorías en todas sus dimensiones, aunque la función física obtuvo puntaje más significativo.

Conclusión: En general la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes mejoran tras una artroplastia de cadera.

Palabras Claves: ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA, COXARTROSIS, FUNCIONALIDAD, CALIDAD DE VIDA EN RELACION A LA SALUD, POSTOPERATORIO.

ABSTRACT

Background: OA will be the fourth cause of disability in 2020, one of the most effective treatments is hip arthroplasty, it is necessary to know the functionality and quality of life in relation to the health that people reach after this surgery, the scales most appropriate for your study are Harris Hip Score and the SF-36.

Objective: To evaluate the functionality and quality of life in patients after total hip arthroplasty due to coxarthrosis.

Methodology: Longitudinal, prospective, descriptive study. A population of 30 individuals was evaluated, a baseline and final score was obtained at the third month of evolution, the participants were classified according to demographic characteristics, functionality and quality of life were evaluated and described in relation to health. The interpretation of the data was through the SPSS Software version 24.

Results: At the third month of follow-up the Harris Hip Score showed 70% of patients with good functionality and the SF-36 showed improvement in all its dimensions, although the physical function obtained a more significant score.

Conclusion: In general, the functional capacity and quality of life of patients improves after a hip arthroplasty.

Key words: TOTAL HIP ART, COXARTROSIS, FUNCTIONALITY, QUALITY OF LIFE IN RELATION TO HEALTH, POSTOPERATIVE.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPITULO I	11
1. INTRODUCCIÓN	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	13
CAPITULO II	14
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	14
2.1. ARTROSIS	14
2.1.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ARTROSIS	14
2.1.2. FACTORES DE RIESGO EN LA ARTROSIS	15
2.2. ARTROSIS DE CADERA	18
2.3. ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA	19
2.4. FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON ARTROPLASTIA DE CADERA POR ARTROSIS.	20
2.5. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTROPLASTIA DE CADERA POR ARTROSIS.	21
2.6. VALIDACIÓN DE LAS PRUEBAS UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN	21
CAPITULO III	22
3. OBJETIVOS	22
3.1. OBJETIVO GENERAL	22
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
CAPITULO IV	23
4. DISEÑO METODOLÓGICO	23
4.1. TIPO DE ESTUDIO	23
4.2. ÁREA DE ESTUDIO	23
4.3. UNIVERSO Y MUESTRA	23
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	24
4.4.1 INCLUSIÓN	24
4.4.2 EXCLUSIÓN	24



4.5. VARIABLES	24
4.5.2. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	25
4.6. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS.....	25
4.6.1. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	25
4.6.2. TÉCNICAS.....	26
4.6.3. INSTRUMENTOS	26
4.6.3.1. HARRIS HIP SCORE MODIFICADO	26
4.6.3.2. MEDICAL OUTCOMES STUDY (MOS) SHROT-FORM HEALTH SURVEY (SF-36)	27
4.7 PROCEDIMIENTOS.....	27
4.7.1 AUTORIZACIÓN	27
4.7.2 CAPACITACIÓN	28
4.7.3 SUPERVISIÓN	28
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	28
4.9 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS.	29
4.10 RECURSOS.....	29
4.10.1 RECUSOS HUMANOS.....	29
4.10.2 RECURSOS MATERIALES	30
4.11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	30
CAPITULO V.....	31
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	31
5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	31
CAPITULO VI.....	57
6. DISCUSIÓN.....	57
CAPITULO VII.....	61
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
7.1. CONCLUSIONES.	61
7.2. RECOMENDACIONES	63
8. BIBLIOGRAFIA.....	64
8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
8.2. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.	67
ANEXOS.....	71



ANEXO N°1.....	71
ANEXO N°2.....	73
ANEXO N°3.....	79
ANEXO N°4.....	80

LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

María Fernanda Conduri Ortiz en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTROPLASTIA DE CADERA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA, JUNIO 2017- FEBRERO 2018", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 11 de abril del 2018.





CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

María Fernanda Conduri Ortiz, autora del proyecto de investigación "FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTROPLASTIA DE CADERA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA, JUNIO 2017- FEBRERO 2018", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 11 de abril del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'M. F. Conduri Ortiz', written over a horizontal line.

María Fernanda Conduri Ortiz

C.I: 0705430288



DEDICATORIA

A mi madre por su infinito amor y apoyo incondicional, a mi padre por su amor, respaldo y respeto desde que me eligió como su hija.

A mi hermana Nohelia por ser el impulso a desear ser mejor cada día, a mi hermana Susanita porque tu existencia marco mi vida y tu ausencia me llevo a anhelar servir humanitariamente a través de la Terapia Física.

A mis suegros, a David por su apoyo moral en los momentos oportunos.

A los docentes por compartir sus conocimientos con paciencia, dedicación y disposición.

A mi hija Sarai por ser luz e inspiración en mi vida.



AGRADECIMIENTO

A mi mami por regalarme la vida y ser ejemplo de perseverancia, a mi padre por desear ser parte de mi vida, les agradezco por sus cuidados, amor, valores, consejos y sacrificio, todo sería más difícil sin su apoyo absoluto. En fin, no son suficientes las palabras para agradecerles, pero le pido a Dios y a la vida me permitan que mis acciones lo hagan.

A mi tutora y directora de proyecto Mg. Viviana Méndez por su paciencia, vocación y disposición.

A los docentes de la cerrera por buscar la excelencia académica para impartir de forma más propicia sus conocimientos y prácticas.

A mi amiga María Rodríguez por su apoyo moral y laboral.

A mis padrinos Florinda y Rafael por el impulso al inicio de mi carrera.

A los pacientes que formaron parte de este estudio de la manera más comedida.

Al personal del área de rehabilitación del hospital por su colaboración para la obtención de los datos necesarios para desarrollar este proyecto.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La artrosis es una causa importante de incapacidad funcional y de deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Se da en todas las poblaciones y su incidencia aumenta con la edad. En España se estima que afecta al 85% de la población anciana y que invalida al 10% de los mayores de 60 años, predominando en las mujeres. (1) En adultos jóvenes al menos el 1% tiene como diagnóstico coxartrosis, afectando más al sexo femenino. (2) La artroplastía de cadera mejora la funcionalidad y la calidad de vida relacionada con la salud, además reduce el dolor que manifiestan los pacientes cuando presentan coxartrosis. (3)

Entre las herramientas más útiles por su validez, confiabilidad y sensibilidad al cambio están el SF-36 una escala genérica que permite calificar la calidad de vida en relación con la salud y la Harris Hip Score una escala específica para determinar la capacidad funcional de los pacientes con artroplastía total de cadera (ATC). Un estudio realizado por fisioterapeutas para conocer la fiabilidad de los sistemas de puntuación para candidatos a artroplastia de cadera comprobó que Harris Hip Score tiene una excelente confiabilidad para evaluar capacidad funcional en los pacientes con artroplastia de cadera. (4)

En nuestro país no son suficientes los estudios relacionados al conocimiento de esta intervención en referencia a la capacidad funcional y a la calidad de vida que obtienen los pacientes, por esta razón se aplicaron las escalas SF-36 y Harris Hip Score en treinta pacientes con el objetivo de conocer y comparar los resultados que obtuvieron en dos intervenciones, al inicio de la investigación y al tercer mes de seguimiento.

El uso de las escalas Harris Hip Score Modificada para funcionalidad y SF-36 para medir CVRS en pacientes con ATC por coxartrosis han proporcionado datos significativos y sugestivos, logrando caracterizar datos y cuantificarlos, los mismos que pueden servir en investigaciones futuras enfocadas a la mejoría de la CVRS y la funcionalidad en referencia a la rehabilitación del paciente.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La artroplastia de cadera es uno de los procedimientos quirúrgicos más usados actualmente a nivel mundial, en Estados Unidos se reemplazan más de 400.000 caderas anualmente, esta intervención tiene como objetivo principal disminuir el dolor y la incapacidad funcional principales síntomas en patología degenerativas como la coxartrosis. (5)

La independencia funcional y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes sometidos a esta cirugía puede verse afectada o favorecida luego de esta intervención, por lo cual se debe tener en cuenta que es un problema que podría desencadenar hasta en incapacidad funcional del paciente en especial la del adulto mayor.

Los siguientes estudios muestran como la CVRS y la funcionalidad mejoran tras la artroplastia de cadera, aunque no en todos los casos.

En Colombia 89 pacientes con tratamiento rehabilitador fueron evaluados con Harris hip score y SF-36, las escalas se aplicaron al inicio de la rehabilitación y a los 3 meses de seguimiento, al comparar las escalas encontraron mejoría y similitudes muy altas en casi todas las dimensiones relacionadas con función física y dolor. (6)

En Cataluña en el 2013 en una población de 672 pacientes se evaluó la CVRS con un preoperatorio y postoperatorio al año, mediante SF-36 y observaron que la mayoría de participantes tuvo mejorías en todas las dimensiones del test, un 9% presento poca mejoría al año lo que estaba relacionado al bajo apoyo social y a la salud mental percibida. (7)

En Barcelona en un estudio para medir la funcionalidad y calidad de vida luego de la artroplastia total de cadera, mediante Harris Hip Score y SF-36 mostro que el 90% de la población tenia mejorías aun a los 10 o 15 años de la cirugía. (8)

En un estudio realizado en México sobre funcionalidad y calidad de vida en pacientes con artroplastia de cadera, donde usaron HHS obtuvieron resultados favorables, el 80.6% tuvo una funcionalidad buena y el 9.7% como excelente. (9)

Luego de mencionar estos estudios es necesario realizar una investigación sobre funcionalidad y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con

artroplastia total de cadera por coxartrosis en los pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga.

Con lo citado y ya mencionado es relevante responder a la pregunta ¿Qué funcionalidad y calidad de vida presentan los pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga post artroplastía total de cadera por coxartrosis?

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial la esperanza de vida ha incrementado y es necesario realizar un enfoque sobre la CVRS, deben tomarse en cuenta todos los aspectos pertinentes a una vida de calidad y bienestar, tanto físico como social, dentro de estas su funcionalidad como lo establece la OMS donde se busca promover dar más vida a los años y no solo más años a la vida, ya que se estima que para el 2020 la artrosis seria la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial. (10)

En Azuay entre 2016 y 2017 en el Hospital José Carrasco Arteaga los datos de hospitalización muestran que 206 pacientes con coxartrosis fueron intervenidos quirúrgicamente con prótesis de cadera. (11)

Debido a una predisposición al envejecimiento en la población ecuatoriana y con ella el aumento en la demanda del uso de ATC. No existen cifras que describan el nivel de funcionalidad de los pacientes con ATC por coxartrosis, por lo que es de interés realizar esta investigación para obtener conocimientos sobre la realidad que presenta nuestra población y justificar el impacto ya sea positivo o negativo que se está otorgando a la población al someterse a una ATC.

Tomando como referencia el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS): donde se menciona que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales tienen gran importancia en la Agenda Internacional de salud, y que su tratamiento requiere mayor atención por parte de jefes de Estado y de Gobierno, ya que el incremento de la incidencia y prevalencia de las mismas significa daño social a las personas, las familias y las comunidades, especialmente en la población pobre, y también es un obstáculo cada vez mayor para el desarrollo humano, genera un problema relevante no tener datos concernientes al

desempeño e impacto social de personas que han sido intervenidas con artroplastia total de cadera a causa de coxartrosis siendo esta una ECNT. (12).

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ARTROSIS

La artrosis es una patología muy frecuente que involucra un proceso metabólico activo y dinámico que afecta a las articulaciones, siendo una de las principales causas de dolor y discapacidad en el mundo, este síndrome clínico provoca limitación funcional y psicológica comprometiendo la CVRS. Consiste en una degeneración del cartílago articular en conjunto con los tejidos adyacentes a éste. Se caracteriza por un daño focal asociado a una remodelación anormal y a un deterioro del hueso subcondral, y como consecuencia se forman osteófitos, hay debilitamiento de la musculatura peri articular, distensión articular e inflamación. (13)

2.1.1. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ARTROSIS

Los datos epidemiológicos Iberoamericanos son escasos debido a que el patrón de referencia es el diagnóstico radiográfico y este representa altos costos y los estudios actuales son realizados por los casos sintomáticos. (14) Generalmente cualquier tipo de artrosis aumenta con la edad, en artrosis de rodilla y manos hay una incidencia mayor en mujeres y en columna y cadera la incidencia aumenta en el sexo masculino. (15)

En Estados Unidos, según un muestreo de 316 pacientes a través de estudios radiológicos la prevalencia de artrosis de cadera fue de 3.8-5.5%. (16)

Los afroamericanos tienen una incidencia significativamente menor de artrosis radiográfica de la cadera que los blancos IC del 95%: 0.27- 0.71. pero la progresión de la artrosis de cadera fue más alta en los afroamericanos. (17)

La prevalencia de la artrosis va a depender de la variación geográfica así lo demuestran estudios donde mencionan que países como Jamaica, Sudáfrica, Liberia, Nigeria y algunas regiones de China la artrosis es poco frecuente 1-4% en comparación con países europeos donde hay hasta un 25% más. (18)

En España la artrosis sintomática de cadera afecta entre el 3,5 y 5,6% de los mayores de 50 años y tiene diferentes patrones radiológicos en función de la migración de la cabeza femoral. (19)

2.1.2. FACTORES DE RIESGO EN LA ARTROSIS

En la actualidad se conoce que la artrosis es una patología que no solo está asociada con el envejecimiento sino con más factores, al conocer estos se permite minimizar el impacto de esta enfermedad sobre las personas y por ende mejorar su CVRS. Entre las causas primordiales se pueden separar en dos grupos:

2.1.2.1. GENERALES MODIFICABLES

Obesidad: La artrosis de rodilla puede disminuir hasta un 50 % cuando hay reducción de peso, así lo demuestran varios estudios. Es indudable el factor mecánico sobre articulaciones de carga especialmente, las adipocinas posiblemente tiene un efecto degenerativo e inflamatorio, que son citoquinas derivadas del tejido adiposo que pueden promover inflamación crónica de bajo grado en las articulaciones por lo cual se consideraría como parte de un síndrome metabólico. (20)

Factores nutricionales: Estudios atribuyen un papel protector a las vitaminas C y D frente a la artrosis y su progresión, aunque los resultados no concluyen.



