

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL; VERACRUZ NORTE
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES N° 14
CENTRO MEDICO NACIONAL "ADOLFO RUIZ CORTINEZ"

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON COXARTROSIS ANTES Y
DESPUES DE LA CIRUGÍA DE REEMPLAZO ARTICULAR TOTAL DE
CADERA CEMENTADA.

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

PRESENTA

DR. PEDRO ANGELES TORRES

ASESOR

DR. FRANCISCO ROVIROZA VISOSO

CONTENIDO

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
MARCO TEORICO.....	4
MATERIAL Y METODOS.....	22
RESULTADOS	25
DISCUSION.....	33
CONCLUSION.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	37
ANEXOS.....	39
AGRADECIMIENTOS	

RESUMEN

ANTECEDENTES: La artrosis es la enfermedad osteoarticular más prevalente, y causa frecuente de discapacidad, su incidencia va en aumento y genera importantes problemas socio-económicos por los costos y la invalidez que conlleva (1).

OBJETIVO: El objetivo fue comparar la calidad de vida antes y después de la prótesis articular de cadera cementada.

DISEÑO DEL ESTUDIO: PROSPECTIVO, LONGITUDINAL Y ANALITICO.

MATERIAL Y METODOS: Estudiamos 60 pacientes con artrosis de cadera o coxartrosis, en la consulta externa del módulo de cadera del IMSS CMN ARC N° 14 con sede en Veracruz Ver. De agosto 2007 a noviembre 2007, se utilizó un instrumento de medición de calidad de vida (Cuestionario WOMAC), previo y 2 meses después de la cirugía de reemplazo articular de cadera cementada.

RESULTADOS: Se estudiaron 60 pacientes, 22 (37%) mujeres y 38 (63%) hombres, se intervinieron 42 (71%) caderas derechas y 18 (29%) izquierdas, al comparar los resultados del cuestionario WOMAC pre y postoperatoriamente el dolor estuvo ausente en 52 pacientes y fue leve en 8, la rigidez se reportó como nula en 43 y poca en 17 pacientes, la capacidad funcional fue considerada como normal por 46 pacientes y con poca afectación de la misma en 14 casos.

CONCLUSIONES : se encontró que la prótesis de cadera cementada ofreció mejoría en el dolor, disminución en forma significativa de la rigidez de la cadera, y la función de la articulación y por tales motivos mejoró significativamente la calidad de vida en los pacientes intervenidos mediante esta técnica.

PALABRAS CLAVE: coxartrosis, artroplastia total de cadera cementada y calidad de vida.

INTRODUCCION

El presente protocolo esta basado en los estudios y en los resultados anteriores en relación con la mejoría importante de la calidad de vida lo que engloba la función de la cadera, la mejoría significativa del dolor y la rigidez que mejora las actividades cotidianas de los pacientes.

Este estudio se basa en pacientes seleccionados hombres o mujeres los cuales son candidatos para manejo con artroplastia total de cadera cementada, estos deben presentar una artrosis primaria, con o sin alguna enfermedad asociada como lo es la artritis reumatoide, diabetes mellitus o hipertensión arterial.

La artroplastia es una operación para devolver la movilidad a una articulación y la

función a los músculos, ligamentos y demás estructuras de tejidos blandos que controlan la articulación(1).

La artroplastia total de cadera es el procedimiento de reconstrucción de la articulación coxofemoral realizado con más frecuencia en adultos.

El conocimiento de la historia de la artroplastia de cadera es necesario para apreciar no sólo su situación actual, sino también su futuro.

La artrosis es una enfermedad en la cual se presentan desgaste de las superficies

de las articulaciones, es frecuente y esperado encontrarla en pacientes adultos mayores y también se presenta como antecedente de una fractura articular o traumatismos de alta y baja intensidad (2). En este estudio nos enfocaremos a la

coxartrosis que es el desgaste de la articulación de cadera.

Estudios comparativos demuestran que la artroplastia total de cadera mejora

enormemente la calidad de vida en pacientes adultos mayores (5),(6).

No obstante también presentan estudios donde de acuerdo a la experiencia del

cirujano y a los componentes protésicos se presentan casos de infección de la cadera el mas importante, luxación de los componentes protésicos y aflojamientos sépticos y asépticos (7),(10).

El estudio será de tipo prospectivo longitudinal analítico observacional.

Este estudio lo estoy realizando en el CMN ARC UMAE 189 el cual abarcara 5 meses de comparar la calidad de vida antes y después de la prótesis de cadera cementada. En relación con la mejoría de el dolor, función y rigidez de la cadera afectada.

Y aplicare el cuestionario de Wocman antes de la cirugía en la consulta de traumatología y ortopedia y 2 meses después de la cirugía en la consulta externa de traumatología y ortopedia.

MARCO TEORICO

La artroplastia es una operación para devolver la movilidad a una articulación y la función a los músculos, ligamentos y demás estructuras de tejidos blandos que controlan la articulación⁽¹⁾.

La artroplastia total de cadera es el procedimiento de reconstrucción de la articulación coxofemoral realizado con mas frecuencia en adultos.

El conocimiento de la historia de la artroplastia de cadera es necesario para apreciar no sólo su situación actual, sino también su futuro.

La artroplastia tuvo sus comienzos a mediados del siglo XIX, cuando los cirujanos intentaron producir una pseudo artrosis extraarticular mediante la reseccion simple de las articulaciones anquilosadas.

El empleo de materiales biológicos e inorgánicos para la artroplastia de cadera se hizo popular a comienzos del siglo XX ⁽¹¹⁾.

Las superficies articulares deformadas o anquilosadas eran contorneadas y se insertaba una capa de interposición para remodelar la articulación e impedir el movimiento. Los injertos de fascia lata y los tejidos blandos periarticulares se usaron mucho en estados unidos y Europa Sir Robert jones empleó una lámina de oro como una capa de interposición en 1912 los resultados seguían siendo impredecibles, con dolor residual y rigidez como causas primarias de fracaso. En 1923, Smith-petersen introdujo el concepto de (artroplastia de molde) como una alternativa para la membrana de interposición.

