Med Clin (Barc). 2015;145(9):409–412

MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica

Artículo especial

Elaboración de un índice objetivo de selección de pacientes subsidiarios de prótesis articular de rodilla

Total knee prosthesis. Development of an objective selection tool for patients

Tomás Alcántara-Martos [a,*], Juan Carlos Rodríguez-Fernández [a], Antonio Evaristo Resola-García [a] y Alberto Damián Delgado-Martínez [b]

[a] Departamento de Cirugía Ortopédica, Rehabilitación y Medicina Preventiva, Área Sanitaria Jaén Norte, Linares, Jaén, España
[b] Departamento de Cirugía Ortopédica, Hospital Reina Sofía, Córdoba, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 12 de noviembre de 2014
Aceptado el 15 de enero de 2015
On-line el 9 de marzo de 2015

Introducción

Los sistemas sanitarios de los países desarrollados están inmersos en un desafío económico enorme. Inicialmente, estos se ocuparon de los problemas que ponían en riesgo la vida, como las infecciones y los tumores. Una vez, en cierta forma, controlados estos y debido al éxito en el tratamiento de los mismos, se ha alargado afortunadamente la esperanza de vida de la población. Paralelamente, esta no solo demanda vivir más, sino, además, con mayor calidad de vida.

El aumento de años vividos ha producido el surgimiento de enfermedades de carácter degenerativo a escala epidémica. Así, en el ámbito ortopédico, la artrosis crea estragos en la calidad de vida de los pacientes porque les limita sus actividades cotidianas. A diferencia de otras enfermedades degenerativas, como las neurológicas, en estas sí hemos encontrado una solución eficaz para reducir el malestar que producen. La sustitución protésica de la articulación afectada frecuentemente mejora la rigidez y el dolor de la misma.

Pero la demanda cada vez más alta de las mismas, ya sea porque cada vez son más las articulaciones subsidiarias de sustitución o porque, como se ha dicho, cada vez la esperanza de «vida confortable» ha aumentado, provoca un ritmo de crecimiento que si no es geométrico, sí es aritmético. El número total de prótesis implantadas en España y en el mundo se desconoce porque no existen registros nacionales en todos los países. Los primeros registros de cadera y rodilla se establecieron en Suecia en 1975[1], y este cuenta con más de 200.000 prótesis de cadera. En España, solo está implantado el registro de Cataluña desde 2005, y desde entonces ya recoge casi 25.000 artroplastias de cadera y rodilla[1]. En España, se calcula, según datos de empresas que producen estas artroplastias como Waldemar Link[2], que se implantan unas 45.000 prótesis totales de rodilla (PTR) al año, frente a 100.000 en Alemania. Esto constituye un problema desde el punto de vista de la gestión sanitaria de primer orden, porque los recursos que se usan en un ámbito se dejan de usar en otro. En momentos como los actuales, de restricciones presupuestarias, las partidas de gasto que crecen muy rápido deben ser ordenadas para que todo el sistema sea estable y se mantenga en el tiempo.

Por otro lado, no existen criterios indiscutibles que asienten la indicación quirúrgica de PTR. Salvo los casos en los que a una gran destrucción articular constatada de forma radiológica se le acompaña un gran dolor de forma permanente, en una gran mayoría de los mismos aparece un dolor intermitente con más o menos disociación clínico-radiológica. Por lo tanto, el momento de la implantación no está del todo establecido. Se acepta que el mejor es aquel en el que se han agotado todos los recursos médicos por vía oral, intraarticular y de rehabilitación. Al hilo de todo esto, se ha observado que la tasa de variabilidad de indicaciones e implantación de las mismas es muy alto. En 2005, el *Atlas de variabilidad de la práctica médica* analizó las artroplastias de rodilla en España, observando que se trataba de un procedimiento de alta variabilidad, con una tasa estandarizada por edad y sexo que osciló entre 2,5 y 13,49 intervenciones por 10.000 habitantes-año[3].

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: tomas.alcantara.sspa@juntadeandalucia.es
(T. Alcántara-Martos).

http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2015.01.012
0025-7753/© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Por todo ello, se ha considerado útil la construcción de un índice que permitiera reducir, o al menos intentara reducir, esta variabilidad y que ayudara, a la vez, a asentar la indicación protésica, con criterios de objetividad y equidad para que pueda acceder toda la población en igualdad de condiciones, y así mismo, que se rijan por los principios generales de beneficencia y no maleficencia.

Un índice con estas características debe orientarse a cumplir varios objetivos: primero, debe ser lo más simple posible para que pueda ser usado con asiduidad en la práctica clínica rutinaria. Sin este «principio de simplicidad» científico, no es operativo y se corre el riesgo de que sea relegado más pronto que tarde. Segundo, como previamente se ha comentado, debe ser objetivo, de tal forma que al aplicarse, toda la población tenga las mismas oportunidades de acceder a estos recursos, sin más requisitos que sus necesidades médicas, huyendo de cualquier otra eventualidad espuria. Y en tercer lugar, debe medir aquello que realmente quiere medir. La variabilidad intra e interobservador debe ser lo más pequeña posible. Esto se consigue, en parte, si se alcanza el segundo objetivo. En resumen, debe cumplir los criterios de claridad, concisión y precisión que rigen cualquier trabajo científico.