Anomalías articulares previas: Por ejemplo anomalías congénitas, displasias, defectos de alineación, traumatismos, laxitud articular, etc. La luxación de cadera o la displasia acetabular puede favorecer la aparición de artrosis de cadera mientras que lesiones meniscales y de los ligamentos, la meniscectomía y los defectos de alineación pueden generar artrosis de rodilla, y también ayudar a su progresión. Los traumatismos y fracturas son causa de aparición de artrosis secundarias en localizaciones atípicas. (21)

Factores hormonales: un déficit de estrógeno en la mujer se relaciona con la artrosis, esto explicaría el aumento de la incidencia y prevalencia a partir de la menopausia, por tanto, el uso de terapia de reemplazo hormonal podría tener un rol protector sobre la aparición de artrosis. Aunque en estudios recientes proyectan un efecto inverso aun no es del todo concluyente. (19)

Ocupación o actividad laboral: influye la sobrecarga articular, predominan aquellas donde los trabajos requieren el uso prolongado y repetitivo de las articulaciones afectadas ocasionando mayor frecuencia de artrosis, acompañándose de fatiga muscular implicados en el movimiento, ejemplo: labores de casa en 45% y agricultor en un 10%. (22)

Debilidad muscular: Estudios sugieren que este factor no es una manifestación de artrosis sino un signo previo a esta, por tanto, debe considerarse como un factor de riesgo para artrosis de rodilla en especial. Y aunque se recomienda trabajar para mejorar la fuerza muscular del cuádriceps para un mejor control de los síntomas, no hay evidencia de que se correlacione con la progresión de la artrosis a excepción del compartimiento lateral de la articulación femoropatelar. (19)

Práctica deportiva: El deporte generalmente cuando es realizado en forma competitiva mas no cuando es realizado de manera recreacional se asocia a distintos tipos de artrosis: gimnasia (hombros, codos y muñecas), fútbol (caderas, rodillas, tobillos, columna cervical), ciclismo (patelofemoral), boxeo (articulaciones carpometacarpianas). (19)

Factores posturales: “La cápsula articular está ricamente provista de mecano receptores que responden a las variaciones de posición, tensión y movimiento

para controlar la postura, el equilibrio y el movimiento. Las contracciones reflejas de los músculos de toda la cadena cinética, conocidas como estrategias de equilibrio, se producen en una secuencia predecible cuando el equilibrio ortostático se trastorna y se recupera. Las patologías articulares, la restricción del movimiento o la debilidad muscular pueden deteriorar el equilibrio y el control postural". (23)

2.1.2.2. GENERALES NO MODIFICABLES

Edad: Este factor es el más relacionado con la aparición de la artrosis, con incremento de la incidencia de manera independiente de las articulaciones afectadas a mayor edad, teniendo los mayores de 50 años más del 70% signos radiológicos y en los menores de 35 años hay una prevalencia aproximada del 0.1%, y a partir de los 75 años prácticamente el 100%. Este factor también permite la progresión de la enfermedad. (24)

Género: En general, la artrosis es más prevalente en el sexo femenino, con un riesgo relativo de 2,6. En los varones menores de 45 años y en las mujeres desde los 55 existe más prevalencia, debiéndose esto a factores genéticos y especialmente hormonales. las formas más severas de artrosis son más frecuentes en las mujeres por ejemplo la artrosis de manos, sus formas erosivas y nodulares, y la artrosis de rodilla, especialmente la que afecta al compartimiento femoropatelar, mientras que en el varón la artrosis afecta más a la articulación de la cadera, especialmente antes de los 50 años, y en la rodilla al compartimiento femorotibial. (19)

Factores genéticos: Aproximadamente entre el 50 a 60% de artrosis se da por contribución genética, la heredabilidad de la artrosis de rodilla es del 40%, la de la mano se sitúa en torno al 65% y la de artrosis de cadera alrededor del 60%. (25) aunque la evidencia de que la herencia genética intervenga en la progresión de la artrosis no es concluyente. (24)

Raza: La raza blanca, es la más afectada por la artrosis en general. Existen diferencias en la distribución de diferentes formas de artrosis según la raza. Por ejemplo las mujeres chinas y las afroamericanas tienen mayor frecuencia de artrosis de rodilla, las causas podrían ser atribuidas a un componente genético

o ambiental, relacionado con la sobrecarga articular debido a la actividad laboral en estos grupos. (19)

2.2. ARTROSIS DE CADERA

La segunda articulación más afectada después de la rodilla es la cadera y la que más incapacidad causa, el dolor es principal signo que puede estar presente de manera local y/o referida a zonas cercanas a la articulación. Cuando el cuadro avanza se presenta dolor con más intensidad al movimiento en la región de la ingle, trocantérea, glútea y/o en la cara anterior del muslo con menor frecuencia de dolor en rodilla. (9) La artrosis de cadera sintomática afecta a los mayores de 50 años entre el 3,5 y 5,6% y a los mayores de 80 años puede alcanzar el 10%. Afectando levemente al sexo masculino antes de los 50 años y en el sexo femenino se incrementa desde la menopausia. La afectación poliarticular es más común en las mujeres y las presentaciones más severas precisan recambio articular protésico, mientras que la afectación unilateral es de un 55-65% en ambos sexos.

Según la migración de la cabeza femoral hay 3 tipos radiológicos:

— Desplazamiento superior de la cabeza femoral: La superomedial es globalmente la más frecuente y predomina en varones, con sintomatología precoz y progresión rápida, y la superolateral, más frecuente en mujeres, se asocia a displasia acetabular.

— Desplazamiento medial de la cabeza femoral con protrusión acetabular. Suele ser bilateral, con predominio en mujeres.

—Desplazamiento de la cabeza hacia la línea media con disminución concéntrica y homogénea del espacio articular. Se asocia a la presencia de causas secundarias (osteonecrosis, Paget) y a formas de artrosis generalizada. (19)

2.3. ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

El reemplazo total de cadera sigue siendo una de las operaciones más frecuentes y exitosas del mundo, en esta intervención quirúrgica se reemplazan el hueso y los cartílagos dañados de la articulación por materiales sintéticos, sus beneficios son disminuir el dolor, mejorar la función y sobre todo la calidad de vida de los pacientes con patología degenerativa o inflamatoria de la cadera. (19)

La colocación de prótesis sigue aumentando debido tanto a la esperanza de vida que se incrementa en la población mundial, como al éxito del procedimiento, y se calcula que se realizan en todo el mundo aproximadamente 1 millón artroplastias al año. (26)

En Cuenca de 2000 a 2005 en el Hospital del IESS se realizaron un 69,6% de ATC que corresponden al sexo femenino, y el 30,40% al sexo masculino y según la edad el 51,9% se encuentran entre los 35 a 65 años, y el 48,1% son mayores de 65 años. (27)

El tiempo de vida útil de la prótesis va a depender del tipo, encontrándose las cementadas y no cementadas. El tipo del diseño protésico dependen del componente protésico y de la cantidad de detritus de desgaste generados por la superficie de rodamiento/carga, estos buscan el éxito a largo plazo de la artroplastía. Los avances tanto en las técnicas de cementación femoral como en el diseño de los vástagos cementados han conseguido resultados de supervivencia a los 10 años casi perfectos con un 98 %, y a los 25 años con una buena supervivencia del 93 %. Con el componente acetabular las tasas de supervivencia son similares para las técnicas cementadas 95 % y no cementadas 95-100 % a los 10 años; sin embargo, a los 15 años las técnicas sin cementación 85-94% son mejores que las cementadas 70-95 %, las aplicaciones de estas técnicas van a depender de la edad del paciente por lo general las cementadas son más utilizadas en pacientes ancianos. (28)

La ATC mejora la condición del dolor persistente del paciente, las funciones que interfieren en el desarrollo de sus actividades de la vida diaria y la CVRS, en el éxito de la colocación de prótesis va a depender de la edad del paciente, así los adultos jóvenes tendrán mejor respuesta que los adultos mayores.



Algunas contraindicaciones relativas son ausencia de masa muscular abductora de la cadera, un déficit neurológico progresivo y la obesidad mórbida. Las contraindicaciones como tal son infección activa (local o sistémica), enfermedades médicas preexistentes significativas (por ejemplo, infarto agudo de miocardio reciente o angina inestable, insuficiencia cardíaca o anemia severa), inmadurez esquelética, paraplejía o tetraplejía y debilidad muscular permanente o irreversible en ausencia de dolor. Dentro de las complicaciones postoperatorias, aunque son infrecuentes y pueden ser prevenidas y tratadas, tenemos: enfermedad tromboembólica, infección, luxación, osteolisis y desgaste, aflojamiento aséptico, fractura periprotésica, fractura/fallo prótesis, disimetría, osificación heterotópica. (28)

2.4. FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON ARTROPLASTIA DE CADERA POR ARTROSIS.

Se puede entender como funcionalidad a la independencia o a la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás, esta influye directamente sobre la calidad de vida. (29)

En relación a los estudios de funcionalidad con HHS demuestran que en el sexo femenino esta se encuentra disminuida y así mismo su mejoría, en comparación con el sexo masculino donde las mejoras tras una artroplastia de cadera son más evidentes. (14)

En un estudio realizado por el Dr. Yosvani Pérez, et al. en pacientes con postoperatorio mayor a 22 meses y con seguimiento al décimo mes se encontró que hay predominio de las edades entre 70 y 80 años de un rango de 42 a 80 años, el sexo más afectado es el femenino, en la evaluación de la Harris Hip Score mostro mejoría de 39 puntos, la funcionalidad luego de una ATC obtuvo calificación en las categorías excelentes y buenos en la totalidad de los pacientes. (30)

2.5. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTROPLASTIA DE CADERA POR ARTROSIS.

Se podría definir a la CVRS como la capacidad de comprender la percepción que la persona tiene sobre el impacto que ha provocado la enfermedad o su tratamiento sobre su sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación (funcionalidad). Y estas dimensiones básicas deberían analizar al menos los dominios físico, emocional y social, esta capacidad de medir la CVRS nos permite describir el impacto de una enfermedad y conocer mediante evaluaciones la efectividad de los tratamientos. (31)

Desde el punto de vista de la rehabilitación luego de medir CVRS la peor calidad de vida se asocia al sexo femenino, a jubilados por invalidez, padecer una o más comorbilidades y estado civil viudo, datos obtenidos por el Medical Outcomes Study Survey Form 36 al final los pacientes experimentaron mejoría en cinco de las ocho dimensiones del test (excepto en rol emocional y salud general y vitalidad) entre la situación inicial y a los tres meses. El estudio concluye que la CVRS del paciente luego de la rehabilitación en general mejoran su calidad de vida. (32)

2.6 VALIDACIÓN DE LAS PRUEBAS UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN.

En un estudio de cohorte prospectivo con 56 pacientes con postoperatorio entre 2 a 10 años que presentaban reemplazo total de cadera se comparó la Harris hip Score con otras escalas genéricas y específicas como SF-36 y WOMAC (Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index), probando lo siguiente: validez de contenido, validez de constructo convergente y divergente, validez de criterio, confiabilidad de prueba y re prueba, confiabilidad de consistencia interna y confiabilidad interobservador, concluyeron que aunque no existen pocas pruebas de validez, la HHS muestra alta validez, confiabilidad, sensibilidad al cambio y puede ser utilizada por un médico o un fisioterapeuta para estudiar el resultado clínico del reemplazo de cadera. (33)

En Colombia mediante entrevista y autodiligenciado en 605 personas, obtuvieron datos de 0% a 1,5%, las correlaciones ítem-escala superaron 0,48, la fiabilidad



fue mayor de 0,70. La fiabilidad inter-observador fue mayor de 0,80; el test-retest superó el 0,70 y no mostró diferencias significativas. Concluyeron que el SF-36 es confiable para evaluar calidad de vida en relación con la salud. (34)

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la funcionalidad y calidad de vida en pacientes post artroplastia total de cadera por coxartrosis en el Hospital “José Carrasco Arteaga”. Cuenca 2017-2018.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Clasificar a los pacientes con artroplastia total de cadera por artrosis, según características demográficas.
- ✓ Aplicar las escalas Harris Hip Score Modificado y SF-36 en los pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”.
- ✓ Describir los resultados obtenidos a través de las escalas de funcionalidad y calidad de vida en relación con la salud que se obtendrán al inicio del estudio y al tercer mes de seguimiento, y las variables demográficas.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación realizada es de carácter longitudinal, prospectivo, descriptivo y observacional.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

Para la toma de la muestra basal, el estudio se realizó en el área de rehabilitación del Hospital José Carrasco Arteaga, ubicado entre Popayán y Pacto Andino, camino a Rayoloma del cantón Cuenca y el seguimiento al tercer mes se realizó en el domicilio de los participantes del proyecto.

