



SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS
Y SALUD BASADA EN EVIDENCIA

Informe de Revisión de Vigencia

Recomendaciones de Guía de Práctica Clínica Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa, 2010

La División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) en conjunto con la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, realiza periódicamente el proceso de actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC).

Para la actualización de la Guía de Práctica Clínica Endoprótesis Total de cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa, año 2019, se realizó la revisión de vigencia de recomendaciones claves de la GPC Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa, 2010, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

El proceso de revisión de vigencia, se divide en dos etapas:

Etapla 1. Evaluación Metodológica de las Recomendaciones: Profesionales del Ministerio de Salud de Chile, familiarizados con la metodología de actualización de Guías de Práctica Clínica, evaluaron independientemente cada una de las recomendaciones claves de la GPC Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa. 2010, distinguiendo si cumplían o no los siguientes criterios:

- La recomendación propone realizar una acción concreta.
- La acción (que propone la recomendación) es factible de implementar y de evaluar.

Luego se seleccionaron todas aquellas recomendaciones donde el 60% o más de los evaluadores consideraron que la recomendación clave cumplía ambos criterios. En el caso de esta guía, se definió que 7 recomendaciones estaban adecuadamente formuladas, ver detalle en Anexo 01.

Etapla 2. Evaluación de Vigencia Clínica: Las recomendaciones seleccionadas en la etapa 1, fueron evaluadas por los profesionales del equipo elaborador de la guía que ejercen la práctica clínica, a través de una encuesta online. Cada evaluador que se consideró con competencias para evaluar la recomendación, respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 a 6, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo:

- ¿La recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población?
- ¿La recomendación propone una acción que se realiza en el contexto actual? ¿no es una práctica en desuso?

Las respuestas fueron analizadas para cada criterio y recomendación. Cuando la mediana del total de evaluador obtuvo puntaje 4 o más en ambos criterios, la recomendación se consideró VIGENTE. Si la mediana del puntaje fue menor a 4 en al menos un criterio, la recomendación se definió como NO VIGENTE, ver detalle en Anexo 02.

Los resultados de la encuesta de evaluación de vigencia clínica fueron presentados y revisados por el equipo elaborador en reunión presencial, para finalmente definir por consenso las recomendaciones vigentes.

Tras realizar la evaluación metodológica y la evaluación de vigencia clínica de las recomendaciones claves evaluadas, se definieron las siguientes como vigentes:

Recomendaciones vigentes al 2019, de Guía de Práctica Clínica Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa, 2010
1. Todo paciente con OA de rodilla o cadera debiera recibir educación respecto de su enfermedad, incluyendo información sobre los métodos de diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Ello puede ser realizado en forma personalizada o grupal.
2. Todo paciente con OA de rodillas o caderas debiera realizar un programa de ejercicio para mejorar la condición de la musculatura de las extremidades inferiores previo a la cirugía protésica. Dicho programa de ejercicio puede ser realizado de manera individual o grupal.
3. A todo paciente que será sometido a una endoprótesis total de cadera y que presente un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 30 deberá realizar un tratamiento nutricional supervisado con anticipación a la cirugía.
4. En relación a los tipos de endoprótesis, históricamente se han desarrollado diferentes opciones según los sistemas de fijación, superficies de fricción y modularidad: <ul style="list-style-type: none"> a) Según sistema de fijación: cementadas, no cementadas e híbridas. <ul style="list-style-type: none"> i. Se recomienda fijación no cementada o híbrida entre 65 a 75 años. ii. Se recomienda fijación cementada o híbrida sobre los 75 años. b) Según las superficies de fricción: polietileno metal. c) Según modularidad: del cotilo o del vástago. d) Según sistema de cementación: usar técnica de tercera generación.

<p>5. Trombo Profilaxis en Artroplastía de Cadera.</p> <p>A. En pacientes sometidos a cirugía electiva de cadera, se recomienda realizar tromboprofilaxis en forma rutinaria con una de las siguientes alternativas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HBPM en dosis de tromboprofilaxis para paciente sometidos a cirugía endoprotésica de cadera, en dosis por kilo de peso para cada tipo de HBPM según literatura. 2. Anticoagulantes Orales de última Generación (Anti factor Xa o Antitrombina) con un efecto protector y seguridad equivalente a la HBPM, recomendada en dosis e inicio de la terapia según literatura. 3. El inicio de las terapias puede indicarse de 12-24 horas después de la cirugía. <p>B. En pacientes con elevado riesgo de sangrar se recomienda el uso adecuado de métodos mecánicos. Cuando el riesgo de hemorragia disminuye se debe complementar o sustituir con drogas trombo profilácticas.</p> <p>C. No se recomienda el uso de aspirina, ni Heparina No Fraccionada (HNF), ni métodos mecánicos como único método de trombo profilaxis.</p>
<p>6. Duración de la tromboprofilaxis.</p> <p>Actualmente se sugiere que todos los pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor (Prótesis Total de Cadera) debieran recibir terapia tromboprofiláctica por 35 días. La rehabilitación kinésica se inicia en el post operatorio inmediato y luego del alta hospitalaria se extiende hasta los tres meses de la cirugía.</p>
<p>7. El propósito de efectuar un seguimiento de tres meses a los pacientes con endoprótesis total de cadera, es el de lograr la restitución de la funcionalidad de la marcha y de las actividades de la vida diaria. Se sugiere que esto se realice distribuyendo 12 sesiones el primer mes, 8 sesiones el segundo mes y las últimas 8 sesiones durante el tercer mes.</p>