La artroplastia de copa de Smith-petersen, con modificaciones subsiguientes por Aufrac, se convirtió en la referencia para la reconstrucción coxofemoral

hasta la introducción de la moderna artroplastia total de cadera.

Los hermanos Judet usaron una prótesis de cabeza femoral acrílica termofraguada, pero la fragmentación del material acrílico con el desgaste resultante condujo a reacción tisular intensa, incluyendo destrucción ósea. Tanto Thompson como Moore desarrollaron endoprótesis metálicas con vástagos medulares para fijación esquelética (13).

Un avance fundamental fue la introducción por Charnley del cemento acrílico de fraguado frío (polimetilmetacrilato, o PMMA) para fijación de los componentes.

Tras comprobar que el coeficiente de fricción de una bola de acero contra el politetrafluoroetileno se aproximaba al de las articulaciones normales, insertó una prótesis Moore y recubrió el acetábulo con una cascara fina de politetrafluoroetileno. Más adelante cementó el vástago de la prótesis femoral y la copa de plástico con polimetilmetacrilato, para fijar con seguridad los componentes en el hueso y transferir la fuerza de modo más uniforme a una superficie ósea mayor (5). Debido al desgaste y a la reacción tisular excesivos, el

politetrafluoroetileno fue sustituido por polietileno de alta densidad (PEAD)

Y más adelante por polietileno de peso molecular ultra elevado (PMUE).

Sin embargo, inmediatamente quedó claro que el éxito dependía de la selección y evaluación cuidadosas de los pacientes, así como de la atención meticulosa a la técnica operatoria y la asepsia (1).

TECNICA QUIRURGICA DE LA PROTESIS DE CADERA CEMENTADA

Se coloca al paciente en decúbito lateral, con su cadera por operar hacia arriba. Debe proporcionarse estabilidad de la pelvis, para lo cual es muy

importante sujetarla firmemente, con ayuda de soportes sobre la región lumbosacra y la sínfisis púbica, pero permitiendo una libre movilidad pélvica.

Lo anterior facilita un posicionamiento adecuado de la copa acetabular, la evaluación de la longitud de la extremidad, además de la libre colocación de la extremidad durante el acto quirúrgico. Se procede a realizar la asepsia y

antisepsia de la extremidad pélvica y cadera a intervenir con isodine o

DUREPREP. Se realiza un abordaje y exposición de la cadera vía antero

lateral el centro de la incisión se localiza a nivel del trocánter mayor y se dirige distalmente en forma paralela al eje diafisario femoral (1). La incisión se curvará un poco hacia atrás en su tercio posterior. El tamaño de la incisión será entre 15 y 20 cm.

Se procede a disecar el tejido celular subcutáneo hasta el plano de la fascia

lata, la incisión sobre la fascia lata se inicia medialmente por abajo del trocánter

mayor y se dirige distalmente en forma paralela a la línea de la incisión

cutánea. la incisión cefálica se dirige hasta la punta del trocánter mayor y luego se curva un poco hacia atrás, permitiendo observar las fibras del glúteo mayor, las cuales se separan en forma roma (2). Se identifica y reseca la bolsa (bursa) trocantérica.

Entonces, se identifica digitalmente un nicho o receso muscular ventral, que se localiza entre los músculos abductores (glúteo medio y menor) y el vasto

lateral (vasto externo).

Acto seguido, se efectúa una incisión longitudinal sobre el trocánter mayor, 1 cm. por atrás del tendón conjunto de los glúteos medio/menor y se dirige hacia el punto donde se ha identificado el nicho entre los abductores y el vasto lateral. Se separa con bisturí el tendón conjunto de estos músculos abductores, para formar un colgajo en forma de L (2),(8). con lo anterior se exponen las inserciones capsulares de los músculos glúteos, el tendón reflejo del recto anterior y la cápsula articular ventral. Con un elevador de Cobb, se separan las inserciones musculares capsulares hasta dejar totalmente la capsula articular expuesta y aislada, a excepción de su porción dorsal. La exposición ventral de la cápsula articular se facilita con la ayuda de separadores de Omán colocados sobre la superficie innominada en la parte anterior, en la porción superior del techo acetabular, y sobre el borde posterior del acetábulo. Se reseca la capsula articular con ayuda de la pinza Martín y se corta con electrocauterio. Se procede a luxar la cabeza femoral y se realiza corte a 0.5 cm. de el trocánter menor con sierra el corte debe realizarse con una angulación de 45 grados, se extrae la cabeza femoral con ayuda de un machuelo ortopédico y un calzador, se resecan los restos de capsula posterior y se procede a colocar los separadores de acetábulo, se procede a colocar la primera fresa quirúrgica empezando con la de menor tamaño que es la 44 Mm. y se fresa hasta el número planificado con el cual se retiraran todos los osteofitos en el acetábulo se procede a irrigar con solución y a localizar el trasfondo acetabular, una vez localizado se coloca un acetábulo de prueba para ver la colocación y

angulación que debe ser 40 grados y una anteversión de 10 a 15 grados. Y se procede a cementar el definitivo con cemento de 20 gramos.

Se cubre con una compresa el acetábulo definitivo y se procede a realizar el fresado femoral se inicia con el escareador a nivel del canal medular y se continua con la rima de menor tamaño numero 7.5 y se rima hasta el vástago femoral planificado. Se procede a colocar una prótesis de prueba y una cabeza de prueba ya sea chica, mediana o grande interior 28, y se procede a retirar la protesis de prueba y se cementa la prótesis definitiva con la preparación de cemento de 20 gramos (3),(4).

Se verifica la estabilidad de la prótesis y se realizan movimientos de flexión, extensión, rotación interna y externa para valorar que no se luxe y se procede a colocar un drenovac y se irriga con solución salina, se verifica hemostasia y se sutura los glúteos y se sutura el tensor de fascia lata y celular graso con vicril y la piel con dermalon. Se cubre la herida con gasas y rételax .

Por ultimo se coloca un cojín entre las piernas para que el paciente no cruce las piernas y se toma una radiografía de control y se lleva ala sala de recuperación.