4.3. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo y muestra está constituido por 30 pacientes con ATC que participaron en la investigación durante los meses de junio del 2017 – febrero del 2018.

La muestra se recolecto en dos ocasiones, el primer muestreo (basal) se realizó a los pacientes durante su tratamiento rehabilitador ambulatorio, comprendido desde los 15 días a 12 meses del postoperatorio y el seguimiento (final) al tercer mes de evolución en relación a la primera toma de datos, a través de los test HHS y SF-36.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de artroplastia total de cadera por coxartrosis que asistan al área de rehabilitación del Hospital José Carrasco Arteaga durante el desarrollo de este trabajo de investigación.
- Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes entre los 15 días a 12 meses postoperatorio para la primera evaluación

4.4.2 EXCLUSIÓN

- Pacientes que no deseen firmar el consentimiento informado.
- Pacientes con alteraciones cognitivas.
- Pacientes que presenten patologías agregadas que no permitan deambulación.
- Pacientes que no deseen realizar el seguimiento de su caso al tercer mes.
- Pacientes que hayan presentado luxación de prótesis de cadera.

4.5. VARIABLES

- Edad
- Género
- Estado Laboral
- Instrucción
- Comorbilidades
- Postoperatorio
- Calidad de vida relacionada con la salud
- Funcionalidad

4.5.2. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

(Anexo N°1)

4.6. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS.

4.6.1. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se acudió al área de rehabilitación del Hospital José Carrasco Arteaga, once participantes fueron captados en hospitalización donde se recolecto sus datos para su posterior ubicación a los quince días postcirugía en sus domicilios, mientras diecinueve participantes con postoperatorio entre un mes a once meses fueron captados en el área de rehabilitación ya que se encontraban con tratamiento rehabilitador ambulatorio.

Posterior a esto mediante una ficha del paciente, donde constaban variables de estudio que facilitaron la obtención de datos y luego de explicar a los participantes del estudio, que la evaluación mediante los test, SF-36, Harris Hip Score Modificado (**Anexo N°2**), se realizaría dos veces; la primera al inicio del estudio y un seguimiento al tercer mes, se procedió a evaluar a los participantes con las escalas ya mencionadas con la previa aceptación del consentimiento informado. (**Anexo N°3**).

En la evaluación de funcionalidad mediante Harris Hip Score Modificado:

Para puntuar la dimensión dolor, se preguntaba al participante si sentía dolor de 10 puntos para calificarlo como severo, 5 puntos moderado, 1 o 2 puntos como leve y 0 puntos como ninguno, colocando el puntaje como correspondía en los valores propios de la escala.

Para marcar la distancia a caminar su uso cinta de color amarillo al inicio y final de 10 metros en el pasillo del área 1 de rehabilitación, si el paciente era capaz



de dar 10 vueltas se puntuaba como capaz de caminar una cuadra, si daba menos vueltas se calificaba como capaz de caminar en interiores, si caminaba 60 vueltas era capaz de caminar 6 cuadras y si alcanzaba más de 70 vueltas era capaz de caminar 10 cuadras, en el estudio no hubo pacientes incapaces de caminar, mientras el paciente caminaba se observaba si existía claudicación, si usaba implementos y de qué tipo para poder puntuar la dimensión función de apoyos.

Se preguntaba al paciente si podía lavar, secar y cortar las uñas de sus pies, dependiendo del postoperatorio en el que se encontraba, al mismo tiempo se observaba si podía colocarse sus medias o colocase sus zapatos (con cordones).

Se pedía al paciente que suba las escaleras del área de rehabilitación para verificar si podía realizarlo.

En la evaluación en los domicilios se preguntaba al paciente si podía subir escaleras y se confirmaba pidiendo que suba las de su domicilio. Para observar la distancia a caminar se pedía que recorra la cuadra de su domicilio y según el número de veces que la recorría se procedía a puntuar la dimensión, según lo alcanzado.

4.6.2. TÉCNICAS

Se aplicaron los test para funcionalidad Harris Hip Score Modificado y SF-36 en 30 pacientes con ATC por coxartrosis, la muestra se tomó al inicio del estudio (basal) y al tercer mes de seguimiento (final).

4.6.3. INSTRUMENTOS

4.6.3.1. HARRIS HIP SCORE MODIFICADO

La HHS es un instrumento específico no auto aplicado, por tanto, debe ser realizado por personal capacitado, este test estudia los problemas de la cadera y los resultados de su tratamiento. Incluye tres dimensiones (dolor, función,

movilidad), utiliza un rango de puntuación entre 0 (peor capacidad funcional posible) y 80 (mejor capacidad funcional posible). La puntuación global se obtiene por agregación simple de las puntuaciones de cada una de las tres dimensiones, siendo dolor (hasta 40 puntos) y función (hasta 20 puntos, divididos en distancia a caminar, hasta 15 puntos, y uso de muletas, hasta 5 puntos), movilidad (hasta 20 puntos, divididos en capacidad de movilizarse en vehículo, hasta 5 puntos, cuidado de sus pies, hasta 5 puntos, claudicación evidente a la marcha, hasta 5 puntos y subir escaleras, hasta 5 puntos). Según la interpretación cualitativa de los autores, los resultados serían (excelentes: entre 70 y 80; buenos: 60-69; regulares: 50-59; y malos: 49). (35)

4.6.3.2. MEDICAL OUTCOMES STUDY (MOS) SHROT-FORM HEALTH SURVEY (SF-36)

El MOS SF-36 es un instrumento genérico y auto aplicado, ampliamente utilizado para medir el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida, y del que existe una versión española previamente validada, así como valores poblacionales de referencia. El MOS SF-36 consta de treinta y seis preguntas y ocho dimensiones: salud general, función física, rol funcional, rol emocional, rol social, dolor, vitalidad y salud mental., no permite agrupar las puntuaciones de las diferentes dimensiones en una puntuación global pero se puede agrupar en dos dimensiones salud física general y salud mental general y para la valoración cualitativa de sus resultados suele emplearse la comparación con los patrones poblacionales de puntuación según grupos de edad y sexo Las puntuaciones de cada una de las 8 dimensiones del SF-36 oscilan entre los valores 0 y 100. Siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 reflejaría un estado de salud muy malo. (36)

4.7 PROCEDIMIENTOS.

4.7.1 AUTORIZACIÓN



Se entregó un oficio al Coordinador General de Investigación del Hospital “José Carrasco Arteaga”, Dr. Mauricio Rivera Ullauri, en el cual se solicitó la autorización para la realización del presente estudio a desarrollarse en el Área de Rehabilitación Física.

4.7.2 CAPACITACIÓN

La capacitación fue realizada mediante revisiones bibliográficas, ya que se tiene los conocimientos y prácticas previas a la intervención.

4.7.3 SUPERVISIÓN

La supervisión estuvo a cargo de la Mg. Viviana Catalina Méndez Sacta como directora y asesora de la tesis.

4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

Con la información obtenida en la aplicación de los tests se creó una base de datos en el Software SPSS versión 24. Los valores de las características demográficas se presentan mediante estadísticos descriptivos de frecuencia (n) y porcentaje (%). Mientras para la generación de tablas y gráficos se usó la herramienta Microsoft Excel 2010.

Para describir funcionalidad con características demográficas se usó estadísticos descriptivos de tablas cruzadas donde se consideró la clasificación funcional (excelente, bueno, regular, malo) según la puntuación total de la escala, así también para la calidad de vida relacionada con la salud.

La CVRS basal y final se describen con el mínimo, máximo, media y desviación estándar para observar los cambios significativos. Las estadísticas manejadas en el desarrollo de la tabulación permiten exhibir la información en el programa Microsoft Word 2010.

4.9 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS.

La principal garantía de confidencialidad está basada, en que toda investigación con seres humanos, necesita un estricto seguimiento de las normas nacionales e internacionales sobre el respeto a la libre voluntad del individuo y que en el campo de la fisioterapia esto se contempla por la formación que recibimos los estudiantes por parte de docentes capacitados.

Antes de la aplicación de los test se le informo al paciente sobre el estudio a realizarse, se explicó que no existirían beneficios ya sean económicos o en su atención en el área.

Se respetó la dignidad de los pacientes participantes y su libre voluntad de desear retirarse cuando así lo hubiesen requerido.

En definitiva, la información ha sido resguardada con absoluta reserva respetando los nombres de los pacientes y la confidencialidad, los datos obtenidos son de uso exclusivo para esta investigación; adicionalmente a través del consentimiento informado se corroboro la libre decisión de participación de los pacientes en el estudio. **(Anexo N°3)**

4.10 RECURSOS.

4.10.1 RECUSOS HUMANOS.

DIRECTOS

María Fernanda Conduri Ortíz.

Mg. Viviana Catalina Méndez Sacta.

INDIRECTOS

Pacientes que asistan durante el tratamiento rehabilitador ambulatorio del área de rehabilitación del Hospital “José Carrasco Arteaga”.

4.10.2 RECURSOS MATERIALES

RUBRO	VALOR UNITARIO (USD)	VALOR TOTAL (USD)
Hojas	0.01\$	15,00
Copias	0.02\$	30,00
CD-R	1.00\$	3,00
Carpetas	0.30\$	1,20
Esferográficos	0.30\$	3,00
Internet	25.00\$ mensuales	150,00
Transporte	1.50\$ diarios	270,00
Anillados	1.00\$	4,00
TOTAL		\$ 526,20

Elaborado por: La autora.

4.11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTROPLASTIA DE CADERA DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”. CUENCA 2018.”

ACTIVIDAD	JUNIO 2017-FEBRERO 2018								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Elaboración del fundamento teórico.	X								
Autorización del Hospital para la recolección de datos		X	X						
Recolección de información.				X	X	X	X	X	
Análisis de información.								X	
Presentación de resultados.									X
Entrega de informe.									X

Elaborado por: La autora.

CAPITULO V**5. ANÁLISIS DE RESULTADOS****5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.**

Se evaluó a 30 pacientes en el área de rehabilitación del Hospital José Carrasco Arteaga, durante los meses de junio del 2017 a febrero del 2018 mediante dos intervenciones (basal y final) para la respectiva descripción de los datos obtenidos. Culminada la obtención de datos a través de los test: "Harris Hip Score" para la funcionalidad y "SF-36" para la "CVRS" en pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis, se muestran los resultados detallados en tablas y gráficos a continuación:

TABLA N°1

Distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital "José Carrasco Arteaga", según edad. Cuenca, junio 2017- febrero 2018.

VARIABLE		n	%
EDAD	25 a 35 años	5	17
	36 a 45 años	2	7
	46 a 55 años	4	13
	56 a 65 años	6	20
	66 a 75 años	9	30
	75 a 85 años	4	13
TOTAL		30	100

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

En la tabla N° 1, se observa que el rango de edad con mayor porcentaje comprende el grupo entre los 66 a 75 años con un 30%, seguido del grupo de 56 a 65 años con un 20%. El grupo de edad entre los 25 a 35 años tiene un 17%.

TABLA N°2

Distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según género. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		n	%
GÉNERO	Masculino	11	36,7
	Femenino	19	63,3
TOTAL		30	100

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

En la tabla N°2, se observa claramente que el porcentaje que predomina según género es el femenino con un 63.3%, mientras el masculino tiene un 36.7%.

TABLA N°3

Distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según estado laboral. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		n	%
ESTADO LABORAL	Activo	16	53,3
	Jubilado por enfermedad	1	3,3
	Jubilado por edad	8	26,7
	Ama de casa jubilada	5	16,7
TOTAL		30	100

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

En la tabla N°3, el estado laboral mayoritario se encuentra activo con un 53.3%, seguido de jubilados por edad con un 26.7%, mientras el grupo de amas de casa jubiladas consta de un 16.7% y jubilados por enfermedad tiene un 3.3%.

TABLA N°4

Distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según nivel de instrucción. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		n	%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Sin estudios	2	6,7
	Primaria	11	36,7
	Secundaria	12	40
	Universitaria	5	16,7
TOTAL		30	100

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

En la tabla N°4, según la muestra observada el grupo de *instrucción secundaria* tiene un 40%; seguido del grupo de instrucción primaria con un 36.7%, el grupo de *instrucción universitaria* tiene un 16.7% y *sin estudios* tiene un 6.7%.

