



Editorial

Registro de artroplastias de Andalucía

Comisión de la SATO para la RAA:

Alberto Albert, Marisa Galadi, José Luis Martínez Montes, Juan Valenzuela, Plácido Zamora, Boris García, Gabriel Domecq.

Las artroplastias articulares están imponiéndose paulatinamente como uno de los actos médicos con un alto coste-efectividad⁽¹⁾, a pesar de ello, al existir una gama tan amplia de implantes, se hace necesaria la utilización de registros que posibiliten conocer la efectividad y la seguridad de las prótesis tras su implantación en los pacientes^(2,3).

Tras el éxito inicial del registro sueco desde los años 70, han sido múltiples las iniciativas de puesta en marcha de registros de prótesis articulares tanto dentro como fuera de Europa, aunque existen diferencias en cuanto a su funcionamiento y al tipo de información recogida⁽³⁾. Organizaciones de tanto prestigio como la International Society of Arthroplasty Registers (www.isarhome.org), International Consortium of Orthopaedic Registries, European Arthroplasty Register (www.eart.org) y Nordic Arthroplasty Register Association, han propuesto estándares y niveles de calidad para el funcionamiento de dichos registros.

Aunque inicialmente pudiera parecer que la clave es registrar el tipo de implante colocado en los pacientes,

a fin de evaluar su supervivencia, debemos considerar que en el resultado de una prótesis influyen muchos factores ajenos al implante en sí mismo (técnica quirúrgica, infecciones, características del paciente, etc). Por ello para poder hacer una evaluación cabal de los resultados es aconsejable que todos estos factores sea tenidos en cuenta.

Además de estos clásicamente se ha afirmado que en este tipo de patología y actuaciones médicas, los estudios observacionales (ecológicos) compensan, a pesar de su dificultad a la hora de valorar los resultados, las deficiencias que podrían objetarse al no tratarse de estudios clínicos aleatorizados^(4,5,6,7).

Uno de los tópicos sobre este tipo de registros, es el debate sobre si pueden servir para mejorar la práctica clínica cotidiana. Cabe afirmarse que existen múltiples evidencias que han comprobado que el hecho de comunicar a los médicos los resultados de sus prácticas y rutinas clínicas, produce un efecto inmediato de mejora espontánea sin necesidad de más controles ulteriores^(8,9,10,11).

De hecho cabe poca duda de que el aumento de la supervivencia de las prótesis implantadas en los años 80, frente a las implantadas en los años 70 y la disminución de la variabilidad en los tipos de prótesis, son resultado de las prácticas clínicas y de los tipos de implantes que el propio registro Sueco propicio, en el seno de la comunidad ortopédica internacional⁽¹²⁾.

Un aspecto crucial a dilucidar es si conviene tomar como único indicador la supervivencia fría de la prótesis, medida como necesidad de recambio o ex plantación. Frente a esta idea aparecen con fuerza opiniones que defienden que la visión de los pacientes y la capacidad funcional (escalas funcionales, escalas de necesidades sociales, escalas de calidad de vida) enriquecerían mucho el análisis de los resultados. Este análisis además sería más útil a la hora de tomar decisiones que afecten a la salud "real" de los ciudadanos y no solo a los que los sanitarios consideramos un buen resultado. De hecho en el propio registro sueco cuando lo que se mide es la tasa de recambios, esta se sitúa en torno al 7% a los 10 años, y sin embargo, cuando se tiene en cuenta el resultado funcional la tasa de fracasos para ese periodo puede rondar entre un 15-20%⁽¹³⁾.

En este momento se está produciendo, en todo el mundo occidental y en los países emergentes, un espectacular aumento de la tasa de indicaciones de prótesis articulares, incluso entre pacientes obesos o de edad inferior a los 55 años⁽¹⁵⁾. Puesto que esto supone un importante impacto en dos aspectos: por una parte una repercusión en el manejo de recursos del sistema sanitario público y por otra una importante ganancia en términos de salud y de ahorro económico para la totalidad de la sociedad⁽¹⁶⁾ resulta muy oportuno la puesta en marcha de un registro propio, que se vea afectado por el entorno social y sanitario y las características propias de nuestra región. Por ello, a pesar de que la información que proporcionan los registros de otros países, puede ayudar en la toma de decisiones, conocer los resultados de nuestras propias artroplastias permitirá orientar las decisiones médicas de una forma adaptada a nuestra realidad.