Como manejo medicamentoso en piso se receta intravenoso antibiótico y analgésicos y un anticoagulante ya sea heparina de bajo peso molecular y nandroparina subcutánea. Se deja dos días en hospital y se da de alta con ejercicios isotónicos e isométricos para el cuadriceps y se indica deambulacion con ayuda de una andadera y con cita en 15 días ala consulta externa de traumatología para retiro de puntos.

CLASIFICACION DE LA ARTROSIS DE CADERA (4).

CLASIFICACION DE RENATO BOMBELLI

Se clasifica la artrosis conforme a la:

1. Etiología
2. Morfología
3. reacción biológica
4. amplitud del movimiento

por consiguiente, una cadera afectada presenta cuatro características, cada una de las cuales puede clasificarse ulteriormente.

Etiología

Mecánica

Metabólica

Combinada (mecánica-metabólica)

Morfología

Superoexterna

Tipo a cabeza esférica (artrosis polar)

Tipo b cabeza elipsoide

Tipo c cabeza subluxada

Tipo d cabeza lateralizada

1. fase temprana
2. fase media
3. fase tardía

Concéntrica

Cabeza esférica

Interna

Tipo a artrosis ecuatorial

Tipo b coxa profunda

Tipo c portrusión acetabular

Inferointerna

Reacción biológica

Atrófica

Normotrófica

Hipertrófica (megacabeza)

Amplitud de movimiento (paciente anestesiado)

Tipo a rígido

Tipo b hipomóvil

Tipo c móvil

Etiología

Mecánica

Se utiliza el término de artrosis mecánica para referirse a aquellos casos resultantes de un defecto en la forma, bien en la propia articulación (cuello, cabeza y acetábulo) o en las estructuras asociadas (miembro y pelvis). Este defecto de la forma, que puede obedecer a anomalías congénitas o del desarrollo, modifica la estructura interna del hueso y del cartílago de la articulación. Como sería la coxa vara y la coxa valga y la cadera anteversa y retroversa. Como precursores de anomalías del desarrollo se incluyen el deslizamiento de las epífisis de la cabeza del fémur (epifisiolisis), la enfermedad de Perthes, el traumatismo y una fuerza dinámica excesiva que actúe durante un prolongado período de tiempo.

Muchos de los denominados casos de artrosis idiomática obedecen a una etiología biomecánica causal. La sobrecarga excesiva en una articulación puede obedecer a un sector esférico congénitamente estrecho; a la longitud anormal del miembro, con alteración de la orientación del acetábulo; a inclinación anormal congénita del acetábulo; a aumento del peso del cuerpo; o a reducción de la rotación externa o interna.

Estos defectos pueden ser de poca importancia y, en cambio, tolerados por la articulación mientras el paciente es joven y no exista una carga o tensión excesivas. En la edad avanzada, sin embargo, pueden conducir a la aparición de la artrosis.

Metabólica

Por artrosis metabólica se quiere significar los casos en los cuales los defectos en el material modifican la forma. Una alteración en el metabolismo del hueso, la osteoporosis o la osteomalacia (debidas a cualquiera de cierto número de causas), puede afectar la matriz orgánica, la matriz inorgánica o ambas. Esta alteración puede variar la estructura interna del hueso y convertirla en incapaz para soportar incluso cargas normales. En consecuencia, se modifica la forma del hueso.

Combinada

Por artrosis combinada se quiere significar la asociación de causas mecánicas y metabólicas. Las irregularidades en la articulación son toleradas hasta que el paciente alcanza la menopausia o la andropausia, o quizá presenta una enfermedad no necesariamente relacionada. Varía el metabolismo del hueso, y las irregularidades sobrecargan la nueva estructura, más debilitada.

Morfología

En este apartado clasificamos los tipos principales de artrosis de la cadera según la forma de la cadera en la radiografía y distinguimos 4 tipos por el área de origen de la enfermedad.

Superoexterna

Se caracteriza por la desaparición del cartilago y del espacio articular entre las

partes craneoanteriores de la cabeza del fémur y las partes superoexternas del acetábulo. El área sometida a aumento de carga es habitualmente la anteroexterna. El área de la cabeza femoral y del acetábulo sometida a mayor presión sufre microfracturas y se aplana gradualmente. Aparecen zonas de aburneacion y pseudoquistes. El acetábulo pierde su forma cóncava normal y se desgasta en sus porciones superoexternas y ventral. La cabeza empieza a deslizarse en sentido anterocraneoexterno fuera del acetábulo.

Concéntrica

Se caracteriza por una pérdida casi uniforme del cartílago y del espacio articular, entre la totalidad de la superficie de la cabeza y el acetábulo. La cabeza conserva su forma esférica. Los osteofitos son habitualmente escasos y se observa eburneacion de las partes superiores de la cabeza y del acetábulo, que son las áreas sometidas a la mayor sobrecarga. La cabeza está bien centrada en la cavidad, como puede verse en una proyección radiográfica axial.

Interna

Se caracteriza por la oblicuidad craneointerna de la superficie de carga y por la desaparición del cartílago y del espacio articular alrededor de las porciones internas de la cabeza, la cual se pone en contacto con el fondo acetabular. El espacio articular superior permanece normal o aumenta.

Los osteofitos son habitualmente escasos o faltan: cuando se presentan, están

situados todos ellos alrededor de la periferia de la cabeza. El ángulo Cervico diafisario puede ser normal o mas pequeño que normalmente (coxa vara). El área sometida a la sobrecarga aumentada puede ser la anterointerna, según la antetorsion del cuello del fémur: con mayor frecuencia es el área posterointerna.

A medida que continúa sobrecarga, se puede desgastar el fondo acetabular y gradualmente llega a formar protusion en el interior de la pelvis. Distinguimos tres tipos :

Artrosis ecuatorial

Cadera profunda

Protusion acetabular.

En casi todos los casos de artrosis interna, la cabeza esta también dirigida en sentido posterior.

