

Registros de implantes

Estado actual sobre enseñanzas destacadas

Recomiendo el estudio del Comentario ("Annotation") sobre Registros de Implantes cuya autoría pertenece al Dr. D. J. Berry (Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA) 1.

El subtítulo expresa la pregunta de investigación: "¿Qué podemos aprender en 2016?."

En términos conceptuales, el planteo es simple: el autor se fija el objetivo de analizar datos fundamentales tomados de diversos Registros de Implantes reconocidos internacionalmente. 2-6

- Swedish Knee Arthroplasty Registry
- National Joint Registry
- Australian Orthopaedic Association National Joint Replacement Registry
- New Zealand Joint Registry
- American Joint Replacement Registry

Identifico algunas conclusiones a las cuales asigno especial significación:

- **Entre un tercio y la mitad de las fallas ocurridas en los primeros diez años lo son entre el primero y el segundo año.**

Las causas son identificables con precisión: tanto para RTC cuanto para RTR: infección y aflojamiento; para RTC asimismo: luxación y fractura periprotésica.

Para ambos procedimientos, se reconocen numerosos errores técnicos, disposición de un implante inadecuado y prevención deficitaria de la infección.

- **La infección periprotésica es más frecuente en varones (casi el doble). No ha disminuído en el margen deseado en los últimos 30 años.**

Estrategias fundamentales siempre han sido: fomentar la adherencia a Guías de Práctica de Prevención de IPP y desarrollar actos quirúrgicos más eficientes.

Se reconocen factores que inciden perjudicialmente en la actualidad: comorbilidades y el incremento del índice de la Masa Corporal en la población con indicación quirúrgica.

- **Los resultados del RTR son más variables en los pacientes más jóvenes.**

Muy probablemente tales resultados subóptimos estén vinculados con el mayor requerimiento funcional, tanto en varones cuanto en mujeres de edad media.

Surge la necesidad de ser cautelosos a la hora de recomendar el nivel de libertad de actividad recreativa en tal población.

Asimismo, será menester estudiar los resultados ajustados a la diversidad de implantes disponibles.

Se destacan los siguientes aspectos técnicos fundamentales: a) manufactura y diseño del inserto tibial, b) sistema de captura y, c) tipo de cemento y calidad del cementado.

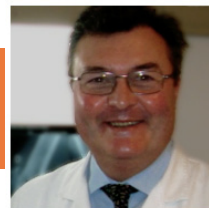
- **El polietileno de alto reticulado ha influido en la drástica reducción de la tasa de revisión de los RTC.**

Se trata de un avance tecnológico introducido en los últimos quince años que ha aportado significativo beneficio promoviendo la reducción del desgaste del módulo de polietileno y consecuentemente reduciendo la osteolisis.

Opino que el trabajo del Dr. Berry resulta fuente de inspiración a nivel nacional: se demuestra que a partir del análisis sistemático de los datos aportados por un RI la información basada en elementos objetivos de juicio sea valiosa para que desde la institución académica (ACARO, AAOT) se pueda **asesorar a las autoridades nacionales a tomar decisiones correctas conducentes a optimizar los resultados terapéuticos.**

Me permito identificar algunos ejemplos prácticos:

- **aplicación nacional** de Guías de Práctica sobre Prevención de la IPP
- suspensión de aquellos implantes para los cuales se hayan acreditado fallas tempranas gestionando **Reportes de Evento Adverso**



- reconocer que la **prescripción nominal por marca** no necesariamente califica al profesional como involucrado en un conflicto de intereses sino que es un acto médico en el cual se compendian:
 - a) la apreciación profesional de las características clínicas del paciente
 - b) el reconocimiento personal de las habilidades adquiridas por el cirujano en su proceso de capacitación en destrezas
 - c) la definición de la prescripción basada en el mejor nivel de evidencia disponible
- promover acciones conducentes a **optimizar las destrezas quirúrgicas**
- identificar **pacientes con riesgo clínico incrementado**

Prof. Carlos María Autorino

Expresidente (2011-2013)

Bibliografía

1. D. J. Berry. ANNOTATION. Joint registries. What can we learn in 2016? Bone Joint J 2017;99-B(1 Supple A):3-7.
2. No authors listed. Australian Orthopaedic Association National Joint Replacement Registry. Annual Report 2015. <https://aoanjrr.sahmri.com/annual-reports-2015>
3. No authors listed. National Joint Registry 12th Annual Report, 2015. <http://www.njrcentre.org.uk/njrcentre/Reports,PublicationsandMinutes/Annualreports/>
4. Sundberg M, Lidgren L, W-Dahl A, Robertsson O. Swedish Knee Arthroplasty Registry. Annual Report 2013. http://myknee.se/pdf/SKAR2013_Eng.pdf.
5. Tayton ER, Frampton C, Hooper GJ, Young SW. The impact of patient and surgical factors on the rate of infection after primary total knee arthroplasty: an analysis of 64,566 joints from the New Zealand Joint Registry. Bone Joint J 2016;98-B:334-340.
6. No authors listed. American Joint Replacement Registry Annual Report 2014. http://www.ajrr.net/images/annual_reports/AJRR_2014_Annual_Report_final_11-11-15.pdf