

# Estado Funcional de los pacientes previo a la intervención quirúrgica de implante de Prótesis Total de Cadera (PTC) y Prótesis Total de Rodilla (PTR)

Ramírez Lorenzo, T.; García Cuyás, C.; Limiñana Cañal, J.M.

Cirugía Ortopédica y Traumatología el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer el estado funcional de los pacientes con artrosis de cadera y rodilla antes de la cirugía de Prótesis Total de Cadera (PTC) y Prótesis Total de Rodilla (PTR).

**Material y Método:** Estudio transversal-descriptivo (febrero - abril de 2009). Muestra: 45 pacientes afectados de artrosis (cadera y rodilla). Las variables categóricas se resumieron mediante porcentajes y las numéricas en medias y desviaciones típicas. Las comparaciones entre los distintos grupos se hicieron mediante el test no paramétrico de Mann-Whitney. Un contraste de hipótesis se consideró estadísticamente significativo cuando  $p < 0.05$ .

Paquete Estadístico: SPSS 17.0.

Cuestionarios: Epidemiológico - Sociocultural y Calidad de Vida WOMAC.

**Resultados:** Los pacientes esperan caminar bien sin dolor (22,22%) y no tener dolor (77,68%). En el grupo de los hombres-PTR la situación previa del estado de salud, es mejor al resto de los grupos. Las mujeres que van a ser intervenidas de PTR y PTC, en cuanto a dolor y rigidez, presentan una tendencia a estar en peores condiciones que el resto de los grupos.

**Conclusiones:** La edad media de los hombres que van a ser intervenidos de implante de PTC es menor que el resto de los grupos; su dolor es mayor a los que se les va a intervenir de implante de PTR.

Las mujeres presentan más dolor y mayor rigidez en el estado funcional que los hombres, antes de ser intervenidos en los dos tipos de implante.

**Palabras clave:** Artrosis, Artroplastia, Rodilla, Cadera, Estado Funcional.

## Correspondencia:

Ramírez Lorenzo, Teresa Rosa  
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria  
Avda. Marítima del Sur, s/n  
35016. las Palmas de Gran Canaria  
E-mail: tramlor@gobiernodecanarias.org

## Introducción

La artrosis o enfermedad articular degenerativa puede definirse como la pérdida de cartílago en la que aparecen fenómenos reactivos a nivel del hueso subcondral, asociada a intento de reparación y remodelación ósea. Se observan cambios vasculares y actividad de crecimiento óseo sobre todo en los márgenes articulares. Su etiología es multifactorial desarrollándose teorías sobre su origen en la que se relaciona factores biomecánicos, metabólicos, endocrinos, la edad, el sexo y factores genéticos. Es una enfermedad dolorosa e incapacitante, cuya incidencia va en aumento<sup>1</sup>.

Existen dos tipos de artrosis, artrosis primaria cuando no se conoce el mecanismo de producción y artrosis secundaria cuando aparece una alteración o lesión demostrable que la origina.

La cadera y la rodilla son articulaciones que ocupan el tercer y cuarto lugar de localización más frecuente de la artrosis. Considerando su carácter invalidante, que ocasiona un fuerte impacto psicológico al enfermo y su entorno, unido a su baja mortalidad, constituyen un grave problema de salud pública y una carga económica considerable para la sociedad<sup>2</sup>.

En la población activa, la artrosis representa una de las causas más im-

portantes de absentismo laboral e invalidez permanente, lo que origina un coste social más elevado cuanto más desarrollada es la sociedad<sup>3</sup>. Es la causa de solicitud de asistencia sanitaria más frecuente en una consulta ambulatoria, y de repetición en demanda de nuevas consultas ante la falta de respuesta al tratamiento, y a la evolución natural de la enfermedad que es hacia la progresión a pesar de los tratamientos instaurados. Como enfermedad crónica, por tanto constituye un de los problemas más importante de la sociedad actual que envejece y demanda mejoras en su calidad de vida.

El diagnóstico de la enfermedad se realiza en base a las características clínicas del dolor, ausencia de parámetros biológicos que indique enfermedad inflamatoria o infecciosa, un ritmo de dolor mecánico, es decir modificado por la actividad y el reposo, y la radiología convencional que nos permite hacer un diagnóstico cuando la enfermedad tiene cierto grado de evolución e incluso cómo se va modificando a lo largo de diferentes controles radiológicos<sup>4</sup>.