Inferointerna

Esta forma rara de artrosis se caracteriza por la desaparición del cartilago y del espacio articular entre las porciones inferointernas de la cabeza del fémur y del acetábulo. El miembro esta en abducción : se observan voluminosos osteofitos marginales inferiores. Está enormemente aumentado el espacio articular superior. El ángulo cervicodiafisario puede ser normal o mas pequeño que normalmente. En casi todos los casos de artrosis inferointerna, la cabeza apunta en sentido inferointerno y posterior, como puede observarse en una radiografía axial.

Reacción biológica

Clasificamos tres tipos de artrosis conforme a la reacción biológica de la articulación a la enfermedad. Esta reacción depende de la vascularización del hueso, membrana sinovial y capsula.

Atrófica

En la artrosis atrófica, la cabeza del fémur, la cabeza del fémur disminuye de tamaño. La cabeza restante presenta habitualmente una forma elíptica y tiende a deslizarse fuera del acetábulo. Los osteofitos son muy escasos. Se observa una discreta actividad por parte de los osteoblastos, y las áreas más densas de la radiografía obedecen a hundimiento óseo que produce encaje entre sí de las trabéculas óseas.

Normotrofica

En la artrosis normotrofica existen osteofitos tanto en el acetábulo como sobre la cabeza, y ésta se presenta deformada. Los osteoblastos son muy activos, como se puede deducir por la observación de áreas de eburneación. En ocasiones, la actividad de los osteoclastos puede producir quistes óseos. El aumento de la actividad metaplasica de las células sinoviales produce osteofitos.

Hipertrofica

En la artrosis hipertrofica, la cabeza (megacabeza) esta muy deformada por el enorme crecimiento de osteofitos, que se desarrollan en la totalidad del área internocaudoposterior de la cabeza y del cuello, y rellenan la parte del acetábulo que ha quedado vacía por el deslizamiento de la cabeza. Pueden desarrollarse también osteofitos enormes sobre los rebordes y el fondo del acetábulo.

Amplitud de movimiento

Las caderas artrosicas muestran una variabilidad muy amplia de movimientos: algunas presentan un movimiento casi normal o solo discretamente limitado, mientras que otras son muy rígidas con el miembro en posición anormal. Es esencial comprobar la amplitud de movimiento en el paciente anestesiado; bajo la acción de la anestesia desaparece la limitación debida a la contractura por el dolor muscular, pero en cambio permanece invariable cuando la limitación es debida a retracción de las partes blandas (músculos, capsula, ligamentos), adherencias entre los cartílagos articulares y osteofitos que forman una protusion excesiva. Si la amplitud de movimiento esta muy limitada, es probable, después de una osteotomía, que se produzca una fusión, la cual es por si misma un fracaso, pero que cabe considerarla todavía como aceptable en un paciente joven con artrosis unilateral de la cadera (4).

No es aceptable en artrosis bilateral o en individuos ancianos.

Se distinguen tres tipos:

1. Rígido

Flexión hasta 30°

Abducción 0°

Aducción 0°

2. Hipomovil

Flexión 30-60°

Abducción 15°.

Aducción 15°

3. Móvil

Flexión superior a 60°

Abducción superior a 15°

Aducción superior a 15°

Criterios de Spotorno

Los criterios de Spotorno son parámetros para valorar si una cadera artrosica amerita una prótesis cementada o una prótesis no cementada refiriéndose al fémur.

Los criterios de Spotorno son los siguientes: sexo, edad, índice morfológico cortical (IMC), índice de Singh y por ultimo las enfermedades concomitantes. A continuación se desglosan cada uno de los criterios (13),(14).

A cada parámetro le corresponden unos puntos de una escala. La suma de los puntos obtenidos para el paciente individual, da un valor del cual se puede sacar la conclusión si es conveniente o no la implantación de un vástago no cementado.

Sexo

La perdida de sustancias óseas que empieza alrededor de la cuarta década de la vida, es claramente mas elevada en el sexo femenino, incrementándose posteriormente aun mas como consecuencia de las modificaciones hormonales características de la menopausia.

Edad

Antes de 50 años esta indicada en casi todos los casos una prótesis no cementada con lo que también se asegura la posibilidad de una fácil extracción y nueva implantación. Después de 70 años esta indicada por regla general el empleo de un vástago cementado.

Índice de Singh

El índice ideado por Singh del cuello del fémur determina una escala de valores para la osteoporosis. Se basa en las modificaciones encontradas de las estructuras de la sustancia esponjosa del cabezal, del trocánter y del cuello. La fase 7 corresponde al fémur normal, y las fases 6 y 5 a una ligera osteoporosis. La fase 4 y 3 indican una osteoporosis ya progresiva y solo en algunos casos de pacientes jóvenes, sobre todo del sexo masculino, con una morfología favorable del fémur, puede estar indicada la implantación de un vástago no cementado.

Las fases 2 y 1 significan una contraindicación absoluta de un vástago no cementado.

Índice del cuello del fémur (Singh)

Fase 7: (normal). Las pequeñas y densas trabéculas llenan todo el cuello. No están visibles los haces ovoides.

Fase 6: aparece la imagen del triángulo inferior del cuello (triángulo de Ward), limitada por el haz curvado de la cabeza del trocánter.

Fase 5: el triángulo de Ward está vacío. Han desaparecido parcialmente las estructuras de las trabéculas accesorias.

Fase 4: Han desaparecido totalmente las estructuras de las trabéculas accesorias.

Fase 3: Desaparición parcial de la estructura de las trabeculas curvadas

Fase 2: Han desaparecido casi totalmente las arcadas curvadas

Fase 1: Desaparición del haz curvado, desaparición parcial del haz de compresión de la cabeza.

Índice morfológico cortical

Reúne en un solo valor dos factores variables que no siempre se encuentran en relaciones recíprocas:

- Morfología (forma) del fémur
- Espesor de la cortical

Se pueden dividir los fémures, con respecto a su forma, en tres categorías : en forma de trompeta, cilíndrica y displásica. Debido a su estructura, el fémur en forma de trompeta, puede considerarse como ideal para la implantación no cementada. El fémur cilíndrico, necesita una incisión adecuada en la zona debajo del trocánter, lo que significa una pérdida de hueso disponible proximal, al raspar. Es necesario eliminar parcialmente la sustancia esponjosa y las corticales en el istmo del espolón, zona ésta que es determinante para el anclaje del vástago.