El objetivo de este trabajo consiste en construir un índice escueto de derivación de pacientes (índice de derivación definitivo [IDD]) subsidiarios de intervenirse de PTR desde atención primaria a los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de tal forma que seleccione a aquellos pacientes de la población que más lo necesitan con criterios de equidad y objetividad.

Material y método

Se realizó una encuesta a los miembros de la sociedad científica de Cirugía Ortopédica y Traumatología de España (la SECOT). Se les consultó sobre la opinión que tenían en relación con criterios objetivos implicados en la indicación de PTR. Así mismo, se les pidió que puntuaran a su criterio cuánto debían de ponderar cada parámetro implicado, como la edad, el grado radiológico y el índice de masa corporal (IMC) en la indicación final. Se les pidió opinión sobre si pensaban que debían de agotarse otros tratamientos antes de indicar una PTR, como tratamiento fisioterápico e infiltrador intraarticular con ácido hialurónico. Y por último, si pensaban que podría implementarse algún otro criterio objetivo y no objetivo a tener en cuenta para la confección definitiva del índice. Por tanto, y en resumen, los ítems sobre los que estaba estructurada de forma general la encuesta fueron: edad, radiología, IMC, fisioterapia previa e infiltraciones previas.

Los datos obtenidos fueron tratados estadísticamente. Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach, y una vez construido el índice, se aplicó en 41 pacientes, repitiéndose las medidas con el mismo investigador y con otro diferente para determinar la validez interna y externa de la prueba a través del coeficiente de correlación intraclase (CIC).

Resultados

Se obtuvieron 49 respuestas. Las preguntas y las medias de cada respuesta vienen indicadas en la tabla 1.

En el cuestionario se dejaron preguntas abiertas para indicar criterios objetivos y no objetivos que podrían contribuir a la confección definitiva del índice. Dada su prolijidad y falta de repercusión estadística, no se exponen en este texto.

El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,774 al 95% de confianza y el CIC con el mismo intervalo de confianza para medir la validez interna de la herramienta fue del 99,8%, y para la validez externa, del 99,5%.

Tabla 1
Preguntas y media de las respuestas obtenidas en la encuesta realizada entre los miembros de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

	Sí	No
Considera edad y deterioro radiológico parámetro objetivo y decisivo para implantar PTR	79,6%	20,4%
	Edad	Radiología
¿Qué peso tendría de 0-10 en el global de la indicación?	4,95	5,62
En relación con la edad, puntuar de 0-10 los tramos más adecuados para realizar una artroplastia		
	<55	1,64
	55-65	2,64
	65-75	4,67
	>75	3,73
	Sí	No
¿Debería existir un límite de edad?[a]	59,2%	40,8%
	Sí	No
¿La obesidad es un parámetro objetivo en la indicación de una PTR?	79,6%	20,4%
En relación con el peso, puntuar de 0-10 los diferentes tramos más adecuados para PTR	IMC	
	<25	4,51
	25-30	3,03
	30-35	1,82
	>35	1,76
¿Se debería realizar fisioterapia antes de PTR?[b]	Sí	No
	73,5	26,5
	Sí	No
¿Se debería ensayar tratamiento infiltrador?	77,6	22,4

IMC: índice de masa corporal; PTR: prótesis total de rodilla.
[a] El porcentaje más alto de respuestas entre los que contestaron sí fue de un 22,4% (84 años).
[b] El porcentaje más alto de respuestas entre los que contestaron sí fue de un 42,9% (6 meses).

Discusión

Para el diseño del índice se tenía que buscar la menor cantidad de criterios posibles y que estos midieran aquello que realmente querían medir, es decir, de una forma concisa y precisa, la necesidad de una PTR tras haber fracasado los otros tratamientos orales, articulares y fisioterápicos. Junto a estos criterios, es de capital importancia el criterio de falta de subjetividad.

Así, la edad cumple este último, puesto que al no ser la implantación protésica definitiva, la colocación de una PTR en una persona joven puede estar asociada a procesos de revisión futura, que a ser posible debería ser evitada. Por otro lado, en personas muy mayores, su potencialmente menor cantidad de años remanentes de vida puede hacer menos aprovechable un recurso escaso que lo podría ser más en determinadas franjas etarias.

El criterio radiológico de Kellgren y Lawrence[4] (tabla 2), dentro de las limitaciones de su variabilidad, inter e, incluso, intraobservador, es un parámetro que no puede estar fuera de un índice de estas características. Esta variabilidad, aunque baja, destaca porque el resto de parámetros son totalmente objetivos, sin ninguna variabilidad. El motivo de introducirlo es que constituye un criterio que siempre se tiene en cuenta y no se concibe la implantación de una PTR sin la realización de una radiografía.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3798867

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3798867

Daneshyari.com