TABLA N°5

Distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según comorbilidad. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

	VARIABLE	n	%
COMORBILIDAD	Hipertensión arterial	9	30,0
	Artritis reumatoidea	5	16,7
	Diabetes	1	3,3
	Obesidad	2	6,7
	Lesión del ciático poplíteo externo	1	3,3
	Osteotomía	1	3,3
	Fibromialgia	1	3,3
	Hipertiroidismo	2	6,7
	Ninguno	8	26,7
	TOTAL		30

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Partiendo de la información expuesta en la tabla N°5, según la muestra observada la comorbilidad con mayor porcentaje es la hipertensión arterial con un 30.0%, precedido con un 26.7% por ninguna comorbilidad, mientras artritis reumatoidea se encuentra con un 16.7%, hipertiroidismo con un 6.7% y finalmente un 3.3% pertenece a diabetes, obesidad, osteotomía, fibromialgia y lesión del ciático poplíteo externo.

TABLA N°6

Distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según posoperatorio. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE	n	%	
POSTOPERATORIO	15 días	11	36,7
	1 mes	5	16,7
	2 meses	3	10,0
	3 meses	3	10,0
	4 meses	3	10,0
	5 meses	2	6,7
	9 meses	1	3,3
	11 meses	2	6,7
	TOTAL	30	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

En la tabla N°6, se observa que 11 pacientes participantes del estudio inician a los 15 días postoperatorio, 5 pacientes al mes postoperatorio, a los 2, 3, 4 meses postoperatorio participan 3 pacientes respectivamente, a los 5 meses postoperatorio 2 pacientes, a los 9 meses postoperatorio un paciente y a los 11 meses postoperatorio 2 pacientes.

TABLA N°7

Cuadro estadístico de funcionalidad basal en pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según dimensiones Harris Hip Score. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

Dimensión	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	p 25	p75
DOLOR	20	35	25,50	7,352	20,00	35,00
FUNCION	3	25	9,37	6,111	3,00	11,25
MOVILIDAD	3	15	9,23	3,329	5,75	12,25
TOTAL	26	73	44,10	14,509	32,50	56,50

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

En la tabla N°7, se observan las dimensiones de HHS junto con el análisis descriptivo de todos los pacientes durante la primera evaluación de la funcionalidad de pacientes con ATC por coxartrosis.

La dimensión dolor presenta de 25.50 que corresponde a dolor moderado, función a 9.37, movilidad a 9.23 y 44.10 en la función total. Esto nos permite conocer que durante esta evaluación mediante los puntajes de las dimensiones de la HHS la funcionalidad se encuentra con una calificación equivalente a mala.

TABLA N°8

Cuadro estadístico de funcionalidad final en pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según dimensiones Harris Hip Score. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

Dimensión	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	p 25	p75
DOLOR	20	35	33,00	5,186	35,00	35,00
FUNCION	8	20	16,17	2,817	15,00	19,00
MOVILIDAD	10	19	13,37	1,497	13,00	13,00
TOTAL	48	74	62,53	6,463	62,50	67,00

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

En la tabla N°8, se observan las dimensiones de HHS junto con el análisis descriptivo de todos los pacientes durante el seguimiento al tercer mes desde la primera evaluación.

Estos datos a través de la media nos muestran que la dimensión dolor disminuyó en cuanto a los resultados basales pasando de moderado a leve u ocasional. Y el puntaje total paso de una calificación como mala en los resultados basales a calificar como buena según la mediana 62,53.

TABLA N°9

Cuadro de distribución de funcionalidad en pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según categorías Harris Hip Score. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE	Categoría	Inicio		Final	
		n	%	n	%
FUNCIONALIDAD	Excelente	2	6,7	2	6,7
	Buena	3	10	21	70
	Regular	6	20	6	20
	Mala	19	63,3	1	3,3
	TOTAL		30	100	30

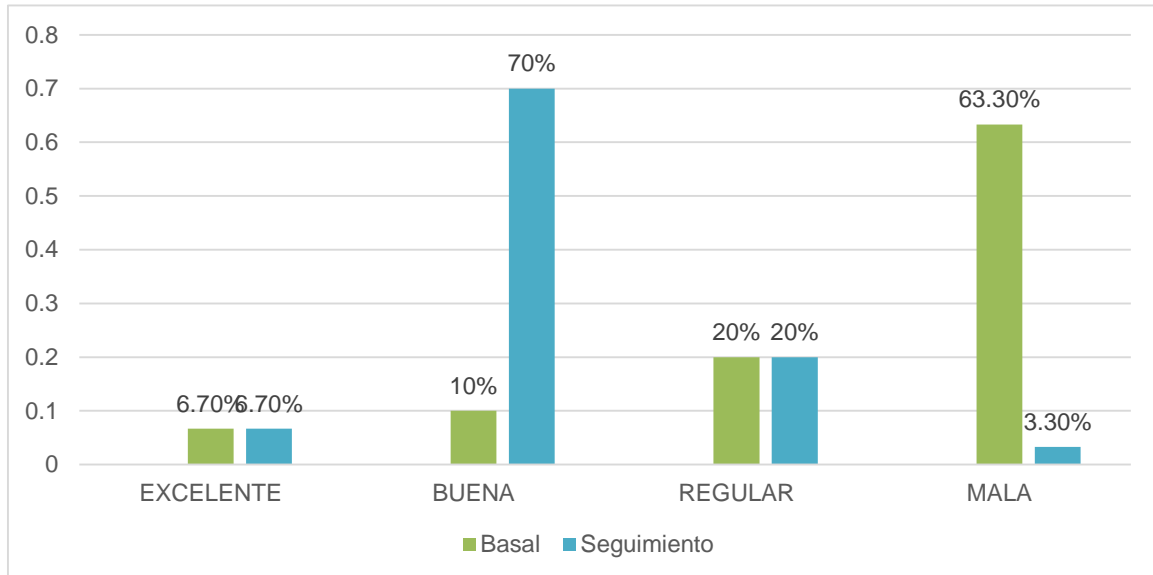
Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Analizando la tabla N°9, se observa que la categoría que representa funcionalidad mala va desde un 63.3% a un 3.3% tres meses después de la primera evaluación, la funcionalidad excelente y regular se mantienen y la funcionalidad buena pasa de un 10% a un 70% en la segunda evaluación.

GRÁFICO N° 1

Distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según categorías del Harris Hip Score. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.



Fuente: Tabla N°15 y N°32.

Elaborado por: La autora.

Como indica la tabla N°9 y el gráfico N°1, hay una mejoría notable de la funcionalidad obtenida durante la primera recolección de datos en relación a la segunda muestra, observamos que la categoría “buena” va de un 10% a un 70%, y la categoría “mala” disminuye de un 63.3% a un 3.3%, las categorías “excelente” y “regular” se mantienen.

TABLA N°10

Cuadro de distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según edad y funcionalidad basal. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		HARRIS HIP SCORE				TOTAL
		MALA	REGULAR	BUENA	EXCELENTE	
EDAD	25 a 35 años	4	1	0	0	5
		13,3%	3,3%	0,0%	0,0%	16,7%
	36 a 45 años	1	1	0	0	2
		3,3%	3,3%	0,0%	0,0%	6,7%
	46 a 55 años	4	0	0	0	4
		13,3%	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%
	56 a 65 años	3	1	1	1	6
		10,0%	3,3%	3,3%	3,3%	20,0%
	66 a 75 años	6	1	1	1	9
		20,0%	3,3%	3,3%	3,3%	30,0%
	75 a 85 años	1	2	1	0	4
		3,3%	6,7%	3,3%	0,0%	13,3%
	TOTAL	19	6	3	2	30
		63,3%	20,0%	10,0%	6,7%	100,0%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

TABLA N°11

Cuadro de distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según edad y funcionalidad final. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		HARRIS HIP SCORE				TOTAL
		MALA	REGULAR	BUENA	EXCELENTE	
EDAD	25 a 35 años	0	1	4	0	5
		0,0%	3,3%	13,3%	0,0%	16,7%
	36 a 45 años	0	0	2	0	2
		0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	6,7%
	46 a 55 años	0	1	3	0	4
		0,0%	3,3%	10,0%	0,0%	13,3%
	56 a 65 años	0	2	3	1	6
		0,0%	6,7%	10,0%	3,3%	20,0%
	66 a 75 años	1	2	5	1	9
		3,3%	6,7%	16,7%	3,3%	30,0%
	75 a 85 años	0	0	4	0	4
		0,0%	0,0%	13,3%	0,0%	13,3%
	TOTAL	1	6	21	2	30
		3,3%	20,0%	70,0%	6,7%	100,0%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Analizando la tabla N°10 y 11, en relación a las categorías del HHS según edad, en la evaluación inicial se observa que los pacientes que tienen edad entre 25 a 35 años se agrupan en un 13.3% en la categoría de *mala* y luego con un 13.3% pasa a la categoría buena y un 3.3 % se mantiene en categoría regular. Los pacientes edad entre 66 a 75 años se agrupan en un 20.0%, en la categoría mala durante la primera evaluación y en la segunda evaluación con un 16.7 % en la categoría buena. Estos datos nos muestran que los pacientes jóvenes alcanzan mejor funcionalidad que los adultos mayores en comparación con el tiempo de seguimiento.

TABLA N°12

Cuadro de distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según género y funcionalidad basal. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		HARRIS HIP SCORE				TOTAL
		EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	
GÉNERO	Masculino	2	1	2	6	11
		6,70%	3,30%	6,70%	20,00%	36,70%
	Femenino	0	2	4	13	19
		0,00%	6,70%	13,30%	43,30%	63,30%
	TOTAL	2	3	6	19	30
6,70%		10,00%	20,00%	63,30%	100,00%	

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

TABLA N°13

Cuadro de distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según género y funcionalidad final. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		HARRIS HIP SCORE				TOTAL
		EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	
GÉNERO	Masculino	2	7	2	0	11
		6,7%	23,3%	6,7%	0,0%	36,7%
	Femenino	0	14	4	1	19
		0,0%	46,7%	13,3%	3,3%	63,3%
	TOTAL	2	21	6	1	30
6,7%		70,0%	20,0%	3,3%	100,0%	

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

Analizando la tabla N°12 y 13, se observa que el género femenino se agrupa en un 43.3% en la categoría *mala* durante la primera evaluación, en la segunda evaluación pasa a un 46.7% a categoría buena. En el género masculino sucede algo similar que va de una categoría mala con un 20% a un a categoría buena con un 23.3%, aunque solo el género masculino obtiene la categoría excelente con un 6.7%, esto nos muestra que el género puede influir la recuperación de la funcionalidad

TABLA N°14

Cuadro de distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según estado laboral y funcionalidad basal. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		HARRIS HIP SCORE				TOTAL
		EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	
ESTADO LABORAL	Activo	0	1	3	12	16
		0,0%	3,3%	10,0%	40,0%	53,3%
	Jubilado por enfermedad	1	0	0	0	1
		3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
	Jubilado por edad	1	1	2	4	8
		3,3%	3,3%	6,7%	13,3%	26,7%
	Ama de casa jubilada	0	1	1	3	5
		0,0%	3,3%	3,3%	10,0%	16,7%
	TOTAL	2	3	6	19	30
		6,7%	10,0%	20,0%	63,3%	100,0%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

TABLA N°15

Cuadro de distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según estado laboral y funcionalidad final. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		HARRIS HIP SCORE				TOTAL
		EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	
ESTADO LABORAL	Activo	0	13	3	0	16
		0,0%	43,3%	10,0%	0,0%	53,3%
	Jubilado por enfermedad	1	0	0	0	1
		3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
	Jubilado por edad	1	6	1	0	8
		3,3%	20,0%	3,3%	0,0%	26,7%
	Ama de casa jubilada	0	2	2	1	5
		0,0%	6,7%	6,7%	3,3%	16,7%
	TOTAL	2	21	6	1	30
		6,7%	70,0%	20,0%	3,3%	100,0%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.



Analizando tabla N°14 y 15, se muestra que un 40% de los pacientes con estado laboral activo tiene una funcionalidad *mala* en la primera evaluación y en la segunda evaluación presenta un 43.3% en la categoría buena, en la misma categoría jubilados por edad pasan de un 13.3% con funcionalidad mala a un 20.0% con funcionalidad buena. El estado laboral, jubilado por enfermedad y jubilados por edad dos personas mantienen un 3.3% en categoría excelente esto puede deberse al tiempo de postoperatorio.

TABLA N°16

Cuadro de distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según nivel de instrucción y funcionalidad basal. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		HARRIS HIP SCORE				TOTAL
		MALA	REGULAR	BUENA	EXCELENTE	
ESTADO LABORAL	Sin estudios	2	0	0	0	2
		6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%
	Primaria	7	3	1	0	11
		23,3%	10,0%	3,3%	0,0%	36,7%
	Secundaria	6	2	2	2	12
		20,0%	6,7%	6,7%	6,7%	40,0%
Universitaria	4	1	0	0	5	
	13,3%	3,3%	0,0%	0,0%	16,7%	
TOTAL		19	6	3	2	30
		63,3%	20,0%	10,0%	6,7%	100,0%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

TABLA N°17

Cuadro de distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según nivel de instrucción y funcionalidad final. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		HARRIS HIP SCORE				TOTAL
		MALA	REGULAR	BUENA	EXCELENTE	
ESTADO LABORAL	Sin estudios	0	1	1	0	2
		0,0%	3,3%	3,3%	0,0%	6,7%
	Primaria	1	2	8	0	11
		3,3%	6,7%	26,7%	0,0%	36,7%
	Secundaria	0	2	8	2	12
		0,0%	6,7%	26,7%	6,7%	40,0%
Universitaria	0	1	4	0	5	
	0,0%	3,3%	13,3%	0,0%	16,7%	
TOTAL		1	6	21	2	30
		3,3%	20,0%	70,0%	6,7%	100,0%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

En las tablas N°16 y 17 observamos que el nivel de instrucción primaria y secundaria alcanza a tener una funcionalidad buena en la segunda evaluación con un 26.7 %. También se observa que de 5 pacientes con instrucción universitaria 4 alcanzaron una funcionalidad buena, esto nos permite decir que a mayor grado de instrucción las recomendaciones e indicaciones durante el tratamiento pueden ser llevadas a cabo de manera más efectiva.