Las medidas de prevención dirigidas a la sociedad deben ir encaminadas a evitar la aparición de la enfermedad estimulando las actividades físicas y hábitos de vida saludable. Cuando aparece la enfermedad el tratamiento de la artrosis en su fase inicial es farmacológico, rehabilitador y consejos dietéticos para la pérdida de peso, si fuera necesario. Estudios epidemiológicos han demostrado como factor de riesgo la obesidad en el desarrollo y progresión de la artrosis<sup>5</sup>.

Cuando todo lo anteriormente fracasa se plantea la intervención quirúrgica. La artroplastia de sustitución o prótesis, de la articulación afectada, produce un alivio del dolor, de la discapacidad y una mejora de la calidad de vida global del paciente. Actualmente, se pueden garantizar unos resultados satisfactorios en más del 90% de los casos<sup>6</sup>.

La artroplastia de sustitución es un procedimiento que consiste en

la reconstrucción artificial de la articulación, imitando con las limitaciones que se supone a la articulación natural. Se dispone de una amplia gama de modelos de prótesis que varían en su aleación, presencia de polietileno, formas y sistemas de anclaje. El desarrollo tecnológico que busca nuevos materiales y diseños tratan de remedar al máximo la biomecánica articular, así como buscar la máxima durabilidad del implante dado que es conocido que uno de los mayores problemas de las prótesis es aflojamiento a largo plazo<sup>7</sup>.

El candidato ideal para una prótesis es un paciente con enfermedad degenerativa articular que tenga un grado intenso de dolor como consecuencia de ello y que no haya respondido a un periodo de tratamiento conservador. La inadecuada selección del paciente es uno de los factores más importantes de fracaso, relacionada con la edad, vida relativamente activa, el sobrepeso y patologías asociadas.

En estudios revisados se observa que las mujeres son el género más afectado<sup>8</sup> y que llegan a la intervención quirúrgica en peor estado de salud<sup>9</sup>.

Con el desarrollo de las PTC y PTR se ha liberado a los pacientes de los bastones, de la ayuda familiar y del dolor, permitiendo vivir de forma independiente, lo que genera grandes beneficios para el paciente y sociedad<sup>10</sup>.

En definitiva, el objetivo básico de la artroplastia es reducir la incapacidad funcional derivada del dolor y de la limitación de movilidad, mejorando la calidad de vida de los afectados. Lo que es lo mismo quitar el dolor y recuperar la función de la articulación.

La indicación de la intervención requiere que participe activamente tanto el cirujano como el paciente, que debe conocer los beneficios y los riesgos que conlleva, para ello deberá ser estudiado el paciente mediante las pruebas diagnósticas específicas, en cada caso, y la exploración física, valorando la intensidad de los síntomas esenciales

como el dolor y la pérdida de la función.

Para conocer el estado funcional de los pacientes con alteraciones del aparato locomotor existen instrumentos específicos de medida; en el caso de la artrosis de cadera y rodilla, el Cuestionario WOMAC (Western Ontario Mc Master and Universities Index)<sup>11</sup>.

## Cuestionario específico WOMAC

### *Propósito*

El cuestionario WOMAC (Western Ontario Mc Master and Universities Index) es un instrumento específico y dirigido a pacientes que sufren artrosis de cadera y rodilla<sup>12</sup>. Se desarrolló para poder disponer de un instrumento de medida estándar y valido internacionalmente para evaluar los resultados en los ensayos clínicos del tratamiento de la artrosis.

Base conceptual. El WOMAC consta de la selección de tres conceptos importantes para el paciente e independientes del observador: dolor, rigidez y capacidad funcional de cadera y rodilla. Contiene 24 ítems, de los cuales 5 se refieren al dolor, 2 a la rigidez y 17 a la capacidad funcional<sup>13</sup>.

Para la medida existen dos versiones, que sólo se diferencia en el tipo de respuestas. La versión tipo Likert (WOMAC LK 3.0), incluye cinco categorías que representan diferente intensidad, (ninguno, poco, bastante, mucho, muchísimo).

Respecto a la puntuación, en la versión LK 3.0 el recorrido de la respuesta de cada ítem va de 0 a 4 puntos. Para obtener la puntuación de cada dimensión se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes. En general, los autores recomiendan sólo calcular las puntuaciones por dimensiones y no una puntuación global. Sin embargo, en caso que sea necesario ésta también puede obtenerse<sup>14</sup>.

El WOMAC es un cuestionario autoadministrado que se puede contestar en menos de cinco minutos, y que se dispone de versión española<sup>15</sup>.

