

ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN ARTROSIS SEVERA. PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES EN PROTOCOLO GES DEL HOSPITAL HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA, ABRIL 2004 A ABRIL 2005.

Raúl Riquelme M⁽¹⁾, Rodrigo Candia Ch.⁽¹⁾, Roberto Riquelme M.⁽¹⁾, Pablo Santana B⁽¹⁾, Dr. Víctor Montoya Ogalde⁽²⁾.

Total hip replacement in severe osteoarthritis. Epidemiological profile of patients in GES program at the Hernán Henríquez Aravena Hospital, April 2004 to April 2005.

Objective: To identify the epidemiological profile of patients with severe hip osteoarthritis surgieried with total hip prosthesis at the Hernán Henríquez Aravena Hospital of Temuco (HHAH). **Material and Method:** This is a series of retrospective consecutive cases of severe coxarthrosis according to GES program at HHAH surgieried between April 2004 – April 2005. Data were obtained from the clinical files. **Results:** ninety three patients were surgieried with a total of ninety seven prostheses. The average age was 73 ± 5 years, sixty two woman with a rate man : woman of 2 : 1, 81% lives in urban area and 15% were mapuche. **Comorbidities:** 58% Arterial Hypertension, 11% Diabetes Mellitus, 9% of surgieried cáncer. The most common surgery was right total hip replacement and cemented. **Conclusion:** This investigation shows the epidemiological profile of patients with severe hip osteoarthritis surgieried at our center. **Palabras claves:** Epidemiology, Osteoarthritis, Total Hip Replacement.

INTRODUCCIÓN

La Artrosis es una enfermedad articular caracterizada por una alteración inicial a nivel del condrocito asociada a una reacción reparadora proliferativa del hueso subcondral y a un proceso inflamatorio ocasional de la membrana sinovial. Sin tratamiento oportuno se transforma en un proceso crónico, pudiendo llegar a la destrucción de la articulación afectada¹.

Su importancia radica en la alta frecuencia de esta patología especialmente a medida que se va envejeciendo. El progresivo aumento de la esperanza de vida ha traído consigo un aumento considerable de esta patología. Se

estima que el 80% de las personas mayores de 60 años tienen cambios artrósicos radiológicos en alguna articulación² con una incidencia cercana a 88/100.000 personas/año con predominio en mujeres para artrosis de cadera³.

La artrosis de cadera va a generar dolor en esta articulación lo cual va a dificultar la marcha, provocar trastorno del sueño, aislamiento, depresión y polifarmacia, lo cual produce al paciente un impacto negativo en su calidad de vida, de su entorno familiar y social, sintiéndose inválido y aislándose de la sociedad⁴.

Desde el punto de vista etiopatogénico la artrosis de cadera se clasifica en primaria y secundaria. En la artrosis primaria, que en Chile es la más frecuente, la senescencia del cartilago junto a la suma de injurias biomecánicas derivadas del uso de la articulación parece ser uno de los factores de riesgo más importante para su desarrollo. La artrosis secundaria es el resultado de factores locales de la articulación o generales sin enfermedad que afecte a otras articulaciones o al organismo en general. Entre sus causas encontramos la luxación congénita, factores traumáticos y vasculares, factores infecciosos, artritis reumatoídea, metabólicos, consumo prolongado de corticoides y factores hereditarios¹.