El índice morfológico-cortical (IMC) consta de la relación de dos magnitudes que se pueden medir en una radiografía tipo estándar del fémur.

IMC: CD/AB

CD: Distancia entre el límite exterior de la cortical lateral y medial, medida a la altura de la prominencia mas grande del trocánter menor y verticalmente al eje longitudinal del fémur.

AB Diámetro de conducto medular, medido 7 cm. distal de la línea CD y

verticalmente al eje longitudinal del fémur.

El IMC solo se puede emplear en esta forma absoluta en el caso de que se calcule a base de tomas tipo estándar con piezas colgantes y trayecto otorgado de los rayos.

Criterios de Spotorno

Sexo	Edad	Indice de Singh	IMC	Enfermedades concomitantes
puntos	puntos	puntos	Puntos	puntos
Hombre	< 50	7	>3	Diabetes mellitus 1
Mujer	50-60	6-5	3-2,7	Hipertensión 1
	61-70	4-3	2.6-2.3	Artritis reumatoide 1
	>70	2-1	< 2.3	Otras 1

Al elegir el vástago a emplear se puede utilizar como orientación el numero de puntos obtenido (1), (2).

0-4 no cementado	5 posible	> de 6 cementado
------------------	-----------	------------------

MATERIAL Y METODOS

HIPOTESIS

La prótesis de cadera cementada ayuda a mejorar la calidad de vida en los pacientes en términos de dolor, rigidez y capacidad funcional.

Diseño o tipo de estudio prospectivo longitudinal analítico

El estudio se realizó en la consulta externa del módulo de cadera del departamento de

ortopedia del hospital de especialidades 14 del CMN ARC. Se seleccionaron

pacientes con artrosis primaria candidatos a prótesis cementada de cadera. Se les aplicará

el cuestionario WOMAC en la consulta externa previo a la cirugía y 2 meses posteriores al

evento quirúrgico. Se incluirán pacientes que tengan más de 65 años de edad y cuya

patología de fondo sea artrosis, y los que padezcan de artritis reumatoide no importando la

edad ni sexo.

Se realizó en quirófano previa anestesia con bloqueo epidural de el paciente colocación

decúbito lateral y se abordara la cadera posterolateral de 10 cm. de longitud se disecara la

musculatura se localizara articulación coxofemoral y se realizaran cortes con sierra a

cabeza de fémur se realizaran mediciones de prueba de la prótesis y se cementara la

definitiva. Se cierra por planos con vicril y dermalon se tendrá en hospitalización por 2 días

y se indicara ejercicios isotónicos e isométricos y se valorara en la consulta externa

seguimiento de el paciente y recuperación.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION.

Pacientes diagnosticados con artrosis de cadera primaria sin importar el sexo

Pacientes derechohabientes del imss cmn arc

Pacientes que con artrosis de cadera primaria quieran participar en el estudio

Pacientes que decidan su manejo con prótesis de cadera cementada

Pacientes con artritis reumatoide con artritis primaria de cadera sin importar la edad.

Pacientes mayores de 65 años de edad

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con algún manejo quirúrgico previo en la cadera

Pacientes que no quieran llenar el cuestionario womac

Pacientes menores de 65 años con artrosis de cadera primaria

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que no asista a la consulta de el modulo de cadera previo o posterior al evento

quirúrgico.

Pacientes que no deseen participar

Paciente que no quiera llenar la hoja de consentimiento informado.

CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES Y LLENADO DEL CUESTIONARIO

Los pacientes se captaron en la consulta externa del módulo de cadera en su primer consulta, en esta visita se les aplicará el cuestionario WOMAC y se les explicaro claramente los puntos de su contenido, así mismo los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión firmarán hoja de autorización y hoja de consentimiento informado. El cuestionario fue llenado antes de la intervención quirúrgica y posteriormente se les aplicaro el mismo cuestionario 2 meses después del evento quirúrgico y se compararan sus respuestas.

ASPECTOS ETICOS:

Cada paciente que se programó para colocación de PROTESIS TOTAL DE CADERA CEMENTADA contestó el cuestionario WOMAC antes y después de la cirugía (2 meses posterior a la misma); así mismo firmó la hoja de autorización y registro de cirugía) y la hoja de consentimiento informado ya estructurado para programación de cirugía en el IMSS CMN ARC, el cual se apega a la Ley General de Salud de México y a la declaración de Helsinki.

Método estadístico: prueba de Wilcoxon.

Se analizaro con paquete SPSS versión x

RESULTADOS

El estudio fue estadísticamente significativo con una P de .000 con la prueba de Wilcoxon para las variables dolor, rigidez y capacidad funcional.

Con una mediana para el dolor antes de la cirugía de 8.00 y 2 meses posterior a la cirugía la mediana fue de 1.00, la mediana de la rigidez previo ala cirugía fue de 8.00 y 2 meses posterior ala cirugía fue de 1.00, la mediana de la capacidad funcional previo ala cirugía fue de 9.00 y 2 meses posterior ala cirugía la mediana reporto de 1.00.

Se captaron 60 pacientes a los cuales se les aplicó el cuestionario WOCMAN antes de la cirugía de reemplazo articular protésico de cadera cementada, de los cuales 38 (63.3%) eran del sexo masculino y 22 (36.6%) eran de el sexo femenino.

Se presento una paciente de el sexo femenino con 54 años de edad con artritis reumatoide y el paciente de mayor edad fue de 90 años con un promedio de 74.7 años.

De estos pacientes captados 4 (6.6%) tenían una patología de fondo (artritis reumatoide) y de estos 4 eran menores de 65 años de edad, 28 pacientes estaban en edad entre 65 y 75 años el que mayor numero de pacientes capto, 18 pacientes estaban entre la edad de 76 a 80 años de edad y 10 pacientes tenían mas de 81 años de edad.

De los 60 pacientes intervenidos 42 (71%) caderas fueron derechas y 18 (29%) caderas fueron izquierdas.