**Objetivo**

El objetivo de este estudio, es conocer el estado funcional de los pacientes con artrosis de cadera y rodilla antes de la cirugía de PTC y PTR.

**Material y Método**

Se ha realizado un estudio transversal y descriptivo de los pacientes afectados de artrosis de cadera y rodilla programados para ser intervenidos quirúrgicamente.

El estudio se realizó en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, durante el periodo comprendido entre febrero y abril de 2009, se incluyeron un total de 45 pacientes que ingresaron el día previo a la intervención y diagnosticados en la consulta externa, pasándoseles los cuestionarios de forma autoadministrado en presencia de un entrevistador, en la unidad de hospitalización.

Para la recogida de los datos, se ha diseñado un cuestionario ad hoc, que contiene aquellas variables epidemiológicas y socioculturales del perfil del paciente, constituido por un total de ítems de 11 preguntas cerradas y 2 abiertas (*Anexo 1*), acompañado del Cuestionario de Calidad de Vida específico para el estado funcional en la artrosis de cadera y rodilla WOMAC (*Anexo 2*).

En el cuestionario epidemiológico y sociocultural las variables fueron: edad, sexo, tipo de implante, situación familiar, índice de masa corporal (IMC), experiencias anteriores, actividad laboral y física, nivel de estudios y expectativas del paciente. En cuanto al segundo cuestionario, las específicas del cuestionario WOMAC LK 3.0, para el estado funcional de la artrosis de cadera y rodilla.

La entrevista preoperatorio se realizó con estos dos cuestionarios el día de ingreso del paciente, previo a la intervención quirúrgica.

Se solicitó autorización al Comité

Ético de Investigación Clínica y a la Comisión de Docencia e Investigación del centro sanitario. Así mismo se ha solicitado el consentimiento informado a los pacientes de forma verbal, aportando las explicaciones oportunas relacionadas con los cuestionarios a contestar.

En el tratamiento estadístico las variables categóricas en cada grupo de estudio, se resumieron mediante porcentajes y las numéricas en medias y desviaciones típicas. Las comparaciones entre los distintos grupos se hicieron mediante el test no paramétrico de Mann-Whitney. Un contraste de hipótesis se consideró estadísticamente significativo cuando el correspondiente p-valor fue inferior a 0.05. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS 17.0.

**Resultados**

**Descripción de la muestra:** En el estudio intervinieron un total de 45 pacientes, 14 hombres y 31 mujeres, de ellos 17 ingresan para implante de prótesis de cadera y 28 para implante de rodilla, el número de pacientes que no tenía prótesis previa es de 24 (53,33 %). La edad

media del conjunto es de 62,78 años (DT=12.25). El 75.56% de los pacientes presentan obesidad o sobrepeso. (*Tabla 1*).

En la *Tabla 2* se recoge la estadística descriptiva de las variables socioculturales y observamos como más destacado el hecho de que 39 (86,86%) de los pacientes viven en familia, 23 (51,1%) usan bastón, 13 (28,7%) no trabajan o son jubilados, 25 (55,6%) no realizan actividad física y 18 (40%) sólo tienen estudios básicos.

En cuanto a la edad, en el *Gráfico 1* se observa que los valores de las edades en el grupo de pacientes PTC - hombre, son inferiores que en el resto de los grupos (p=0.018).

La *Tabla 3* hace referencia a los valores del IMC del grupo PTC - hombre, encontrando que son menores que en el resto de los grupos de pacientes.

En la pregunta abierta sobre las expectativas ante la cirugía, relacionada con el dolor y sus hábitos de vida, los pacientes manifiestan en un 22,22% que esperan caminar bien sin dolor y el 77,68% esperan no tener dolor.

|                         |                   |            |       |
|-------------------------|-------------------|------------|-------|
| Implante                | Cadera            | Frecuencia | 17    |
|                         |                   | %          | 37,78 |
| Rodilla                 |                   | Frecuencia | 28    |
|                         |                   | %          | 62,22 |
| Sexo                    | Hombre            | Frecuencia | 14    |
|                         |                   | %          | 31,11 |
|                         | Mujer             | Frecuencia | 31    |
|                         |                   | %          | 68,89 |
| Prótesis previa         | Sí                | Frecuencia | 21    |
|                         |                   | %          | 46,67 |
|                         | No                | Frecuencia | 24    |
|                         |                   | %          | 53,33 |
| Índice de masa corporal | Normal            | Frecuencia | 10    |
|                         |                   | %          | 22,22 |
|                         | Sobrepeso         | Frecuencia | 16    |
|                         |                   | %          | 35,56 |
|                         | Obesidad          | Frecuencia | 18    |
|                         |                   | %          | 40,00 |
|                         | Muy obeso         | Frecuencia | 1     |
|                         |                   | %          | 2,22  |
| Edad                    | Mínimo            |            | 32,00 |
|                         | Máximo            |            | 81,00 |
|                         | Media             |            | 62,78 |
|                         | Desviación típica |            | 12,25 |