Los objetivos del tratamiento de la artrosis son aliviar el dolor, mejorar la función articular y retrasar la progresión del daño estructural de las articulaciones, evitando en lo posible los efectos adversos del tratamiento⁴⁻⁶. Las diversas modalidades terapéuticas pueden clasificarse en medidas médicas, fisiokinésicas y quirúrgicas, esta última utilizada al verse sobrepasada la posibilidad médica del tratamiento. Los diferentes procedimientos quirúrgicos dependerán de la edad, el tipo de artrosis, la causa y su gravedad⁹. En este sentido la artroplastia es el procedimiento que revolucionó el tratamiento de la artrosis de cadera. La mejoría en calidad de vida es rápida y afecta a todos los aspectos de la calidad de vida^{11,12}. En Chile desde abril del año 2004 se incorporó el tratamiento quirúrgico a través de endoprotesis total como garantía explícita para personas mayores de sesenta y cinco años con artrosis de cadera severa. Uno de los pasos fundamentales para lograr este fin, corresponde al rol de los médicos generales en atención primaria para la sospecha diagnóstica, diagnóstico, clasificación de la limitación funcional de la cadera y su oportuna derivación

(1) Internos, Carrera de Medicina Universidad de La Frontera.

(2) Medico Especialista Traumatología y Ortopedia Hospital Hernán Henríquez Aravena

a especialista, quien confirma el diagnóstico y somete al paciente a las evaluaciones preoperatorias, instancia donde se evalúan comorbilidades y se otorga pase quirúrgico. Por todo lo anterior, creemos de importancia conocer las características epidemiológicas de los pacientes con artrosis severa operados con artroplastia total de cadera en nuestro centro durante el primer año de instaurado el programa GES (abril 2004-abril2005)

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: serie retrospectiva de casos consecutivos.
Población: Pacientes con confirmación diagnóstica de artrosis severa de cadera e indicación de endoprotesis total de cadera según criterios de las garantías explícitas de Salud del Gobierno de Chile durante el primer año de vigencia de este programa, es decir Abril 2004 a abril 2005, en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Los nombres de los pacientes se extrajeron de los registros de la oficina GES, SOME y del Equipo de Cadera del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco, evaluándose posteriormente las fichas clínicas de cada paciente.

Variables a estudiar: Se registró de cada paciente sexo, edad, procedencia y ruralidad. También debido a que en nuestra región los Mapuches representan 23,5%⁸ de la población total, se consignó la etnia de nuestros pacientes, definiéndolos como mapuches aquellas personas con al menos 1 apellido mapuche, y aquellos sin apellidos mapuche como no mapuche. Además se registró etiología, comorbilidad, tipo de cirugía, lateralidad, tiempo de hospitalización, complicaciones intrahospitalarias y en el seguimiento de 6 meses desde el post operatorio. La información recogida se ingresó y manejó en base de datos Microsoft Excel 2003.

RESULTADOS

Durante el primer año de instaurado el programa GES en Temuco se confirmaron un total de 109 pacientes, de los cuales, dieciséis (15%) no se operaron por criterios de exclusión según GES o bien por rechazo personal a la cirugía. De los 93 pacientes operados logramos obtener el 100% de las fichas clínicas, quienes representan nuestro universo a estudiar. Se realizaron 97 artroplastias totales, dado que a 4 pacientes se les realizó cirugía en ambas caderas.

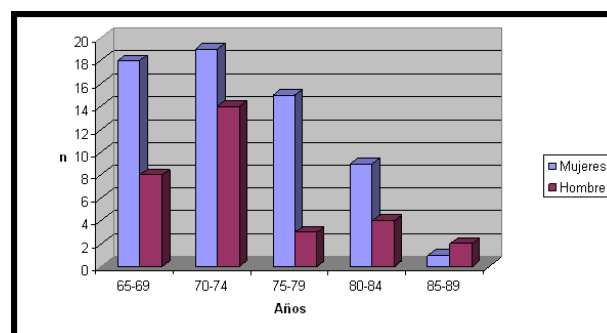
Fueron operados sesenta y dos mujeres (67%) y treinta y un hombres (33%), con una relación mujer:hombre de 2:1.

El promedio de edad de los noventa y tres pacientes evaluados fue de 73 ±5 años (rango: 65-89), no existiendo diferencias entre ambos sexo como se muestra en la tabla N°1. En el gráfico N°1 se puede observar la distribución etaria por grupos.