De las complicaciones 2 (3.3%) pacientes presentaron luxación de el

componente protésico por verticalización de el componente acetabular el cual se cambio la orientación. 1 (1.6%) paciente presento una trombosis venosa profunda del miembro pélvico inferior de la cadera operada lo que llevo a realizar un procedimiento radical de amputación supracondilea.

Dentro del test aplicado a los pacientes antes de la cirugía y 2 meses posteriores a la cirugía se recolectaron los siguientes resultados los cuales son referentes al dolor, la rigidez y la capacidad funcional de la articulación de la cadera afectada.

Los resultados se exponen a continuación:

En el test de WOCMAN aplicado para el dolor al realizar alguna actividad o en estado de reposo antes de la cirugía los pacientes contestaron lo siguiente : 22 pacientes respondieron muchísimo dolor, 28 mucho dolor, 7 bastante dolor y 3 poco dolor o ningún dolor. Y al comparar los resultados a los 2 meses después de la cirugía se encontró que: 52 pacientes se reportaron sin ningún dolor y solo 8 se reportaron con poco dolor.

En el test de WOCMAN que aplica a la rigidez (sensación de dificultad al intentar mover una articulación) se encontró que los pacientes antes de la cirugía respondieron lo siguiente: 22 contestaron que presentaban muchísima rigidez, 25 mucha rigidez, 13 bastante rigidez, 0 poca rigidez y 0 con ninguna rigidez. Y al comparar los resultados a los 2 meses del después de la cirugía de prótesis de cadera cementada se encontró que: 43 pacientes se reportaron sin ninguna rigidez y 17 respondieron que tenían poca rigidez.

En el test de WOCMAN aplicado para la capacidad funcional de moverse, desplazarse o cuidar de si mismo se observó lo siguiente antes de la cirugía : 36 pacientes entrevistados contestaron que presentaban muchísima afeción de la capacidad funcional, 20 pacientes respondieron mucha, y 4 pacientes bastante 0 pacientes poca y 0 pacientes ninguna. Y al comparar los resultados a los 2 meses después de la cirugía se encontró que: 46 pacientes respondieron que no tenían ninguna limitación para su capacidad funcional y 14 contestaron que solo poco se veía afectada la capacidad funcional.

Se muestran los datos obtenidos acerca de el dolor, rigidez y la capacidad funcional en los siguientes cuadros donde se vaciaron los datos obtenidos por los pacientes los cuales llenaron el cuestionario de WOCMAN antes de el evento quirúrgico y 2 meses posterior al evento quirúrgico:

CUADRO 1 REFERENTE AL DOLOR

<u>Antes de la</u>	< de 65 años	66 – 75 años	76 – 80 años	> de 81 años
<u>cirugía</u>				
MUCHÍSIMO	4	10	5	3
MUCHO	0	15	10	3
BASTANTE	0	2	3	2
POCO	0	1	0	2
NINGUNO	0	0	0	0
<u>2 meses</u>	< de 65 años	66 – 75 años	76 – 80 años	> de 81 años
<u>posterior a la</u>				
<u>cirugía</u>				
NINGUNO	4	26	14	8
POCO	0	2	4	2
BASTANTE	0	0	0	0
MUCHO	0	0	0	0
MUCHÍSIMO	0	0	0	0

CUADRO 2 REFERENTE A LA RIGIDEZ

<u>Antes de la</u>	< de 65 años	66 – 75 años	76 – 80 años	> de 81 años
<u>cirugía</u>				
MUCHÍSIMO	3	12	7	0
MUCHO	1	14	8	2
BASTANTE	0	2	3	8
POCO	0	0	0	0
NINGUNO				
<u>2 _____ meses</u>	< de 65 años	66 – 75 años	76 – 80 años	> de 81 años
<u>posterior a la</u>				
<u>cirugía</u>				
NINGUNO	3	24	10	6
POCO	1	4	8	4
BASTANTE	0	0	0	0
MUCHO	0	0	0	0
MUCHÍSIMO	0	0	0	0

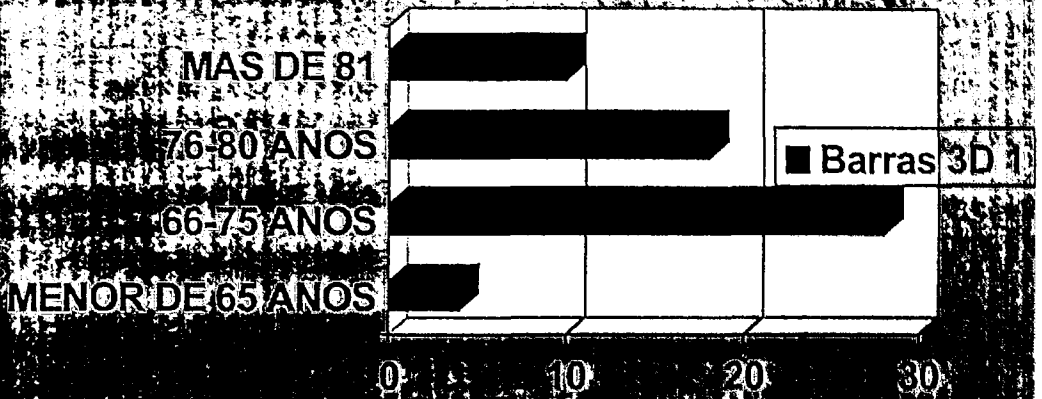
CUADRO 3 REFERENTE A LA CAPACIDAD FUNCIONAL

<u>Antes de la</u>	< de 65 años	66 – 75 años	76 – 80 años	> de 81 años
<u>cirugía</u>				
MUCHÍSIMO	2	24	10	0
MUCHO	2	4	6	8
BASTANTE	0	0	2	2
POCO	0	0	0	0
NINGUNO	0	0	0	0
<u>2 meses</u>	< de 65 años	66 – 75 años	76 – 80 años	> de 81 años
<u>posterior a la</u>				
<u>cirugía</u>				
NINGUNO	0	21	16	9
POCO	4	7	2	1
BASTANTE	0	0	0	0
MUCHO	0	0	0	0
MUCHÍSIMO	0	0	0	0

FIGURA 1 DOLOR, RIGIDEZ Y FUNCION EN PACIENTES CON COXARTROSI ANTES Y 2 MESES DESPUES DE LA PROTESIS TOTAL DE CADERA CEMENTADA N=60



FIGURA 2 DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD



DISCUSIÓN

De los 60 pacientes que se captaron apreciamos mejoría en la calidad de vida en los tres parámetros buscados dolor, rigidez y capacidad funcional comparando los resultados previos al procedimiento quirúrgico y 2 meses después de la colocación de la prótesis de cadera cementada.