El registro de artroplastias podría suponer la herramienta que permitiese establecer un sistema de evaluación y mejora continuas de la calidad asistencial a través de un método común⁽¹⁴⁾, convirtiéndose en un

instrumento que proporcionase la información necesaria para establecer el estándar de calidad con el cual todos se podrían comparar. Obtener resultados por debajo de un estándar de referencia no representaría un problema sino que otorgaría la oportunidad de mejora.

El registro de artroplastias es una herramienta para analizar principalmente **cuánto tiempo se tarda en recambiar una prótesis**. Por ello se realiza un análisis de supervivencia de la artroplastia es decir el tiempo que se tarda desde que se implanta hasta su recambio. Otro elemento más de la artroplastia es el tipo de prótesis. Como prótesis nos referimos a implante, cemento o no, etc. Otros elementos son el cirujano y su experiencia, el paciente y sus características, el abordaje y terreno, etc.

El Registro de Artroplastias se **estructura en etapas** que no pueden superponerse en el desarrollo. En nuestro medio se podría plantear de la siguiente manera.

Fases:

- **Análisis epidemiológico de los pacientes** a los que se realiza una artroplastia. Son datos **contenidos en el CMBDA**. Su calidad está controlada.
- **Estructurar la información de los implantes** que portan los pacientes e incluirlos en la base de datos que se ha hecho con la información del CMBDA y posiblemente el DAE. En esta fase hay que acceder a la información y cruzarla de los pacientes que han sido sometidos a **recambio de la artroplastia**.
- **Explotación de la información relevante**. Saber si el implante tal o cual se recambia antes o después o que cemento se asocia con una mayor tasa de recambio. Se añadiría información clínica referente a las características de calidad de vida del paciente. Se incluiría las variables clínicas aportadas por las escalas de Harris, Oxford, EVA, SF etc. que dicen cuanto beneficio hemos dado a los pacientes y cuanto les ha durado. Esta fase ya sería estar a la altura de los demás registros.

Este es el resumen de los objetivos que la SATO ha presentado a través de su comisión para la RAA a la AETSA donde hemos depositado nuestro trabajo e ilusión para llevar a cabo este proyecto que creemos de gran interés para las especialidades de nuestra región.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marti-Valls J, Alonso J, Lamarca R, Pinto JL, Auleda J, Girvent R et al. Efectividad y costes de la Intervención de prótesis total de cadera en siete hospitales de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 Suppl 2 :34 -39.
2. Sedrakyan A, Paxton EW, Phillips C, Namba R, Funahashi T, Barber T, et al. The International Consortium of Orthopaedic Registries: overview and summary. *J Bone Joint Surg AM.* 2011; 93 Suppl 3:S1-12
3. Carr AJ, Robertson O, Graves S, Price AJ, Arden NK, Judge A, et al. Knee replacement. *Lancet.* 2012;N379:1331-40
4. Benson K, Hartz AJ. A comparison of observational studies and randomized, controlled trials. *N Engl J Med* 2000; 342(25):1878-1886.
5. Concato J, Shah N, Horwitz RI. Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. *N Engl J Med* 2000; 342(25):1887-1892.
6. Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ* 1996; 312(7040):1215-1218.
7. McCulloch P, Taylor I, Sasako M, Lovett B, Griffin D. Randomised trials in surgery: problems and possible Solutions. *BMJ* 2002; 324(7351):1448-1451
8. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practices. *N Engl J Med* 1993; 329(17):1271-1273.
9. Kiefe CI, Allison JJ, Williams OD, Person SD, Weaver MT, Weissman NW. Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285(22):2871-2879.
10. Moya-Ruiz C, Peiro S, Meneu R. Effectiveness of feedback to physicians in reducing inappropriate use of hospitalization: a study in a Spanish hospital. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(4):305-312.
11. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomson O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD000259
12. Herberts P, Malchau H. Long-term registration has improved the quality of hip replacement: a review of the Swedish THR Register comparing 160,000 cases. *Acta Orthop Scand* 2000; 71(2):111-121.
13. Soderman P, Malchau H, Herberts P, Zugner R, Regner H, Garellick G. Outcome after total hip arthroplasty: Part II. Disease-specific follow-up and the Swedish National Total Hip Arthroplasty Register. *Acta Orthop Scand* 2001; 72(2):113-119
14. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Med Care*2003; 41(1 Suppl):I30-I38
15. Andrew,Carl. *Lancet* Volume: 379, Issue: 9823, Date: 2012 Apr 7, Pages: 1331-40
16. Martínez Montes, José Luis. Resultados del Registro de Prótesis Articulares. REPAR. Comunicación. 37 Congreso SATO, Granada 1997