ANEXO 01. Resultados de evaluación metodológica de las recomendaciones de Guía de Práctica Clínica Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa, 2010

Recomendaciones	Nivel de certeza	Resultado de la evaluación metodológica ¹
1. 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 afectada.	Sin	Formulación inadecuada
2. Todo paciente con OA de rodilla o cadera debiera recibir educación respecto de su enfermedad, incluyendo información sobre los métodos de diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Ello puede ser realizado en forma personalizada o grupal.	A	Formulación adecuada
3. Todo paciente con OA de rodillas o caderas debiera realizar un programa de ejercicio para mejorar la condición de la musculatura de las extremidades inferiores previo a la cirugía protésica. Dicho programa de ejercicio puede ser realizado de manera individual o grupal.	B	Formulación adecuada
4. A todo paciente que será sometido a una endoprótesis total de cadera y que presente un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 30 deberá realizar un tratamiento nutricional supervisado con anticipación a la cirugía.	B	Formulación adecuada
5. En relación a los tipos de endoprótesis, históricamente se han desarrollado diferentes opciones según los sistemas de fijación, superficies de fricción y modularidad: (revisiones sistemáticas en anexos) a) Según sistema de fijación: cementadas, no cementadas e híbridas. i. Se recomienda fijación no cementada o híbrida entre 65 a 75 años.	Sin	Formulación adecuada

<p>ii. Se recomienda fijación cementada o híbrida sobre los 75 años.</p> <p>b) Según las superficies de fricción: polietileno metal.</p> <p>c) Según modularidad: del cotilo o del vástago.</p> <p>d) Según sistema de cementación: usar técnica de tercera generación.</p>		
<p>6. Trombo Profilaxis en Artroplastía de Cadera.</p> <p>A. En pacientes sometidos a cirugía electiva de cadera, se recomienda realizar tromboprofilaxis en forma rutinaria con una de las siguientes alternativas:</p> <p>1. HBPM en dosis de tromboprofilaxis para paciente sometidos a cirugía endoprotésica de cadera, en dosis por kilo de peso para cada tipo de HBPM según literatura.</p> <p>2. Anticoagulantes Orales de última Generación (Anti factor Xa o Antitrombina) con un efecto protector y seguridad equivalente a la HBPM, recomendada en dosis e inicio de la terapia según literatura.</p> <p>3. El inicio de las terapias puede indicarse de 12-24 horas después de la cirugía.</p> <p>B. En pacientes con elevado riesgo de sangrar se recomienda el uso adecuado de métodos mecánicos. Cuando el riesgo de hemorragia disminuye se debe complementar o sustituir con drogas trombo profilácticas.</p> <p>C. No se recomienda el uso de aspirina, ni Heparina No Fraccionada (HNF), ni métodos mecánicos como único método de trombo profilaxis.</p>	A	Formulación adecuada
<p>7. Duración de la tromboprofilaxis.</p> <p>Actualmente se sugiere que todos los pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor (Prótesis Total de Cadera) debieran recibir terapia tromboprofiláctica por 35 días. La rehabilitación kinésica se inicia en el post operatorio inmediato y luego del alta hospitalaria se extiende hasta los tres meses de la cirugía.</p>	A	Formulación adecuada
<p>8. El propósito de efectuar un seguimiento de tres meses a los pacientes con endoprótesis total de cadera, es el de lograr la restitución de la funcionalidad de la marcha y de las actividades de la vida diaria. Se sugiere que esto se realice distribuyendo 12 sesiones el primer mes, 8 sesiones</p>	Nivel 3	Formulación adecuada

el segundo mes y las últimas 8 sesiones durante el tercer mes.		
----------------------------------------------------------------	--	--

¹ **Formulación adecuada:** la formulación recomendaciones está estructurada de modo que propone una acción y es factible de implementa y evaluar. / **Formulación inadecuada:** la formulación de la recomendación no propone una acción concreta o no es factible de implementar o evaluar.