Tabla N°1. Distribución por sexo y edad de pacientes operados

| Sexo | n | Edad (rango) |
|---------|-----------|--------------------|
| Hombres | 31 (33%) | 73 ±5 años (65-89) |
| Mujeres | 62 (67%) | 73 ±5 años (65-86) |
| Total | 93 (100%) | 73 ±5 años (65-89) |

Gráfico N°1. Distribución pacientes operados por grupo etario.



Respecto a residencia, dieciocho pacientes (19%) tienen residencia en sector rural y setenta y cinco pacientes (81%) residencia en sector urbano. Catorce personas (15%) tienen al menos 1 apellido mapuche y setenta y nueve personas (85%) son no mapuche.

Dentro de las comorbilidades predomina con un 58% la hipertensión arterial (HTA) y 11% de diabetes mellitus (DM), con un no despreciable 9% para cáncer operado y/o tratado. El resto de las comorbilidades se pueden apreciar en la tabla N°2.

Tabla N°2. Características generales de los pacientes

| Comorbilidad | n | Porcentaje |
|-------------------------------|----|------------|
| HTA | 54 | 58 % |
| DM | 10 | 11 % |
| Cancer tratado | 8 | 9% |
| Cardiopatía Coronaria | 4 | 4% |
| Insuficiencia Cardíaca | 3 | 3% |
| Arritmia | 2 | 2% |
| Valvulopatía | 4 | 4% |
| Usuario Marcapaso | 3 | 3% |
| Aneurisma Abdominal | 1 | 1% |
| Accidente vascular encefálico | 1 | 1% |
| Cirrosis hepática | 2 | 2% |
| Epilepsia | 2 | 2% |
| Dislipidemia | 1 | 1% |
| Secueledado Tuberculosis | 5 | 5% |
| Uropatía Obstrucciona | 3 | 3% |
| IRC | 2 | 2% |

De las noventa y siete cirugías se realizaron dentro del plazo establecido por GES un 74,2% con un tiempo promedio de espera de $5,7 \pm 3$ meses (rango:1-12) desde la confirmación diagnóstica, tiempo que se ocupó para una evaluación previa por medicina Interna o cardiología y control de exámenes de laboratorio en el 100% de los pacientes.

En cuanto a la etiología predominaron las primarias con ochenta y seis pacientes (92%) y en siete pacientes (8%) se consideraron secundarias. (Tabla numero 3).

Tabla N°3. Etiología Artrosis cadera

| Etiología | n | % |
|----------------------|----|-------|
| Primaria | 86 | (93%) |
| Secundaria | 7 | (7%) |
| Displasia de cadera | 5 | (5%) |
| Artritis reumatoidea | 2 | (2%) |

Cuarenta y dos pacientes (45%) presentaban artrosis de cadera bilateral al momento de la cirugía, habiendo sido operadas previamente de cadera contra lateral once pacientes (12%). El acceso quirúrgico fue en el 100% vía posterolateral. La cirugía más realizada fue la artroplastia total derecha (64%) y cementada (73%). En cuatro pacientes (4%) se operaron ambas caderas. En tres casos durante la misma hospitalización y en un caso requirió una segunda hospitalización. El detalle de las cirugías se puede observar en la tabla N°4.

Tabla N°4. Lateralidad y tipo de cirugía

| Operaciones | n | % |
|--------------------|----|-------|
| Lateralidad | | |
| Derecha | 62 | (64%) |
| Izquierda | 35 | (36%) |
| Bilateral | 4 | (4%) |
| Tipos | | |
| Cementadas | 71 | (73%) |
| No Cementadas: | 23 | (24%) |
| Híbridas | 3 | (3%) |

Los pacientes estuvieron en promedio 8 ± 2 días (rango:4-22) hospitalizados.