TABLA N°18

Cuadro de distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según comorbilidad y funcionalidad basal. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		HARRIS HIP SCORE				TOTAL
		EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	
COMORBILIDAD	Hipertensión Arterial	1	1	2	5	9
		3,3%	3,3%	6,7%	16,7%	30,0%
	Artritis reumatoidea	1	0	0	4	5
		3,3%	0,0%	0,0%	13,3%	16,7%
	Diabetes	0	0	1	0	1
		0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Obesidad	0	0	1	0	1
		0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Lesión del ciático poplíteo externo	0	0	0	1	1
		0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	Osteotomía	0	0	0	1	1
		0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
Fibromialgia	0	0	0	1	1	
	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%	
Hipertiroidismo	0	1	0	1	2	
	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%	6,7%	
Ninguna	0	1	2	6	9	
	0,0%	3,3%	6,7%	20,0%	30,0%	
TOTAL	2	3	6	19	30	
	6,7%	10,0%	20,0%	63,3%	100,0%	

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

TABLA N°19

Cuadro de distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según comorbilidad y funcionalidad final. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		HARRIS HIP SCORE				TOTAL
		EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	
COMORBILIDAD	Hipertensión Arterial	1	6	1	1	9
		3,3%	20,0%	3,3%	3,3%	30,0%
	Artritis reumatoidea	1	2	2	0	5
		3,3%	6,7%	6,7%	0,0%	16,7%
	Diabetes	0	1	0	0	1
		0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
	Obesidad	0	1	0	0	1
		0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
	Lesión del ciático poplíteo externo	0	0	1	0	1
		0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Osteotomía	0	0	1	0	1
		0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
Fibromialgia	0	0	1	0	1	
	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%	
Hipertiroidismo	0	2	0	0	2	
	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%	6,7%	
Ninguno	0	9	0	0	9	
	0,0%	30,0%	0,0%	0,0%	30,0%	
TOTAL	2	21	6	1	30	
	6,7%	70,0%	20,0%	3,3%	100,0%	

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

En las tablas N°18 y 19, se observa que de 9 pacientes sin ninguna comorbilidad mejoran su funcionalidad pasando de un 20% con categoría mala a un 30% con categoría buena. Los pacientes con hipertensión arterial pasan de un 16% con categoría mala a un 20% a categoría buena. Las comorbilidades como fibromialgia, osteotomía y lesión del ciático poplíteo externo pasan de una categoría mala a una regular, estos datos nos permiten corroborar que una persona sin comorbilidades va a presentar mejor funcionalidad.

TABLA N°20

Cuadro de distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según postoperatorio y funcionalidad basal. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		POSTOPERATORIO							TOTAL	
		15 DIAS	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	9 MESES		11 MESES
HARRIS HIP SCORE	Excelente	0	0	0	0	0	0	0	2	2
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	6,7%
	Buena	0	0	0	0	2	0	1	0	3
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	3,3%	0,0%	10,0%
	Regular	0	0	2	2	0	2	0	0	6
		0,0%	0,0%	6,7%	6,7%	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%	20,0%
	Mala	11	5	1	1	1	0	0	0	19
		36,7%	16,7%	3,3%	3,3%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	63,3%
TOTAL		11	5	3	3	3	2	1	2	30
		36,7%	16,7%	10,0%	10,0%	10,0%	6,7%	3,3%	6,7%	100,0%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

TABLA N°21

Cuadro de distribución de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según postoperatorio y funcionalidad final. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE		POSTOPERATORIO							TOTAL	
		3 meses y 15 días	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	8 meses	12 meses		14 meses
HARRIS HIP SCORE	Excelente	0	0	0	0	0	0	0	2	2
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	6,7%
	Buena	6	4	3	2	3	2	1	0	21
		20,0%	13,3%	10,0%	6,7%	10,0%	6,7%	3,3%	0,0%	70,0%
	Regular	4	1	0	1	0	0	0	0	6
		13,3%	3,3%	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%
	Mala	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
TOTAL		11	5	3	3	3	2	1	2	30
		36,7%	16,7%	10,0%	10,0%	10,0%	6,7%	3,3%	6,7%	100,0%

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.



En la tabla N°20 y 21 se observa que entre los 3 meses a 5 meses postcirugía partiendo desde los 15 días postoperatorio la funcionalidad mejora notablemente luego puede entre los 4 y 8 meses pueden existir mejorías poco notables, en la evaluación a pacientes a 2 con 11 meses postoperatorio se observó que tenía una funcionalidad excelente. Partiendo de esta información que es posible que al año del postoperatorio los pacientes puedan alcanzar una funcionalidad excelente, en controversia a esto hay un paciente que a los 3 meses y 15 días postoperatorio se mantiene con una funcionalidad mala, es posible que este resultado esté relacionado la lesión del nervio ciático poplíteo externo.

TABLA N°22

Cuadro estadístico de la calidad de vida en relación con la salud basal, en pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según el cuestionario SF-36. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Función física	0,00	90,00	21,6667	20,85803
Rol físico	0,00	12,80	5,3600	3,85760
Dolor corporal	0,00	3,20	1,2933	0,78825
Salud general	2,50	20,00	12,3333	5,05075
Vitalidad	0,00	14,20	7,2733	3,07492
Función social	0,00	4,00	1,8500	1,24672
Rol emocional	1,20	9,00	4,7800	2,20304
Salud emocional	0,00	25,00	14,2333	6,21488
Salud física general	0,42	6,41	2,3963	1,42389
Salud mental general	0,45	2,61	1,4068	0,53379

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

TABLA N°23

Cuadro estadístico de la Calidad de Vida en Relación con la Salud final, en pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según el cuestionario SF-36. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Función física	10	90	42,50	18,558
Rol físico	3	14	8,91	2,817
Dolor corporal	1	4	2,31	0,739
Salud general	4	23	13,50	4,928
Vitalidad	4	12	8,66	2,318
Función social	1	4	2,43	0,964
Rol emocional	4	9	6,28	1,509
Salud emocional	5	25	16,63	5,049
Salud física general	1	7	3,79	1,262
Salud mental general	0,45	2,61	1,4068	0,53379

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

En la tabla N°22 y 23, se observan los puntajes de SF-36 aunque todas las dimensiones presentan mejorías al tercer mes de seguimiento., función física va desde una media de 21.66 a 42.50 en la segunda evaluación, seguido de esto los cambios más significativos fueron en la dimensión rol físico que va de 5.3 a 8.9 y salud emocional que va de 14.2 a 16.6,

TABLA N°24

Cuadro estadístico de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según características demográficas y calidad de vida en relación con la salud final de. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE	N	FF	RF	DC	SG	VT	FS	RE	SM	SFG	SMG	
EDAD	25 a 35 años	5	20,00	6,40	0,90	15,00	8,60	1,50	4,20	15,50	2,41	1,54
	36 a 45 años	2	17,50	4,40	0,85	13,75	6,70	1,50	5,40	11,88	2,16	1,27
	46 a 55 años	4	12,50	1,60	1,10	16,88	7,50	0,50	3,00	14,50	1,75	1,30
	56 a 65 años	6	22,50	5,60	1,40	12,50	8,00	2,00	5,40	12,25	2,57	1,47
	66 a 75 años	9	15,00	4,80	1,30	10,00	6,80	2,00	4,20	21,00	1,30	1,73
	76 a 85 años	4	15,00	4,80	1,55	10,00	6,80	2,50	4,20	13,75	1,81	1,40
GÉNERO	Masculino	11	40,00	8,80	2,70	13,75	10,00	2,50	7,20	19,75	3,78	1,99
	Femenino	19	35,00	8,80	1,80	13,75	8,40	2,50	5,40	15,50	3,47	1,59
ESTADO LABORAL	Activo	16	15,00	4,40	0,90	15,63	8,50	1,25	4,20	14,00	2,35	1,49
	Jubilado por enfermedad	1	70,00	12,00	1,80	10,00	7,60	2,00	6,60	12,25	5,07	1,42
	Jubilado por edad	8	20,00	6,40	1,60	10,63	8,40	2,75	5,40	19,63	2,39	1,70
	Ama de casa jubilada	5	15,00	3,20	0,90	5,00	5,20	1,50	3,60	9,00	1,30	0,82
COMORBILIDAD	Hipertensión Arterial	9	15,00	4,80	1,30	13,75	6,80	2,50	4,20	15,00	2,29	1,45
	Artritis reumatoidea	5	15,00	4,00	0,90	10,00	5,80	1,50	4,20	11,50	1,99	1,10
	Diabetes	1	45,00	10,40	2,20	18,75	14,20	4,00	9,00	25,00	4,53	2,61
	Obesidad	1	50,00	11,20	2,70	17,50	8,40	3,50	7,80	20,50	4,49	2,01
	Lesión del ciático poplíteo externo	1	0,00	1,60	1,00	15,00	2,60	4,00	4,20	0,00	1,01	0,54
	Osteotomía	1	10,00	2,40	0,90	8,75	8,60	1,00	2,40	13,00	1,53	1,25
	Fibromialgia	1	10,00	0,00	0,00	3,75	4,80	0,00	1,80	12,50	0,93	0,96
	Hipertiroidismo	2	47,50	5,60	1,60	13,75	9,00	0,50	5,40	13,50	3,87	1,42
	Ninguno	9	15,00	4,80	0,90	15,00	8,40	1,00	4,80	16,50	2,37	1,65

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

TABLA N°25

Cuadro estadístico de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según características demográficas y calidad de vida en relación con la salud final de. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

VARIABLE	n	FF	RF	DC	SG	VT	FS	RE	SM	SFG	SMG	
EDAD	25 a 35 años	5	40,00	8,80	2,30	17,50	10,00	2,50	6,60	19,50	3,95	1,96
	36 a 45 años	2	47,50	8,40	2,25	14,38	9,70	2,75	7,20	14,50	4,11	1,71
	46 a 55 años	4	37,50	7,60	1,80	12,50	8,50	1,25	5,40	13,50	3,43	1,39
	56 a 65 años	6	57,50	9,20	2,70	12,50	9,80	2,25	6,30	16,50	4,55	1,77
	66 a 75 años	9	30,00	8,80	1,80	11,25	9,20	2,50	5,40	21,00	2,97	2,16
	76 a 85 años	4	32,50	9,20	2,90	15,00	8,70	2,75	6,30	17,50	3,55	1,75
GÉNERO	Masculino	11	40,00	8,80	2,70	13,75	10,00	2,50	7,20	19,75	3,78	1,99
	Femenino	19	35,00	8,80	1,80	13,75	8,40	2,50	5,40	15,50	3,47	1,59
ESTADO LABORAL	Activo	16	40,00	8,40	2,30	15,00	9,00	2,50	6,00	16,38	3,86	1,72
	Jubilado por enfermedad	1	75,00	13,60	2,70	10,00	6,80	2,00	7,20	15,50	5,41	1,58
	Jubilado por edad	8	37,50	10,00	2,70	15,00	9,20	3,00	6,90	19,75	3,66	2,02
	Ama de casa jubilada	5	30,00	8,00	1,80	7,50	6,40	1,50	5,40	12,25	2,66	1,28
COMORBILIDAD	Hipertensión Arterial	9	35,00	8,80	1,80	13,75	8,80	3,00	6,00	17,00	3,46	1,85
	Artritis reumatoidea	5	45,00	8,00	1,80	10,00	8,40	2,00	6,00	15,50	3,95	1,58
	Diabetes	1	70,00	14,40	4,00	20,00	10,80	4,00	9,00	23,00	5,96	2,34
	Obesidad	1	60,00	13,60	3,10	18,75	10,00	3,50	8,40	21,50	5,27	2,17
	Lesión del ciático poplíteo externo	1	20,00	4,80	2,70	3,75	3,60	4,00	5,40	8,25	1,74	1,06
	Osteotomía	1	30,00	6,40	1,80	7,50	7,60	1,50	4,20	14,00	2,67	1,37
	Fibromialgia	1	30,00	5,60	0,90	6,25	7,40	1,00	4,20	14,50	2,51	1,36
	Hipertiroidismo	2	60,00	10,00	3,15	20,00	10,60	1,70	6,90	18,13	5,19	1,87
	Ninguno	9	40,00	9,60	2,30	15,00	9,20	2,50	6,00	18,50	3,74	1,88

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.