**Tabla 1:** Descriptiva de las variables epidemiológicas

**Descripción del estado de salud específico según el Womac LK 3.0:** La situación previa del grupo de los hombres-PTR en relación a su estado de salud es mejor que el resto de los grupos. El estado previo de las mujeres que van a ser intervenidas de PTR y PTC, en cuanto a dolor y rigidez, presenta una tendencia a estar en peores condiciones que el resto de los grupos. *Tabla 4.*

### Discusión

En los estudios de Howell y Dieppe, se refleja que la artrosis es una enfermedad dolorosa e incapacitante, en nuestro caso la población de estudio manifiesta como expectativa previa a la cirugía, que desaparezca el dolor.

Hochberg en sus investigaciones determina como factor de riesgo la obesidad en el desarrollo y progresión de la artrosis, nuestros resultados reflejan que un 44,22% de los sujetos presentan obesidad y un 35,56% sobrepeso.

En cuanto el género de la población estudiada que más afectado está, Domínguez-Contreras y Montoya en sus conclusiones manifiestan que es el femenino, coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestro caso. También en referencia a las mujeres, Escobar y otros, concluyen que las mismas llegan en peor estado de salud funcional a la intervención quirúrgica que los hombres, en nuestra población las mujeres presentan más dolor y mayor rigidez en el estado funcional que los hombres.

### Conclusiones

1. La edad media de los hombres que va a ser intervenidos de implante de PTC es menor que el resto de los grupos.
2. El IMC medio del hombre-PTC es inferior a los otros tres grupos (hombres-rodilla, mujeres-rodilla-cadera). Esto puede ser debido a que la edad de los hombres es menor en el grupo de la PTC.
3. Los hombres que se les va a implantar la PTC, su dolor es ma-

|                    |                         | Frecuencia | %     |
|--------------------|-------------------------|------------|-------|
| Situación familiar | Vive solo               | 6          | 13,33 |
|                    | En familia              | 39         | 86,67 |
|                    | Otros                   | 0          | ,00   |
| Usa bastón         | Sí                      | 23         | 51,11 |
|                    | No                      | 22         | 48,89 |
| Actividad laboral  | Trabaja empleado        | 8          | 17,78 |
|                    | No trabaja              | 1          | 2,22  |
|                    | Jubilado                | 12         | 26,67 |
| Actividad física   | Ama de casa             | 24         | 53,33 |
|                    | Sí                      | 20         | 44,44 |
| Estudios           | No                      | 25         | 55,56 |
|                    | No sabe leer y escribir | 7          | 15,56 |
|                    | Leer y escribir         | 17         | 37,78 |
|                    | Estudios básico         | 18         | 40,00 |
|                    | Universitarios          | 3          | 6,67  |

Tabla 2: Descriptiva de las variables socio-culturales

|     |       | N            | Rango promedio |       |
|-----|-------|--------------|----------------|-------|
| IMC | GRUPO | PTC y hombre | 8              | 11,38 |
|     |       | PTC y mujer  | 9              | 18,94 |
|     |       | PTR y hombre | 6              | 26,58 |
|     |       | PTR y mujer  | 22             | 27,91 |

Tabla 3: Comparación del IMC en los distintos grupos de estudio ( $p=0.014$ )\*

\*p-valor obtenido mediante el test no paramétrico de Mann-Whitney

|                     |       |              | N  | Rango promedio |
|---------------------|-------|--------------|----|----------------|
| Dolor               | Grupo | PTC y hombre | 8  | 23,88          |
|                     |       | PTC y mujer  | 9  | 18,72          |
|                     |       | PTR y hombre | 6  | 13,75          |
|                     |       | PTR y mujer  | 22 | 26,95          |
|                     |       | p-valor*     |    | 0.111          |
| Rigidez             | Grupo | PTC y hombre | 8  | 18,94          |
|                     |       | PTC y mujer  | 9  | 23,61          |
|                     |       | PTR y hombre | 6  | 17,75          |
|                     |       | PTR y mujer  | 22 | 25,66          |
|                     |       | p-valor*     |    | 0.434          |
| Capacidad funcional | Grupo | PTC y hombre | 8  | 25,19          |
|                     |       | PTC y mujer  | 9  | 23,11          |
|                     |       | PTR y hombre | 6  | 14,67          |
|                     |       | PTR y mujer  | 22 | 24,43          |
|                     |       | p-valor*     |    | 0.407          |