De estos pacientes recordemos que 4 padecían de artritis reumatoide y en todos mejoró de manera significativa el dolor, rigidez y capacidad funcional que presentaban en su cadera pero como es una enfermedad poliarticular y en la cual se ven afectadas otras articulaciones, sin embargo el dolor que presentaban en cadera fue resuelto.

De acuerdo a nuestro estudio 28 pacientes (46.6%) estaban comprendidos en la edad de 65 y 75 años de edad, los cuales reunían criterios para realizar una prótesis de cadera cementada según los criterios de Spotorno (1) .

Un estudio de los resultados luego de veinte a veinticinco años en las artroplastias totales con prótesis de Charnley en 69 pacientes (93 caderas) con menos de 50 años de edad, que se sometieron a artroplastía total de cadera (ATC) cementada entre 1970 y 1976. Con edad promedio de 42 años al momento de la intervención, con diagnósticos predominantes de displasia del desarrollo, osteoartritis coxartrosis y artritis postraumática. La ATC consistió en un implante femoral de dorso romo y pulido con una cabeza de 22 mm. de diámetro y una ventosa acetabular completamente cementada de polietileno mediante una técnica de cementación de última generación. 56 pacientes (que representan 72 caderas) continuaron viviendo durante 20-25 años de seguimiento. La ATC cementada de

Chamley provee un excelente alivio de los síntomas y el paciente queda altamente satisfecho durante el seguimiento a largo plazo, en aquellos casos en los que el individuo era menor a los 50 años en el momento de la operación.

El porcentaje de revisión por pérdida aséptica del componente acetabular fue en estos pacientes aproximadamente cuatro veces mayor que la revisión del implante femoral (1).

Un estudio de Judet el cual englobó a 80 pacientes con prótesis de cadera cementada encontró una mejoría en los pacientes principalmente en el dolor en 76 pacientes no tenía dolor en relación con 74 con mejoría de la rigidez y 73 con funcionalidad adecuada (1).

En nuestros pacientes encontramos que el dolor fue la variable que mejoró de forma significativa en relación con las otras variables (rigidez y capacidad funcional), de acuerdo al test de WOCMAN en el cual 52 de 60 pacientes refirieron ningún dolor y sólo 8 poco dolor, el grupo que se benefició más fue el de 66 a 75 años.

Estos pacientes son adultos mayores y solo cuatro de ellos son menores de 65 años pero con una artritis reumatoide que les impide realizar actividades de trabajo, por lo que se ve afectada la capacidad funcional y tienen la indicación de realizar una vida sedentaria para que la prótesis no presente datos de desgaste o aflojamientos, se les insiste en no cargar objetos pesados y no aumentar de peso (13),(10).

La variable rigidez fue la que se registró más baja en el test de WOCMAN al aplicarlo 2 meses posterior a la cirugía protésica de cadera ya que 43 de los 60 pacientes

respondieron que tenían poca rigidez, y eran de 76 a 80 años de edad.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio se podría considerar el tiempo de seguimiento

Ya que fue sólo de dos meses posterior al evento quirúrgico de la colocación de la prótesis

de cadera cementada y es importante valorar a los 6 meses, al año, a los 5 años y

quizás hasta los 10 años de la colocación de la prótesis, evaluando las tres variables

mencionadas de dolor, rigidez y capacidad funcional y también se integrarían las afecciones

de aflojamiento séptico o aséptico, hundimientos, luxaciones etc.

También considerando que en nuestro estudio captamos sólo 60 pacientes sería

conveniente que se ampliara el número de pacientes para poder evaluar mejor las posibles

diferencias entre las variables y que las conclusiones fueran mas confiables desde el

punto de vista estadístico.

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio apreciamos que la prótesis de cadera cementada mejoró significativamente la calidad de vida en relación a las tres variables analizadas de dolor, rigidez y capacidad funcional en pacientes con artrosis de cadera primaria o secundaria.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cambell, cirugía ortopedica: artroplastia de cadera.volumen1, editorial: diorki servicios integrales de edicion.Marid España,2004.
- 2.-Felipe gomez garcia: artroplastia total de cadera. editorial mcgraw-hill interamericana.Mexico,2000.
- 3.-Roby C. thompson, jr. (MASTER) EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA CADERA, AÑO 1999, pag, 16-32.
- 4.-Bombelli R: artrosis de la cadera: clasificacion y patogenia. Editorial salvat. Barcelona, 1985.
- 5.-Meter Cram, MD, MBA, Mary S. Vaughan-Sarrazin, PhD, Brian Wolf, MD, Jeffrey N. Katz, MD MS, and Gary E. Rosenthal,MD. J Bone Joint Surg Am.2007;89:1675-84.
- 6.-Aamer Malik, MD Aditya Maheshwari, MD and Lawrence D. Dorr, MD: Impingement with Total Hip Replacement. J Bone Joint Surg Am. 2007;89:1832-42.
- 7.-Bryant MJ, Kernohan WG, Nixon JR, Mollan RA: A statistical análisis of hip scores. J Bone Joint Surg 1993;75(B):5:705-709.
- 8.-Sauri JC, Gutierrez R, Tarazona P, Sauri JC: Artroplastia total de cadera, comparación entre abordaje tradicional y minilvasivo. Acta ortopedica mexicana. 2006; 20 (1):2-5
- 9.-Buckwalter J.A., Lohmander S. (1994). Operative treatment of osteoarthritis: current practice and future development. J Bone Joint Surg 76A: 1405-1418.
- 10.-Hochberg M.C., Altman R.D., Brandt K.D., et al. (1995). Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Arthritis Rheum; 38: 1541-46.