En la tabla N°24 y 25, a través del análisis bivariable para identificar factores asociados con calidad de vida en relación con la salud a los tres meses de seguimiento, el grupo etario de 56 a 65 años tienen mejor puntuación en las dimensiones de función física, salud general y salud general física en relación a los dos grupos restantes, en cuanto al género, el masculino obtuvo mejores resultados en las dimensiones función física, vitalidad y salud mental; los activos y las personas con diabetes y obesidad tienen mejores puntuaciones en salud general; se observaron peores resultados en dolor para fibromialgia, osteotomía y artritis reumatoidea.

TABLA N°26

Cuadro estadístico de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según postoperatorio y calidad de vida en relación con la salud basal. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

POSTOPERATORIO	n	FF	RF	DC	SG	VT	FS	RE	SE	SFG	SMG
15 días	11	10,00	2,40	0,90	13,75	6,80	1,00	3,60	12,50	1,53	1,20
1 mes	5	5,00	3,20	0,90	11,25	5,00	1,00	4,20	11,50	1,23	1,11
2 meses	3	30,00	6,40	1,30	15,00	9,40	2,00	7,20	22,75	3,09	1,97
3 meses	3	30,00	8,00	1,80	8,75	8,40	3,00	6,60	12,25	2,85	1,51
4 meses	3	35,00	8,80	1,90	16,25	10,40	2,50	6,00	14,50	3,62	1,65
5 meses	2	15,00	4,80	1,10	8,13	7,10	2,50	4,20	16,63	1,81	1,52
9 meses	1	15,00	6,40	0,90	3,75	0,00	0,50	3,60	7,00	1,30	0,56
11 meses	2	57,50	12,40	2,50	11,88	8,80	2,50	7,80	16,63	4,65	1,79

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.

TABLA N°27

Cuadro estadístico de pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis del Hospital “José Carrasco Arteaga”, según postoperatorio y calidad de vida en relación con la salud final de. Cuenca, junio 2017-febrero 2018.

POSTOPERATORIO	n	FF	RF	DC	SG	VT	FS	RE	SE	SFG	SMG
3 meses 15 días	11	30,00	7,20	1,80	15,00	9,20	2,50	4,80	14,50	3,52	1,51
4 mes	5	30,00	8,00	2,20	11,25	8,40	1,50	6,00	12,50	2,97	1,43
5 meses	3	55,00	11,20	2,70	17,50	10,80	3,00	8,40	23,00	4,89	2,32
6 meses	3	60,00	10,40	2,30	15,00	10,00	3,00	7,80	17,50	4,60	1,88
7 meses	3	40,00	12,00	3,20	15,00	8,80	2,50	7,20	18,50	3,98	1,85
8 meses	2	32,50	9,20	2,00	13,75	8,00	2,50	5,70	17,25	3,27	1,67
12 meses	1	30,00	8,80	1,80	6,25	6,40	1,50	5,40	12,25	2,66	1,28
14 meses	2	65,00	13,20	2,95	11,88	8,40	2,75	8,10	18,25	5,07	1,88

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.



En la tabla N° 26 y 27 a través del análisis en medianas de la calidad de vida en relación con la salud en la muestra basal, respecto al postoperatorio; observamos que hay un incremento paulatino en función física y el rol físico desde los 15 días hasta los 11 meses y así para todas las dimensiones de la escala en su mayoría.

Esto nos muestra que la calidad de vida en relación con la salud va a depender también del transcurso del tiempo desde un postoperatorio mediato a uno tardío lo que es lógico.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

En este estudio se utilizó Harris Hip Score para medir funcionalidad, en cuanto a calidad de vida en relación con la salud se usó el SF-36, la muestra fue de 30 pacientes con ATC por coxartrosis, con edad entre los 25 años a 75 años o más que asisten al área de rehabilitación física del Hospital “José Carrasco Arteaga”, se incluyeron participantes con postoperatorio desde los 15 días hasta los 12 meses.

Como descripción general tenemos que la edad media comprende los 53 años aproximadamente, que el género femenino es más frecuente en relación al masculino con un 63% a un 37% respectivamente, el 53.3% de los participantes del estudio se encuentran en estado laboral activo, la comorbilidad mayoritaria es la hipertensión arterial con un 30% y 11 pacientes 36.7% fueron encuestados en primera instancia a los 15 días postoperatorio.

La utilización del test Harris Hip Score para categorizar el nivel funcional de las personas sometidas a artroplastía de cadera permite objetivar la evolución durante el periodo de rehabilitación de los pacientes, debido a que esta escala permite obtener datos más detallados sobre la capacidad funcional del paciente en cuanto a sus actos básicos como cotidianos.

La capacidad funcional al inicio de la investigación, el 63% de los pacientes se encontraba en la categoría mala tomando como referencia puntuación general y según las dimensiones de la escala: dolor tenía un 63% como moderado, la distancia caminada mayoritaria fue de 1 a 3 cuerdas con un 50%, el andador fue el implemento de apoyo más usado para la marcha con un 53%, el 57% de los participantes tenía dificultad para entrar y salir de un vehículo mientras un 33% era incapaz de hacerlo, en el cuidado de los pies el 53% era incapaz de hacerlo, claudicación en la marcha se presentaba un 83% como leve y en cuanto a las escaleras el 60% usaba el pasamanos sumado a un 33% que lo hace de escalón en escalón con el 7% que es incapaz de usar las escaleras. **(Anexo N°4)**



En un estudio realizado Ceballos Mesa A. et al, mediante HHS en pacientes con un postoperatorio mayor a los 2 años encontraron que el 48,5% de los pacientes mostraron resultados por encima de 67,9 puntos de 80 en total y al sumar los que tuvieron puntuación por encima de 60, el porcentaje se elevó al 84,8 % por tanto ellos concluyen que los pacientes alcanzan una categoría excelente y bien referente a funcionalidad. (37)

En contraste al estudio del párrafo anterior durante la segunda recolección de muestra en cuanto a funcionalidad al tercer mes de seguimiento se obtuvieron los siguientes datos: el 70% de los pacientes se encuentra en la categoría buena tomando como referencia puntuación total de HHS y según las dimensiones de la escala: dolor consta de un 87% para ocasional o leve, la distancia caminada mayoritaria es de 6 cuadras con un 57%, el bastón es el implemento de apoyo más usado para la marcha con un 50%, el 87% de los participantes presentaba dificultad para entrar y salir de un vehículo, pero no se registra ningún paciente incapaz de hacerlo, en el cuidado de los pies el 93% tiene dificultad, sin claudicación en la marcha con un 53% y el uso de escaleras el 97% emplea el pasamanos y solo el 3% va de escalón en escalón.

Ahora bien, al tomar de referencia el puntaje total de HHS basal y final según el postoperatorio en cuanto a porcentajes vemos que los pacientes aumentan su capacidad funcional en los primeros 3 meses hasta el año, luego del año se mantienen. Así por ejemplo tenemos que con 15 días postoperatorio 11 pacientes 36.7% tienen categoría mala, a los 3 meses 15 días postoperatorio 6 pacientes 20% se encuentran en categoría buena, 4 pacientes 13.3% en categoría regular y una paciente 3.3% en categoría mala. En general se observa mejoría y en casos donde los pacientes no la alcanzan, se asoció a comorbilidades como lesiones del ciático poplíteo externo, fibromialgia, osteotomía.

El SF-36 es una de las escalas más usadas debido a su gran capacidad discriminativa en los cambios de salud, además dentro de este estudio refleja no solo la parte emocional y mental del paciente sino también su función física y aunque cierta información captada en esta escala puede ser subjetiva, en si todas las dimensiones nos permiten tener datos objetivos para conocer más



sobre la calidad de vida en relación con la salud de los pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis.

Los datos sobre calidad de vida en relación con la salud al inicio de la investigación indican mejor puntaje en pacientes de género masculino, las dimensiones rol físico, dolor corporal y función social referente a edad entre 25 a 59 años presenta las puntuaciones más bajas al igual que el estado laboral ama de casa jubilada y en lesión del nervio ciático poplíteo externo. Al comparar con el puntaje final se observa que los puntajes aumentan, aunque las dimensiones mencionadas, mantienen los puntajes más bajos en relación a las demás. Esto demuestra que hay mejoría en la CVRS, pero las dimensiones rol físico, dolor corporal y función social son las que presentan cambios más lentos.

Cuando se piensa en CVRS y ATC por coxartrosis, se debería dirigir no solo a observar las mejorías sino a pensar en reconocer factores de buen o mal pronóstico para los pacientes y como contribuir en esto por ejemplo un paciente con lesión del nervio ciático poplíteo externo va a mejorar su capacidad funcional concerniente a su marcha con ayuda de férula, pero su estado emocional va a afectar su CVRS. Por tanto, es importante buscar alternativas para ayudar al paciente (apoyo psicológico).

En un estudio realizado por Navarro Collado. et al, durante la valoración inicial y final en cinco dimensiones el dolor pasó de una mediana de 67 a 84; el rol funcional de 0 a 75; la función física de 15 a 70; el rol social de 62,5 a 100 y la salud mental de 68 a 76 y las dimensiones rol emocional, salud general y vitalidad no experimentaron cambios significativos. (35) En contraste con este estudio durante la valoración inicial y final con datos en medianas función física de 22 a 43; salud emocional 14 a 17; vitalidad de 7 a 9 estas son las dimensiones con cambios más significativos en las dimensiones restantes hay cambios expresados en mediana con diferencia de un punto, así dolor corporal pasa de 1.29 a 2.31; salud general de 12.3 a 14; rol social de 2 a 2.43; salud mental general se mantiene en 1.4 y salud física general de 2.3 a 3.7, estas diferencias pueden deberse a que a pesar de que se evalúa a los mismo pacientes, el periodo de evaluación se obtuvo en un posoperatorio desde 15 días hasta los 12 meses, lo que no sucede en el estudio citado ya que todos los pacientes iniciaron



tratamiento a los 15 días posoperatorio, además sus protocolos operatorios y el tratamiento rehabilitador tiene un mismo proceso a diferencia de donde existe divergencia de manejos por los distintos profesionales ya sea en la parte de cirugía como en el área rehabilitación.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES.

En conclusión se observó que la capacidad funcional y la CRVS de los pacientes con artroplastia total de cadera por coxartrosis tienen mejorías con el transcurso del tiempo, aunque el periodo de estudio de esta investigación fue corto y la muestra pequeña, pudo arrojar datos significativos y enriquecedores al campo de la terapia física, además las escalas aplicadas pueden ser ejecutadas por cualquier observador ya que las respuestas son dadas por el propio paciente lo que las hace más relevantes, evitándose sesgos de esa índole.

La capacidad funcional de los pacientes en general mejoró considerablemente, tomando en cuenta las categorías de la escala HHS, al inicio del estudio un 63% de pacientes tenía mala funcionalidad y al tercer mes de seguimiento pasó con un 70% a buena funcionalidad. Comparando puntajes inicial y final, en medias sobre las dimensiones de la escala HHS; dolor obtuvo puntuación de 26 a 33; capacidad de función pasó de 9.3 a 16.1; movilidad de 9.2 a 13.3, el puntaje total de la escala fue de 44 a 63. A partir del año de tratamiento rehabilitador se ven resultados que pueden alcanzar una categoría excelente en el HHS.

La calidad de vida relacionada con la salud muestra mejoría en todas las dimensiones de la escala expresada en medias; función física, rol físico, vitalidad y salud emocional poseen mejores puntuaciones y los puntajes más bajos están relacionados a lesión del nervio ciático poplíteo externo, fibromialgia y osteotomía. En todas las edades se ve similitud ganancia en cuanto a medianas, aunque la edad entre 56 y 65 años presentó el puntaje más alto en la dimensión de función física. En cuanto al postoperatorio se observó que en los primeros seis meses de evolución existe una tendencia a obtener medianas más altas en relación al resto del tiempo postoperatorio donde hay ganancias, pero son lentas



o se mantienen. Lo que es contradictorio si se relaciona con los datos de funcionalidad donde el grupo etario con mejor función fue el de 25 a 35 años, esto puede estar influenciado por el estado laboral y la parte emocional que ocurre en ambos grupos tanto en el de adultos mayores como en el de los jóvenes.

Con el uso de estas escalas se pudo identificar factores con pronóstico desfavorable lo que nos permitiría realizar un énfasis en el tratamiento rehabilitador ambulatorio, como en el caso de pacientes con fibromialgia, lesión del nervio ciático poplíteo externo, osteotomía y artritis reumatoidea.

7.2. RECOMENDACIONES

En la mayoría de estudios sondeados para esta investigación se observó que la mayoría comparaban los resultados desde un preoperatorio y un postoperatorio en distintos momentos además los protocolos de cirugía y rehabilitación eran exactos para todos los pacientes lo que permitía controlar variables obteniendo así datos homogéneos, sería de gran impacto tener la facilidad para replicar un estudio de pregrado de esta índole y con estas características. A diferencia de lo que sucede en este proyecto de investigación que no contaba con esas características lo cual se vuelve una debilidad.