Tabla 4: Resultados del test WOMAC LK 3.0 según los grupos de estudio

\*p-valor obtenido mediante el test no paramétrico de Mann-Whitney

4. En las mujeres que van a ser intervenidas de PTR, se observa que el estado de salud dolor, rigidez y capacidad funcional son equivalentes.
5. Las mujeres presentan más do-

6. La expectativa principal manifestada por los pacientes ante la cirugía de PTC y PTR es que desaparezca el dolor.

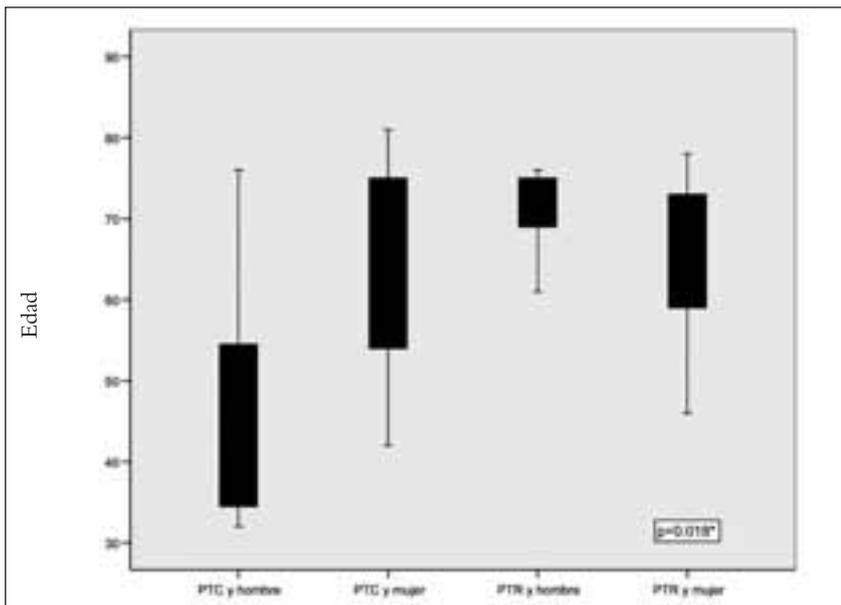


Grafico 1: Edad y grupos de paciente.