De los 93 pacientes uno falleció durante la hospitalización, el cual tenía setenta y ocho años y poseía las siguientes patologías basales: HTA, Insuficiencia cardiaca capacidad funcional II, Valvulopatía mitro-aortica, Aneurisma Toracoabdominal y depresión, el hizo falla cardiaca secundario a fibrilación auricular rápida a los 10 días de hospitalización.

Las complicaciones intrahospitalarias y post-operatorias hasta los 3 meses fueron escasas, predominando cuadros infecciosos tanto respiratorios o urinarios en el periodo intrahospitalario, con un porcentaje de TVP de 1%, resto de complicaciones pueden observarse en tabla numero 5.

Tabla N°5. Complicaciones intrahospitalarias y postoperatorias hasta los 3 meses.

| | n | Porcentaje |
|-----------------------------|---|------------|
| Infección Urinaria | 4 | 4% |
| Infección respiratoria | 3 | 3% |
| Delirium | 3 | 3% |
| TVP | 1 | 1% |
| Luxación prótesis | 2 | 2% |
| Fractura Intraoperatoria | 1 | 1% |
| Insuficiencia cardiaca | 1 | 1% |
| Hematoma | 1 | 1% |
| Infección Herida Operatoria | 1 | 1% |
| Muerte | 1 | 1% |

DISCUSIÓN

El programa GES es para pacientes mayores de 65 años, mostrando nuestro trabajo una edad promedio de 73 ± 5 años sin diferencias de edad por sexo, pero si un predominio de 2:1 para mujeres:hombres, que es comparable con otras series³. El número total de artroplastias realizadas fue mayor en el grupo entre los 70-74 años decreciendo paulatinamente al pasar los años, esto dado probablemente por mayor mortalidad a medida que pasan los años. La esperanza de vida para las últimas generaciones es de 77 años⁸, y obviamente mucho más baja para generaciones previas, quienes son los actuales pacientes que deben operarse de prótesis de cadera. Ante esto surge la interrogativa de si estamos operando a personas de muy alta edad quienes están en sus últimos años y viven muy poco tiempo con prótesis, a lo cual brota la inquietud de realizar una nueva revisión para evaluar mortalidad de los pacientes operados.

Obtuvimos veinticuatro (19%) pacientes con residencia rural, de los cuales un 46% correspondían a población mapuche. El total de mapuches fue de catorce, correspondiente a un 15% del total esta última cifra menor que el 23,5% de población mapuche que posee la novena región.

Los pacientes presentan elevadas comorbilidades con cifras tan altas como de 58% para hipertensión arterial, 11% DM y 9% de neoplasia tratada entre otras. Estas patologías evidentemente dificultan y en algunos casos son tan severas que contraindican una cirugía, por lo cual es de mucha importancia buscarlas dirigidamente y manejarlas estrictamente para evitar complicaciones tanto

en el intra como postoperatorio.

Obtuvimos una mortalidad de 1 % en los pacientes hospitalizados, paciente que poseía una gran cantidad de patologías concomitantes, lo que nos refuerza aun más la importancia de conocer y tratar las comorbilidades y en algunas situaciones de mayor riesgo contraindicar la cirugía. La cirugía más realizada fue la artroplastia total de cadera derecha y dado el alto promedio de edad predominaron las prótesis cementadas, generalmente ideales para este perfil de pacientes.

El acceso fue por vía posterolateral con una sola complicación intraoperatoria que fue una fractura supracondílea del fémur intervenido por manipulación de la extremidad que se resolvió durante el mismo acto quirúrgico. Las complicaciones postoperatorias, exceptuando el paciente fallecido (ya comentado) fueron más bien escasas, predominando cuadros infecciosos tanto respiratorios como urinarios con una cifra de 1% para TVP la cual se presentó a los 2 meses postoperatorio, cifras similares a otras series¹³⁻¹⁴.