Mediante este proyecto se pretende recomendar el uso de escalas como HHS y Sf-36 ya que permitirían guiar hacia resultados sobre la evolución que tiene el paciente frente a su rehabilitación, en referencia esto es muy llamativo ver que durante el proceso de recuperación la mayoría de pacientes, a pesar de tener alto puntaje en su funcionalidad tienen dificultad para el cuidado de sus pies y usaban pasamanos al subir escaleras por temor a caídas, al usar estas escalas en la evolución del tratamiento rehabilitador existiría la posibilidad de darle más énfasis en el tratamiento a estas situaciones que afectan la CVRS del paciente.

Sería recomendable realizar un estudio similar a este en otros centros de salud con una muestra más grande y que implique un preoperatorio, ya que en general la capacidad funcional y la CVRS mejoran luego de una ATC por coxartrosis, pero quedan dudas como: ¿porque la dimensión dolor no llego a calificar como ninguno, sino que se mantuvo en leve u ocasional aun en pacientes con puntaje excelente? Estas dudas podrían ser resueltas con un análisis desde un preoperatorio con un seguimiento más largo incluyendo protocolos fisioterapéuticos.

Finalmente, es llamativo ver que 13 pacientes entre 25 a 59 años adultos jóvenes, con estado laboral activo hayan sido sometidos a una ATC y aunque su mejoría ha sido evidente, los resultados a largo plazo pueden ser divergentes, debido a esto su funcionalidad y calidad de vida podrían ser motivo de otro estudio.

8. BIBLIOGRAFIA.

8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Guía para la buena practica clinica en Geriátría ARTROSIS. Primera ed. España: El Sevier España S.L.; 2008.
2. Duart J. DRJ,MJ,&VJR. Atrapamiento fémoro-acetabular anterior. Signos radiológicos en pacientes jóvenes diagnosticados de coxartrosis. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2008 Abril; 52(2): p. 71-76.
3. Allepuz Alejandro SSVEMSPJM. Hip and knee arthroplasties in Catalonia from 1994 to 2005. Gaceta Sanitaria. 2008 Diciembre; 22(6): p. 534-540.
4. Gocen LKKUBS. La fiabilidad de los sistemas de puntuación de cadera para los candidatos de artroplastia total de cadera: evaluación de fisioterapeutas. Rehabilitación clínica. 2005 Septiembre; 19(6).
5. BUCHOLZ DRW. Indicaciones, técnicas y resultados de reemplazo total de cadera en Estados Unidos. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Septiembre; 25(5): p. 760-764.
6. MJ. Navarro Collado SPMLRJAPRMHJPLM. Validez de la escala de cadera de Harris en la rehabilitación tras artroplastia de cadera. El Sevier, Rehabilitación. 2005 Julio; 39(4).
7. V.Serra-Sutton AAOMME. Factores relacionados con la calidad de vida al año de la artroplastia total de cadera y rodilla: estudio multicéntrico en Cataluña. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2013 Julio-Agosto; 57(4): p. 254-262.
8. E. PAGÈS JIYAC. Artroplastía de cadera. rehabilitación. 2007 Diciembre; 41(6): p. 280-289.
9. José Carlos Hernández Benítez CJCLSGV. Repositorio Institucional Universidad Autonoma del Estado de México. [Online].; 2017 [cited 2017 06 12. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/64424>.
10. OMS. LA BUENA SALUD AÑADE VIDA A LOS AÑOS. Informe General por el Día Mundial de la Salud. Ginebra: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD; 2012.
11. estadísticas. Edcdpy. Hospitalización. Cuenca: Hospital José Carrasco Arteaga, Equipo de coordinacion de planificación y estadísticas.; 2016-2017.
12. Ecuador MdSP. MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL Quito; 2012.



13. Aresti N . Artrosis de Cadera. IntraMed. 2016 Agosto 22.
14. Chile MdS. TRATAMIENTO MÉDICO EN PERSONAS DE 55 AÑOS Y MAS CON ARTROSIS DE CADERA O RODILLA, LEVE O MODERADA. Guia Clinica. 2009.
15. Loreto CO. Epidemiologia de la Artrosis. Sociedad Española de Reumatología y Editorial Médica Panamericana. 2010.
16. Dillon CF REGQHR. Prevalence of knee osteoarthritis in the United States: arthritis data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1991-94. Journal de Rheumatol. 2006 Noviembre; 33(11).
17. JACEK A. KOPEC EC,TA,JB,GH,ea. Ocurrencia de radiográfica osteoartritis de la rodilla y la cadera Entre afroamericanos y los blancos: Un estudio de cohorte prospectivo de base poblacional. Res Arthritis Care. 2013 Junio; 65(6).
18. Dominick KL,&BTA. Racial and ethnic differences in osteoarthritis: prevalence, outcomes, and medical care. Ethnicity & disease. 2004; 14(4).
19. Garriga XM. Science Direct. [Online].: El Sevier; 2014 [cited 2017].
20. Martín SJ. Avances en artrosis. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. 2013 Mayo 2;(50).
21. Stephanie T. HFS,CFM,WAE,BP,UDM. Does knee malalignment increase the risk of development and progression of knee osteoarthritis? A systematic review. Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research). 2009 Marzo 30; 61(4).
22. Cordova SAR. Factores de riesgo asociados a la presencia de artrosis en sujetos mayores de 50 años de la comunidad de chuma. Revista Boliviana Científica. 2014; 12(1).
23. Carolyn Kisner LAC. Ejercicio terapéutico. 1st ed. Barcelona: Paidotribo; 2005.
24. P.P. Cheung LGMD. What are the best markers for disease progression in osteoarthritis (OA)? El Sevier, Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2010 Febrero; 24(1).
25. Rodriguez-Fontenla C, Gonzalez A. Genetics of osteoarthritis. Reumatología Clínica. 2015 Enero-Febrero; 11(1): p. 33-40.
26. Gallego BN. Revisiones de artroplastia de cadera: motivos y componentes protésicos implicados. Panorama actual del medicamento. 2014; 38(377).
27. Estrada Pesántez J G LRRMPPE. [Tesis.]; 2007 [cited 2017 Enero 31. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22558>.
28. Pages E. IJ,CA. Artroplastia de cadera. Rehabilitación. 2007 Diciembre; 41(6).
29. Mental GODENTy. OMS, Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriatria y Gerontología.. 2002; 37(S2).

30. Pérez DYS, Dr. Markel Frómata Martínez DAÁGDRRC. Resultados a corto plazo de la artroplastia total de cadera cementada. *Archivo Medico de Camaguei*. 20017 Enero-Febrero; 21(1).
31. M. AU. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Medica Chile*. 2010 Marzo; 138(3).
32. M. J. NAVARRO SPLR,AP. Calidad de vida tras artroplastia de cadera. Quality of life after hip arthroplasty. *Revista de Rehabilitación*. 2001 Enero; 35(5).
33. Söderman PMP, Malchau HMP. Is the Harris Hip Score System Useful to Study the Outcome of Total Hip Replacement? *Clinical Orthopaedics & Related Research*. 2001 Marzo; 384.
34. Luz Helena Lugo A. HIGG,CGR. Confiabilidad del cuestionario de calidad de salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Facultad Nacional de Salud Publica*. 2006 Julio-Diciembre; 24(2).
35. Ceballos Mesa A BMRPRRPCM. Evaluación clínica de resultados de prótesis total de cadera. *Revista Cubana de Ortopedia y Trumatología*. 1998 Enero- Diciembre; 12(1-2).
36. Sullivan M. KJ,WJ. The Swedish SF-36 Health Survey—I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Social science & medicine*. 1995 Noviembre; 41(10).
37. Collado M N MSPJLRRAPJMHMPL. Validez de la escala de cadera de Harris en la rehabilitación tras artroplastia de cadera. *SERMEF Rehabilitación*. 2005; 30(4).
38. Española RAdIL. Real Academia Española. [Online].; 2017 [cited 2017 Febrero 1. Available from: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>.
39. Sergio Giménez Basallote FJPMJATC. Atención primaria de Calidad, Guía para buena práctica clínica en artrosis. 2nd ed. España; 2008.
40. Srikulmontree T. Nasajpg of medicine. [Online].; 2012 [cited 2017. Available from: <https://www.nasajpg.com/2015/01/17/osteoarthritis-o-artrosis/>.
41. Zhang YUQING,HMT,CCE,MTE,ESR,AP,ea. Bone mineral density and risk of incident and progressive radiographic knee osteoarthritis in women: the Framingham Study. *The Journal of rheumatology*. 2000; 27(4).
42. Lementowski PW,aSBZ. Obesity and osteoarthritis. *American Journal of Orthopedics*. 2008 Abril; 37(3).
43. Schwartzmann L. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. *Scielo Ciencia y Enfermería*. 2003 Diciembre; 9(2).
44. Grupo Orgánico de Enfermedades No aSM. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española en Geriátria y Gerontología*. 2002; 37(S2).

- 45 Gemma Vilaguta MFLRPRGPMa. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. *Gaceta Sanitaria*. 2005 Marzo: Abril; 19(2).

8.2. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

1. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Guía para la buena practica clinica en Geriátría ARTROSIS. Primera ed. España: El Sevier España S.L.; 2008.
2. Duart J. DRJ,MJ,&VJR. Atrapamiento fémoro-acetabular anterior. Signos radiológicos en pacientes jóvenes diagnosticados de coxartrosis. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2008 Abril; 52(2): p. 71-76.
3. Allepuz Alejandro SSVEMSPJM. Hip and knee arthroplasties in Catalonia from 1994 to 2005. *Gaceta Sanitaria*. 2008 Diciembre; 22(6): p. 534-540.
4. Gocen LKKUBS. La fiabilidad de los sistemas de puntuación de cadera para los candidatos de artroplastia total de cadera: evaluación de fisioterapeutas. *Rehabilitación clínica*. 2005 Septiembre; 19(6).
5. BUCHOLZ DRW. Indicaciones, técnicas y resultados de reemplazo total de cadera en Estados Unidos. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014 Septiembre; 25(5): p. 760-764.
6. MJ. Navarro Collado SPMLRJAPRMHJPLM. Validez de la escala de cadera de Harris en la rehabilitación tras artroplastia de cadera. *El Sevier, Rehabilitación*. 2005 Julio; 39(4).
7. V.Serra-Sutton AAOMME. Factores relacionados con la calidad de vida al año de la artroplastia total de cadera y rodilla: estudio multicéntrico en Cataluña. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2013 Julio-Agosto; 57(4): p. 254-262.
8. E. PAGÈS JIYAC. Artroplastía de cadera. rehabilitación. 2007 Diciembre; 41(6): p. 280-289.
9. José Carlos Hernández Benítez CJCLSGV. Repositorio Institucional Universidad Autonoma del Estado de México. [Online].; 2017 [cited 2017 06 12. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/64424>.
10. OMS. LA BUENA SALUD AÑADE VIDA A LOS AÑOS. Informe General por el Día Mundial de la Salud. Ginebra: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD; 2012.
11. estadísticas. Edcdpy. Hospitalización. Cuenca: Hospital José Carrasco Arteaga, Equipo de coordinacion de planificación y estadísticas.; 2016-2017.

12. Ecuador MdSP. MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL Quito; 2012.
13. Aresti N . Artrosis de Cadera. IntraMed. 2016 Agosto 22.
14. Chile MdS. TRATAMIENTO MÉDICO EN PERSONAS DE 55 AÑOS Y MAS CON ARTROSIS DE CADERA O RODILLA, LEVE O MODERADA. Guia Clinica. 2009.
15. Loreto CO. Epidemiologia de la Artrosis. Sociedad Española de Reumatología y Editorial Médica Panamericana. 2010.
16. Dillon CF REGQHR. Prevalence of knee osteoarthritis in the United States: arthritis data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1991-94. Journal de Rheumatol. 2006 Noviembre; 33(11).
17. JACEK A. KOPEC EC,TA,JB,GH,ea. Ocurrencia de radiográfica osteoartritis de la rodilla y la cadera Entre afroamericanos y los blancos: Un estudio de cohorte prospectivo de base poblacional. Res Arthritis Care. 2013 Junio; 65(6).
18. Dominick KL,&BTA. Racial and ethnic differences in osteoarthritis: prevalence, outcomes, and medical care. Ethnicity & disease. 2004; 14(4).
19. Garriga XM. Science Direct. [Online].: El Sevier; 2014 [cited 2017].
20. Martín SJ. Avances en artrosis. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. 2013 Mayo 2;(50).
21. Stephanie T. HFS,CFM,WAE,BP,UDM. Does knee malalignment increase the risk of development and progression of knee osteoarthritis? A systematic review. Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research). 2009 Marzo 30; 61(4).
22. Cordova SAR. Factores de riesgo asociados a la presencia de artrosis en sujetos mayores de 50 años de la comunidad de chuma. Revista Boliviana Científica. 2014; 12(1).
23. Carolyn Kisner LAC. Ejercicio terapéutico. 1st ed. Barcelona: Paidotribo; 2005.
24. P.P. Cheung LGMD. What are the best markers for disease progression in osteoarthritis (OA)? El Sevier, Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2010 Febrero; 24(1).
25. Rodriguez-Fontenla C, Gonzalez A. Genetics of osteoarthritis. Reumatología Clínica. 2015 Enero-Febrero; 11(1): p. 33-40.
26. Gallego BN. Revisiones de artroplastia de cadera: motivos y componentes protésicos implicados. Panorama actual del medicamento. 2014; 38(377).
27. Estrada Pesántez J G LRRMPPE. [Tesis].; 2007 [cited 2017 Enero 31. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22558>.
28. Pages E. IJ,CA. Artroplastia de cadera. Rehabilitación. 2007 Diciembre; 41(6).