\*p-valor obtenido mediante el test no paramétrico de Mann-Whitney

#### BIBLIOGRAFÍA

1. HOWELL D S, TREADWELL B V, TRIPPEL S B.: Etiopathogenesis of Osteoarthritis. En: Moskowitz RW, Howell DS, Goldberg VM, Mankin HJ. Osteoarthritis. Diagnosis and medical/surgical management. Philadelphia: Saunders Company, Second edi
2. DIEPPE P, CUSHNAGHAN J.: The natural course and prognosis of osteoarthritis. En: Moskowitz RW, Howe DS, Goldgerg VM, Mankin HJ, eds. Osteoarthritis: diagnosis and medical surgical management. Philadelphia: Saunders, 1993; 399-412.
3. RODRÍGUEZ A, REYNER A, ESCOLÁ A., et al.: Prevalencia de la artrosis de rodilla en una muestra de la población catalana. Rev Patología de la Rodilla. 1997; 3; 19-23.
4. DOUGADOS M, GUEGUEN A, NGUYEN M et al.: Radiografic features predictive of radiografic progresión of hip
5. HOCHBERG M.C., LETHBRIDGE-CEJKU M., SCOTT W.W., et al.: The association of body weight, body fatness and body fat distribution with osteoarthritis of the knee: data from the Baltimore longitudinal study of aging. J Rheumatol; 1995; 22; 488-493.
6. MORAN CG., HORTON T.C.: Total Knee replacement: the joint of decade. A successful operation, for which there's a large unmet. BMJ; 2000; 320; 820-821.
7. PEGUERO A, CANALES V, HERRERA A. Artroplastia Total de Cadera. Monografías Médico-Quirúrgicas del aparato locomotor. La Cadera. 2001; 85-99.
8. DOMÍNGUEZ-CONTRERAS R, MONTOYA J. Evaluación del reemplazo articular total de rodilla en el servicio de ortopedia del Hospital Escuela. Rev Med de Post Grados de Medicina, 2007; 10; 46
9. ESCOBAR A, GONZÁLEZ M, QUINTANA J, AIZPURU F, SARASQUETA C. Estado de salud pre-intervención en función del sexo de las personas que van a ser operadas de prótesis de rodilla con diagnóstico de osteoartritis. Las desigualdades sociales en salud: Una nueva visión para mejorar la salud de la población. Bilbao 2007
10. HEALY WL. The economics of total hip arthroplasty. En: JJ Callaghan, Rosenber AG, Rubash HE, eds. The adult hip. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998; 845-852.
11. BELLAMY N, BUCHANAN W.W. Outcome measurement in osteoarthritis clinical trials: the case for standarization. Clin Rheumatol. 1984; 3; 193-303.
12. BELLAMY N, BUCHANAN W.W.. A preliminary evaluation of dimensionality and clinical importance of pain and disability in osteoarthritis of the hip and knee. Clin Rheumat 1986; 5; 231-241.
13. BELLAMY N, BUCHANAN W.W.. A preliminary evaluation of dimensionality and clinical importance of pain and disability in osteoarthritis of the hip and knee. Clin Rheumat 1986; 5; 231-241.
14. BATLLE-GUALDA E, ESTEVE-VIVES J, PIERA MC, et al.. Traducción y adaptación al español del cuestionario WOMAC específico para la artrosis de rodilla y cadera. Rev Española de Reumatología. 1999; 26; 38-45.
15. BADIA X, SALAMERO M, ALONSO J. La medida de la Salud. Colección Medicina Eficiente. Guía de escalas de medición en español. Barcelona. Ed. Edimac, 2002.



## Anexo 2

### Cuestionario WOMAC para artrosis<sup>1</sup>

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

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

Ninguno     Poco     Bastante     Mucho     Muchísimo

indica que NO TIENE DOLOR.

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

Ninguno     Poco     Bastante     Mucho     Muchísimo

indica que TIENE MUCHÍSIMO DOLOR.

3. Por favor, tenga en cuenta:

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

Se le pedirá que indique en una escala de este tipo cuánto dolor, rigidez o incapacidad siente usted.

Recuerde que cuanto más a la derecha ponga la "X" indicará que siente más dolor, rigidez o incapacidad.

<sup>1</sup> Traducido y adaptado por E. Battle-Gualda y J. Esteve-Vives  
Battle-Gualda E, Esteve-Vives J, Piera MC, Hargreaves R, Cutts J. Adaptación transcultural del cuestionario WOMAC específico para artrosis de rodilla y cadera. Rev Esp Reumatol 1999; 26: 38-45.

## Apartado A

### INSTRUCCIONES

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

PREGUNTA: ¿Cuánto dolor tiene?

1. Al andar por un terreno llano.

Ninguno     Poco     Bastante     Mucho     Muchísimo

2. Al subir o bajar escaleras.

Ninguno     Poco     Bastante     Mucho     Muchísimo

3. Por la noche en la cama.

Ninguno     Poco     Bastante     Mucho     Muchísimo

4. Al estar sentado o tumbado.

Ninguno     Poco     Bastante     Mucho     Muchísimo

5. Al estar de pie.

Ninguno     Poco     Bastante     Mucho     Muchísimo

## Apartado B

### INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer cuánta RIGIDEZ (no dolor) ha notado en sus caderas y/o rodillas en los últimos 2 días. RIGIDEZ es una sensación de dificultad inicial para mover con facilidad las articulaciones.

(Por favor, marque sus respuestas con una "X".)

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

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

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

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

### Apartado C

#### INSTRUCCIONES

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

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

1. Bajar las escaleras.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

2. Subir las escaleras

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

3. Levantarse después de estar sentado.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

4. Estar de pie.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

5. Agacharse para coger algo del suelo.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

6. Andar por un terreno llano.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

7. Entrar y salir de un coche.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

8. Ir de compras.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

9. Ponerse las medias o los calcetines.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

10. Levantarse de la cama.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

11. Quitarse las medias o los calcetines.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

12. Estar tumbado en la cama.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

13. Entrar y salir de la ducha/bañera.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

14. Estar sentado.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

15. Sentarse y levantarse del retrete.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

16. Hacer tareas domésticas pesadas.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima

17. Hacer tareas domésticas ligeras.

Ninguna     Poca     Bastante     Mucha     Muchísima