11.-Howell D.S., Treadwell B.V., Trippel S.B. (1992). Etiopathogenesis of osteoarthritis. In: Osteoarthritis. Diagnosis and medical/surgical management. Second edition. Edited by: Moskowitz RW, Howell DS, Goldberg VM, Mankin HJ. Saunders company. Philadelphia; 233-252.

12.-ICD-9 (1975). International Classification of Diseases, 9th Revision (), Geneva: World Health Organization.

13.-Felson D.T., Lawrence R.C., Dieppe P.A., et al. (2000). Osteoarthritis: new insights. Part 1: The disease and its risk factors. *Ann Int Med* 133: 635-646.

14.-Hochberg M.C., McAlindon T., Felson D.T. (2000). Systemic and topical treatments. In: Felson D.T., conference chair. *Osteoarthritis: new insights. Part 2: Treatment approaches. Ann intern Med*; 133: 726-729.

ANEXO 1

1 CUESTIONARIO WOMAC PARA ARTROSIS:

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 indica que **NO TIENE DOLOR**

Ninguno

Poco

Bastante

Mucho

Muchísimo.

2. Si usted pone la "X" en la casilla que está más a la derecha indica **TIENE MUCHÍSIMO DOLOR.**

X
Ninguno

Poco

Bastante

Mucho

Muchísimo

3. Por favor, tenga en cuenta:

- que cuanto más a la **derecha** ponga su "X" **más dolor siente usted.**
- que cuanto más a la **izquierda** ponga su "X" **menos dolor siente usted.**
- 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.

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 cular 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

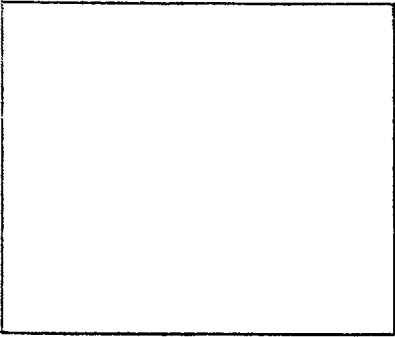
Muchísima

ANEXO 2. HOJA DE AUTORIZACIÓN, SOLICITUD Y REGISTRO DE CIRUGIA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

AUTORIZACION, SOLICITUD Y
REGISTRO DE INTERVENCION QUIRURGICA



SERVIDIO		AMA AL MEDIO	
FECHA DE SOLICITUD	FECHA DE INICIATIVA	HORA DE SEÑAL	

AUTORIZACION DEL PACIENTE

SI
 NO

AUTORIZO A LOS MEDICOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL A REALIZAR EN MI PERSONA LA INTERVENCION QUIRURGICA DE:

ASERVIENDO LA CLINICA DE LA MANERA MAS EFICIENTE Y ECONOMICA POSIBLE, SIN QUE SE VEAN AFECTADOS MIS DERECHOS Y LA INTEGRIDAD DE MI SALUD.

FIRMADO POR EL PACIENTE: _____

FIRMADO POR EL ASISTENTE SOCIAL: _____

SOLICITUD DE OPERACION

Diagnóstico preoperatorio: _____

Diagnóstico postoperatorio: _____

Descripción de la cirugía: _____

Tipo de cirugía: _____

Fecha de la cirugía: _____

Lugar de la cirugía: _____

Nombre del cirujano: _____

Nombre del asistente: _____

PROGRAMACION DEL QUIROFANO

Fecha de programación: _____

Hora de programación: _____

REGISTRO DE OPERACION

Diagnóstico preoperatorio: _____

Diagnóstico postoperatorio: _____

Descripción de la cirugía: _____

Tipo de cirugía: _____

Fecha de la cirugía: _____

Lugar de la cirugía: _____

Nombre del cirujano: _____

Nombre del asistente: _____

AUTORIZACION, SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCION QUIRURGICA

ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U.M.A.E. 189
VERACRUZ VER.

. TRATAMIENTO Y ALTERNATIVAS

EL PACIENTE DE NOMBRE _____
AUTORIZA A LOS DOCTORES _____
PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO _____

ENTENDIENDO QUE LA RAZÓN DE ESTE TRATAMIENTO ES _____

LAS ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO SON _____

. RIESGOS

Se da autorización bajo la comprensión de que cualquier tratamiento hospitalario implica riesgos y peligros. Los riesgos más comunes incluyen: infección hospitalaria, hematomas, hemorragia por estrés, reacciones alérgicas, o que el cuadro inicial se agrave a pesar del tratamiento adecuado. Estos riesgos pueden ser de leves a graves en algunos casos incluso mortales.

Algunos riesgos importantes y específicos de este tratamiento en particular al que se va a someter incluyen _____

. PROCEDIMIENTOS ADICIONALES

Si el médico selecciona uno diferente, por alguna situación no sospechada en el momento de su ingreso o que su cuadro clínico cambie, autorizo a realizar cambio de tratamiento si lo considera necesario.

. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Tengo que leer y entender esta forma de consentimiento y comprendo que no debo firmarlo si todos los párrafos y todas mis dudas, no han sido explicados a mi entera satisfacción o si no entiendo cualquier termino o palabra contenida en este documento.

TESTIGO

PACIENTE O RESPONSABLE

FECHA _____ - HORA _____

DECLARACIÓN MÉDICA

HE EXPLICADO EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO AL PACIENTE. HE RESPONDIDO TODAS SUS PREGUNTAS Y AL GRADO MÁXIMO DE MI CONOCIMIENTO, CREO QUE EL PACIENTE HA SIDO INFORMADO ADECUADAMENTE Y HA ACEPTADO.

FIRMA DEL MÉDICO _____

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

A MIS PADRES POR DARME LA VIDA.

A MIS TIOS POR DARME EDUCACION Y APOYO.

A MIS HERMANAS Y A MAYRA POR APOYARME EN TODO LO POSIBLE.

A MI HIJO ROBERTO PABLO POR TRAER ALEGRIA A MI VIDA.

A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS RESIDENTES POR TODA LA ENSEÑANZA.

EN ESPECIAL AL DR. ROVIROSA QUE EVITO QUE ME UNIERA AL LADO
OBSCURO.