Podemos observar con el análisis de los datos que los pacientes con edades cercanas a los 73 años, con mayor predominio de sexo femenino, residencia urbana y con hipertensión arterial como principal comorbilidad son los principales candidatos a artroplastia total de cadera, siendo la derecha la cadera más afectada, con periodo hospitalario de ocho días promedio y con mínimas complicaciones.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el perfil epidemiológico de los pacientes con coxartrosis severa operados con prótesis total de cadera en Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco (HHHA). **Material y Método:** Serie retrospectiva de casos consecutivos de coxartrosis severas según protocolo GES en el HHHHA operados entre Abril 2004-Abril 2005. Datos obtenidos de fichas clínicas. **Resultados:** Se operaron noventa y tres pacientes, con un total de noventa y siete prótesis. Promedio de edad 73 ± 5 años, sesenta y dos mujeres con una proporción mujer:hombre de 2:1, 81% de residencia urbana y 15% mapuches. Comorbilidades: 58% HTA, 11% DM, 9% de cáncer operado. La cirugía más realizada fue artroplastia total cadera derecha y cementada. **Conclusión:** El trabajo muestra el perfil epidemiológico de los pacientes con artrosis severa sometidos a cirugía en nuestro centro. **Palabras claves:** Epidemiología, artrosis cadera, Artroplastia total cadera

REFERENCIAS

1. Artrosis de cadera en personas de 65 años y más, con limitación funcional severa, que requieren de endoprótesis total. Protocolo AUGE, Gobierno de Chile.
2. Lawrence JS, Bremner JM, Bier F. Osteo-arthritis: prevalence in the population and relationship between symptoms and x-ray changes *Ann Rheum Dis* 1966; 25:1-24.
3. Oliveria SA, Felson DT, Reed JL et al. Incidence of symptomatic hand, hip and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. *Arthritis Rheum* 1995; 38:1134-1141.
4. Hughes SL, Dunlop D, Edelman P, Chang R W, Singer RH. Impact of joint impairment on longitudinal disability in elderly persons. *J Gerontol* 1994;49:S291-300
5. Castaño A, Díaz JJ, Castro B. Artrosis. Guías clínicas 2003; 3(18). Disponible en www.fisterra.com
6. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JW, Dieppe P, et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2003; 62: 1145-1155.
7. American College of Rheumatology subcommittee on osteoarthritis of the hip and knee. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. *Arthritis Rheum.* 2000; 43(9): 1905-15.
8. Resultados oficiales censo de población 2002, INE Chile.
9. http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/TextoTraumatologia/Trauma_Sec02/Trau_Sec02_05.html
10. La calidad de vida tras las artroplastias totales de cadera y rodilla. A Lizaur Utrilla. F Miralles Muñoz. R Elías Calvo. *Rev Ortop Traumatol.* 2002;46:31-5.
11. La paucis A, Boruner R, Rorabeck C. The effect of elective total hip replacement on health related quality of life. *J Bone and Joint Surg* 1993; 71A: 1619-1626.
12. Jorge Manrique, Mario Enrique Díaz Cortés. Guía práctica clínica, Tratamiento quirúrgico de la osteoartritis de cadera, rodilla y mano. *Revista colombiana de Reumatología VOL. 9 No. 1, Marzo 2002, pp. 45-50, 2002 Asociación Colombiana de Reumatología.*
13. Páez Rodolfo Enrique, Nossa Juan Manuel, Rueda Escallón Guillermo, Pesantez Rodrigo. Complicaciones tempranas en la artroplastia total primaria de la cadera. *Experiencia Hospital de San José, Bogotá 2000-2005. Rev Col de Or Tra* 2006; 20(2): 43-49
14. Nuila Hernández Héctor Alfredo, Camacho Galindo Javier, Lazcano Marroquín Marco Antonio. Porcentaje de luxaciones en artroplastia total de cadera: 24 años de experiencia en el Hospital ABC. *Rev Mex Ortop Traum* 1999; 13(6): 583-586.