ANEXO 02. Resultado de la evaluación de vigencia clínica Guía de Práctica Clínica Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa, 2010

Recomendaciones*	Estado de Vigencia Clínica ¹
<p>Todo paciente con OA de rodilla o cadera debiera recibir educación respecto de su enfermedad, incluyendo información sobre los métodos de diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Ello puede ser realizado en forma personalizada o grupal.</p>	Vigente
<p>Todo paciente con OA de rodillas o caderas debiera realizar un programa de ejercicio para mejorar la condición de la musculatura de las extremidades inferiores previo a la cirugía protésica. Dicho programa de ejercicio puede ser realizado de manera individual o grupal.</p>	Vigente
<p>A todo paciente que será sometido a una endoprótesis total de cadera y que presente un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 30 deberá realizar un tratamiento nutricional supervisado con anticipación a la cirugía.</p>	Vigente
<p>En relación a los tipos de endoprótesis, históricamente se han desarrollado diferentes opciones según los sistemas de fijación, superficies de fricción y modularidad: (revisiones sistemáticas en anexos)</p> <p>a) Según sistema de fijación: cementadas, no cementadas e híbridas.</p> <p>i. Se recomienda fijación no cementada o híbrida entre 65 a 75 años.</p> <p>ii. Se recomienda fijación cementada o híbrida sobre los 75 años.</p> <p>b) Según las superficies de fricción: polietileno metal.</p> <p>c) Según modularidad: del cotilo o del vástago.</p> <p>d) Según sistema de cementación: usar técnica de tercera generación.</p>	Vigente
<p>Trombo Profilaxis en Artroplastía de Cadera.</p> <p>A. En pacientes sometidos a cirugía electiva de cadera, se recomienda realizar tromboprofilaxis en forma rutinaria con una de las siguientes alternativas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HBPM en dosis de tromboprofilaxis para paciente sometidos a cirugía endoprotésica de cadera, en dosis por kilo de peso para cada tipo de HBPM según literatura. 2. Anticoagulantes Orales de última Generación (Anti factor Xa o Antitrombina) con un efecto protector y seguridad equivalente a la HBPM, recomendada en dosis e inicio de la terapia según literatura. 3. El inicio de las terapias puede indicarse de 12-24 horas después de la cirugía <p>B. En pacientes con elevado riesgo de sangrar se recomienda el uso adecuado de métodos mecánicos. Cuando el riesgo de hemorragia disminuye se debe complementar o sustituir con drogas trombo profilácticas.</p>	Vigente

C. No se recomienda el uso de aspirina, ni Heparina No Fraccionada (HNF), ni métodos mecánicos como único método de trombo profilaxis.	
Duración de la tromboprofilaxis Actualmente se sugiere que todos los pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor (Prótesis Total de Cadera) debieran recibir terapia tromboprofiláctica por 35 días. La rehabilitación kinésica se inicia en el post operatorio inmediato y luego del alta hospitalaria se extiende hasta los tres meses de la cirugía.	Vigente
El propósito de efectuar un seguimiento de tres meses a los pacientes con endoprótesis total de cadera, es el de lograr la restitución de la funcionalidad de la marcha y de las actividades de la vida diaria. Se sugiere que esto se realice distribuyendo 12 sesiones el primer mes, 8 sesiones el segundo mes y las últimas 8 sesiones durante el tercer mes.	Vigente

* Se evaluó la vigencia clínica sólo de las recomendaciones que fueron definidas como adecuadamente formuladas en la fase 1 - evaluación metodológicamente (Anexo 01).

1. **Vigente:** La recomendación aparte de estar adecuadamente formulada, propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población y se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso).
/ **No vigente:** La recomendación a pesar de estar adecuadamente formulada, no propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población o no se realiza en el contexto actual (es una práctica en desuso).

MIEMBROS DEL EQUIPO ELABORADOR QUE PARTICIPARON EN LA REVISIÓN DE VIGENCIA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA ENDOPRÓTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA CON LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA, AÑO 2019

Nombre	Profesión, Instituciones
Andrés Flores León	Kinesiólogo. Universidad de los Andes.
Jenny Judith Velasco Peñafiel	Médico. Departamento de Ciclo Vital. División de Control y Prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Magyolue Quintana Contreras	Enfermera. REDESAM. Hospital Clínico Universidad de Chile.
Marcelo Elgueta Grillo	Médico Cirujano, Especialista en Ortopedia y traumatología, Fellowship en Cirugía Reconstructiva Articular de Cadera. Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología. Hospital Las Higueras de Talcahuano. Hospital Clínico del Sur.
Mauricio Lorca Navarro	Kinesiólogo. Sociedad de Kinesiología Gerontológica. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE).
Nanet Gonzalez Olate	Kinesióloga. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud.
Oscar Calderón Alvarado	Médico Geriatra. Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile. Complejo Asistencial Dr. Sotero del Rio.
Pablo Garrido Vyhmeister	Químico Farmacéutico. Instituto Nacional de Geriatria. Universidad Andrés Bello.
Raul Valenzuela Suazo	Kinesiólogo. Departamento de Rehabilitación y Discapacidad. División de Control y Prevención de Enfermedades. Ministerio de Salud.