29. Mental GODENTy. OMS, Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriatria y Gerontologia.. 2002; 37(S2).
30. Pérez DYS, Dr. Markel Frómeta Martínez DAÁGDRRC. Resultados a corto plazo de la artroplastia total de cadera cementada. Archivo Medico de Camaguei. 20017 Enero-Febrero; 21(1).
31. M. AU. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista Medica Chile. 2010 Marzo; 138(3).
32. M. J. NAVARRO SPLR,AP. Calidad de vida tras artroplastia de cadera. Quality of life after hip arthroplasty. Revista de Rehabilitación. 2001 Enero; 35(5).
33. Söderman PMP, Malchau HMP. Is the Harris Hip Score System Useful to Study the Outcome of Total Hip Replacement? Clinical Orthopaedics & Related Research. 2001 Marzo; 384.
34. Luz Helena Lugo A. HIGG,CGR. Confiabilidad del cuestionario de calidad de salud SF-36 en Medellín, Colombia. Facultad Nacional de Salud Publica. 2006 Julio-Diciembre; 24(2).
35. Ceballos Mesa A BMRPRRPCM. Evaluación clínica de resultados de prótesis total de cadera. Revista Cubana de Ortopedia y Trumatología. 1998 Enero- Diciembre; 12(1-2).
36. Sullivan M. KJ,WJ. The Swedish SF-36 Health Survey—I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. Social science & medicine. 1995 Noviembre; 41(10).
37. Collado M N MSPJLRRAPJMHMPL. Validez de la escala de cadera de Harris en la rehabilitación tras artroplastia de cadera. SERMEF Rehabilitación. 2005; 30(4).
38. Española RAdIL. Real Academia Española. [Online].; 2017 [cited 2017 Febrero 1. Available from: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>.
39. Sergio Giménez Basallote FJPMJATC. Atención primaria de Calidad, Guia para buena práctica clínica en artrosis. 2nd ed. España; 2008.
40. Srikulmontree T. Nasajpg of medicine. [Online].; 2012 [cited 2017. Available from: <https://www.nasajpg.com/2015/01/17/osteoarthritis-o-artrosis/>.
41. Zhang YUQING,HMT,CCE,MTE,ESR,AP,ea. Bone mineral density and risk of incident and progressive radiographic knee osteoarthritis in women: the Framingham Study. The Journal of rheumatology. 2000; 27(4).
42. Lementowski PW,aSBZ. Obesity and osteoarthritis. American Journal of Orthopedics. 2008 Abril; 37(3).
43. Schwartzmann L. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. Scielo Ciencia y Enfermería. 2003 Diciembre; 9(2).
44. Grupo Orgánico de Enfermedades No aSM. Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española en Geriatria y Gerontología. 2002; 37(S2).



45. Comunicaciones ESd. El Ciudadano. [Online].; 2014 [cited 2017 Enero 18. Available from: <http://www.elciudadano.gob.ec/24-pacientes-recibieron-protesis-de-cadera-y-rodilla-en-cuenca/>.
46. Gemma Vilaguta MFLRPRGPMa. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. Gaceta Sanitaria. 2005 Marzo: Abril; 19(2).

ANEXOS
ANEXO N°1

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CARACTERÍSTICA
Calidad de vida en relación con la salud	Es el suceso donde la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las acciones cotidianas, acciones sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del diario vivir de los sujetos y su calidad de vida global, que es juzgada por el propio individuo. (31)	Física	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Función Física(FF) ✓ Rol Físico(RF) ✓ Dolor Corporal(DC) ✓ Salud General(SG) ✓ Vitalidad(VT) ✓ Función Social(FS) ✓ Rol Emocional(RE) ✓ Salud Mental(SM) ✓ Salud Física General(SFG) ✓ Salud Mental General(SMG) 	Escala SF-36 (36)	Escala
Funcionalidad	Independencia entendida como la capacidad realizar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás. (29)	Física	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Excelente 70 a 80 puntos. ✓ Bueno 60 a 69 puntos. ✓ Regular 50 a 59 años. ✓ Malo 49 puntos o menos 	Harris hip score modificada (37)	Ordinal
Edad	Periodo de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un sujeto. (27)	Biológica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 25 a 35 años ✓ 36 a 45 años ✓ 46 a 55 años ✓ 56 a 65 años ✓ 66 a 75 años ✓ 75 a 85 años 	Encuesta	Ordinal
Género	Características diferenciales de un sujeto. (27)	Fenotipo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Masculino ✓ Femenino 	Encuesta	Nominal
Situación Laboral	Elementos vinculados a una forma de trabajo con intervención física o intelectual. (38)	Categoría ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Activos ✓ Jubilados por edad ✓ Jubilados por enfermedad ✓ Amas de casa jubiladas 	Encuesta	Nominal



Nivel de estudios	Se refieren a los grados de estudio que una persona ha cursado. (38)	Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sin estudios. ✓ Con estudios primarios. ✓ Bachiller o equivalente. ✓ Estudios universitarios 	Encuesta	Nominal
Comorbilidad	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas. (38)		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertensión Arterial ✓ Artritis reumatoidea ✓ Diabetes ✓ Obesidad ✓ Osteotomía ✓ Fibromialgia ✓ Hipertiroidismo ✓ Ninguno 	Encuesta	Nominal
Postoperatorio	Lo que se produce o aplica luego de una operación quirúrgica. (38)		<p>Inicial(Basal)</p> <p>15 días 1 mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses 9 meses 11 meses</p> <p>Seguimiento (Final)</p> <p>3 meses 15 días 4 mes 5 meses 6 meses 7 meses 8 meses 12 meses 14 meses</p>	Encuesta	Ordinal



ANEXO Nº2

Cuenca, _____ de _____ del 2017

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA**

Ficha del Paciente

Antecedentes Personales

Nombre: _____

H.C: _____

Edad: _____

C.I: _____

Sexo: _____

Antecedentes Mórbidos

HTA (____)

DM (____)

AR (____)

OH (____)

Otros: _____

Antecedentes Quirúrgico: _____

Protocolo Operatorio

Fecha de Cirugía: / /

Cirujano:

Complicaciones Post-Quirúrgica: _____

Uso Implementos:

Primera encuesta

Sí__ No __

Tipo _____

Segunda encuesta

Sí__ No __

Tipo _____

Observaciones: _____

Longitud Extremidades

• Derecha: _____ (cm)

• Izquierda: _____ (cm)

Puntajes:

• Hip Harris Score

• SF-36



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA



Nombre: _____ N° Historia _____ Lado: _____			Fecha: _____		
ESCALA DE HARRIS PARA LA CADERA MODIFICADA			Al Inicio	Al 3er mes	
1	Dolor (40 puntos)	Ninguno	40		
		Leve u ocasional	35		
		Moderado	20		
		Severo	0		
2	Función distancia caminada (15 puntos.)	10 cuadras o más	15		
		6 cuadras	12		
		1 – 3 cuadras	7		
		Interiores	2		
	Función Apoyos (5 puntos)	Incapaz caminar	0		
		Ninguno	5		
		Bastón ocasionalmente	4		
		Bastón o muleta siempre	3		
3	Movilidad y potencia muscular. Capacidad de movilizarse en vehículo: entrar y salir	Dos bastones o muletas	2		
		Andador	1		
		Incapaz de caminar	0		
	Cuidado de los pies. Ej. Lavar y secar los pies (5 puntos)	Sin dificultad	5		
		Con dificultad	3		
		Incapaz	0		
	Claudicación (5 puntos)	Sin dificultad	5		
		Con dificultad	3		
		Incapaz	0		
	Escaleras (5 puntos)	Ninguna	5		
		Leve	3		
		Severo	0		
Normal		5			
Total					
<p>Clasificación funcional de cadera según Harris:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 70 a 80 puntos = Excelente • 60 a 69 puntos = Bueno • 50 a 59 puntos = Regular. • 49 puntos o menos = Malo. 					

Fuente: Kavanagh B, Ilstrup D. Revision total hip arthroplasty.

**Cuestionario de Salud SF-36****Es usted:**

Mujer ()

Hombre ()

Edad: _____ años

Nivel de Educación:

Sin estudios.()

Bachiller o equivalente.()

Con estudios primarios.()

Estudios universitario ()

¿Cuál es su principal actividad actualmente?

Activos.()

Jubilados por enfermedad.()

Jubilados por edad .()

Amas de casa jubiladas.()

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**1. En general, usted diría que su salud es:**

1 Excelente .()

3 Buena .()

2 Muy buena .()

4 Regular .()

5 Mala. ()

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año .()

3 Más o menos igual que hace un año .()

2 Algo mejor ahora que hace un año .()

4 Algo peor ahora que hace un año .()

5 Mucho peor ahora que hace un año .()

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho

3 No, no me limita nada

2 Sí, me limita un poco

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho

3 No, no me limita nada

2 Sí, me limita un poco

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho

3 No, no me limita nada

2 Sí, me limita un poco

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

3 No, no me limita nada

2 Sí, me limita un poco

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

3 No, no me limita nada

2 Sí, me limita un poco

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho

3 No, no me limita nada

2 Sí, me limita un poco

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho

3 No, no me limita nada



2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 3 Regular 5 Mucho
2 Un poco 4 Bastante

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 5 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 3 Muchas veces 5 Sólo alguna vez
2 Casi siempre 4 Algunas veces 6 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

1 Totalmente cierta 3 No lo sé 5 Totalmente falsa
2 Bastante cierta 4 Bastante falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera

1 Totalmente cierta 3 No lo sé 5 Totalmente falsa
2 Bastante cierta 4 Bastante falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar

1 Totalmente cierta 3 No lo sé 5 Totalmente falsa



2 Bastante cierta 4 Bastante falsa

36. Mi salud es excelente

1 Totalmente cierta 3 No lo sé 5 Totalmente falsa

2 Bastante cierta 4 Bastante falsa

Asignación del puntaje

3 categorías se puntan 0, 50,100

5 categorías se puntan 0, 25,50,75,100

6 categorías 0,20,40,60,80,100.

Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2003 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust, and QualityMetric Incorporated. SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust. (SF-36v2 Estándar, España (español) Versión 2.0)



ANEXO N°3

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Fernanda Conduri Ortiz con C.I. 070543028-8, egresada del área de Terapia Física de la Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas, previa a la obtención del título de Licenciada en Terapia Física, realizare la Tesis titulada: “FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTROPLASTÍA DE CADERA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO. CUENCA, JUNIO 2017 - FEBRERO 2018.” con la finalidad de aplicar las escalas SF-36, Harris para la cadera respectivamente para determinar la calidad de vida y funcionalidad en pacientes con artroplastia de cadera. Se realizarán dos tomas de muestra, la primera al inicio de la recolección de datos y la segunda a los tres meses de evolución.

Solicito su autorización y lo invito a formar parte de este estudio. La aplicación de estas escalas tendrá una duración máxima de treinta minutos y no representa riesgo para su salud física y/o mental. Todos los datos obtenidos serán manejados con absoluta confidencialidad siendo únicamente accesibles para las personas que estén a cargo de la investigación. Es importante que conozca que el formar parte del estudio no representa retribución monetaria alguna ni trato preferencial durante el proceso de rehabilitación que recibe.

Una vez que he leído y comprendido toda la información brindada, yo _____ con C.I. _____ acepto libre y voluntariamente formar parte de este estudio y también puedo retirarme cuando decida sin perjuicio para mi persona.

FIRMA

NOTA: en caso de ser necesario Usted puede contactarse con la autora de la tesis. María Fernanda Conduri Ortiz. Celular:0989449887

ANEXO N°4

Resultados desglosados de las dimensiones de la Harris Hip Score al inicio y final de la evaluación.

Dolor				
Alternativas	Inicio		Final	
	n	%	n	%
Ninguno	0	0	0	0
Ocasional o leve	11	37	26	87
Moderado	19	63	4	13
Severo	0	0	0	0
Función distancia caminada				
10 cuadras o mas	3	10	11	37
6 cuadras	3	10	17	57
1 a 3 cuadras	15	50	2	7
Interiores	9	30	0	0
Incapaz de caminar	0	0	0	0
Uso de apoyos				
Ninguno	2	7	4	13
Bastón ocasionalmente	3	10	9	30
Bastón o muletas siempre	7	23	15	50
Dos bastones o muletas	2	7	0	0
Andador	16	53	2	7
Incapaz de caminar	0	0	0	0
Capacidad de entrar y salir del vehículo				
Sin dificultad	3	10	4	13
Con dificultad	17	57	26	87
Incapaz	10	33	0	0
Cuidado de los pies				
Sin dificultad	1	3	2	7
Con dificultad	13	43	28	93
Incapaz	16	53	0	0
Claudicación				
Ninguna	3	10	16	53
Leve	25	83	13	43
Severo	2	7	1	3
Uso de escaleras				
Normal	0	0	0	0
Con pasamanos	18	60	29	97
Escalón a escalón	10	33	1	3
Incapaz	2	7	0	0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: La autora.