

Criterios, acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud, actualizados según los criterios homologados por el Consejo Interterritorial

25. OSTEOTOMÍA PÉLVICA EN DISPLASIAS DE CADERA EN EL ADULTO

La osteotomía pélvica consiste en la realización de una serie de secciones a los huesos de la pelvis rotando los fragmentos cortados para recubrir con el acetábulo la cabeza femoral, tratando de mejorar las alteraciones estructurales y biomecánicas de la articulación de la cadera.

Esta técnica quirúrgica está indicada en casos de displasias de cadera, es decir, en caderas con falta de cobertura o incongruentes; en pacientes de edad inferior a 60 años, que presentan enfermedad degenerativa de la cadera en estadios precoces, grados “0” y “1” de Tönnis.

De las múltiples técnicas de osteotomías de la pelvis, casi todas se desarrollan en muchos hospitales, salvo la osteotomía periacetabular, que es una técnica de difícil ejecución, donde la experiencia es importante para obtener buenos resultados y que precisa de una curva de aprendizaje para evitar complicaciones.

Los centros destinados a realizar estas técnicas tan específicas, deben tener experiencia en el diagnóstico y tratamiento de patologías asociadas frecuentemente a la displasia de cadera, como son las lesiones del labrum de la articulación coxofemoral y el tratamiento abierto o artroscópico del síndrome de choque femoroacetabular. Además, para el tratamiento de estas patologías deben tener experiencia quirúrgica en la realización de técnicas artroscópicas de cadera y en la técnica de osteoplastia abierta, bien por técnicas mínimamente invasivas o por luxación segura de la cabeza femoral.

A. Justificación de la propuesta

► Datos epidemiológicos de la enfermedad (incidencia y prevalencia).	La coxartrosis afecta a un 2-4% de la población de más de 40 años. La displasia de la cadera es la causa de esta artrosis en un 40% de los casos en la quinta década de la vida.
► Datos de utilización de la osteotomía pélvica en displasias de cadera en el adulto.	Las osteotomías periacetabulares se realizan en un número pequeño de casos en nuestros hospitales. En España no hay datos publicados sobre el número de osteotomías que se realizan, pero según datos de casos presentados en congresos nacionales no superan los 300 casos anuales las osteotomías pélvicas de todo tipo realizadas en el adulto joven (Chiari, etc.), siendo no más de 50 los casos del tipo osteotomía periacetabular.

B. Criterios que deben cumplir los Centros, Servicios o Unidades para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud para realizar osteotomías pélvicas en displasias de cadera en el adulto

<p>► Experiencia del CSUR:</p> <p>- Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none">• Número de osteotomías pélvicas en displasias de cadera en el adulto que deben realizarse al año para garantizar una atención adecuada. <p>- Otros datos: investigación en esta materia, actividad docente postgrado, formación continuada, publicaciones, sesiones multidisciplinarias, etc.:</p>	<ul style="list-style-type: none">- 15-20 osteotomías pélvicas en displasias de cadera realizadas a pacientes >14 años, en el año en la Unidad, de media en los 3 últimos años.- Docencia postgrado acreditada: el centro cuenta con unidades docentes o dispositivos docentes acreditados para cirugía ortopédica y traumatología.- La Unidad participa en proyectos de investigación en este campo.<ul style="list-style-type: none">▪ El centro dispone de un Instituto de Investigación acreditado por el Instituto Carlos III con el que colabora la Unidad.- La Unidad participa en publicaciones en este campo.- La Unidad realiza sesiones clínicas multidisciplinarias, al menos mensuales, que incluyan todas las Unidades implicadas en la atención de los pacientes con displasia de cadera a los que se ha realizado una osteotomía pélvica para la toma conjunta de decisiones y coordinación y planificación de tratamientos.<ul style="list-style-type: none">▪ El CSUR debe garantizar la presentación de todos los pacientes de la unidad en sesión clínica multidisciplinar.▪ La Unidad recoge en las Historias Clínicas de los pacientes la fecha, conclusiones y actuaciones derivadas del estudio de cada caso clínico en la sesión clínica multidisciplinar.- La Unidad tiene un Programa de formación continuada en osteotomías pélvicas en displasias de cadera para los profesionales de la Unidad estandarizado y autorizado por la dirección del centro.- La Unidad tiene un Programa de formación en displasias de cadera, autorizado por la
---	---

	<p>dirección del centro, dirigido a profesionales sanitarios del propio hospital, de otros hospitales y de atención primaria.</p> <p>- La Unidad tiene un Programa de formación en displasias de cadera dirigido a pacientes y familias, autorizado por la dirección del centro, impartido por personal médico y de enfermería (charlas, talleres, jornadas de diálogo,...).</p>
<p>► Recursos específicos del CSUR:</p> <p>- Recursos humanos necesarios para la adecuada realización de osteotomías pélvicas en displasias de cadera en el adulto.</p> <p>- Formación básica de los miembros del equipo⁴:</p> <p>- Equipamiento específico necesario para la adecuada realización de osteotomías pélvicas en displasias de cadera en el adulto.</p>	<p>- El CSUR tendrá carácter multidisciplinar y estará formado por una Unidad básica y diversas Unidades que colaboraran en la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes y actuarán de forma coordinada.</p> <p>La Unidad básica estará formada, como mínimo, por el siguiente personal:</p> <p>- Un coordinador asistencial de la Unidad de cadera, que garantizará la coordinación de la atención de los pacientes y familias por parte del equipo clínico de la Unidad básica y el resto de Unidades que colaboran en la atención de estos pacientes. El coordinador será uno de los miembros de la Unidad.</p> <p>- Resto de personal de la Unidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 cirujanos ortopédicos adscritos a la Unidad de cadera. ▪ Personal de enfermería y de quirófano. <p>- Unidad de cadera, con experiencia mínima de tres años en osteotomías de pelvis, en cirugía de cadera y pelvis y en osteosíntesis de acetábulo.</p> <p>- Quirófano dotado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesa radiotransparente. ▪ Equipo de radiología intraoperatoria. ▪ Material específico de cirugía de cadera. ▪ Material de osteosíntesis. <p>- Accesibilidad directa de los pacientes y de los centros que habitualmente atienden a los pacientes a los recursos de la Unidad mediante vía telefónica, email o similar.</p>

<p>► Recursos de otras unidades o servicios además de los del propio CSUR necesarios para la adecuada realización de osteotomías pélvicas en displasias de cadera en el adulto^a:</p>	<p>El hospital donde está ubicada la Unidad debe disponer de los siguientes Servicios/Unidades con experiencia en la atención de pacientes adultos con displasia de cadera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicio/Unidad de traumatología. - Servicio/Unidad de cuidados intensivos. - Servicio/Unidad de anestesia. - Servicio/Unidad de cirugía vascular. - Servicio/Unidad de rehabilitación. - Servicio/Unidad de radiodiagnóstico, que incluya: <ul style="list-style-type: none"> ▪ TAC tridimensional. ▪ RM. - Servicio de transfusión. - Servicio/Unidad de laboratorio.
<p>► Seguridad del paciente <i>La seguridad del paciente es uno de los componentes fundamentales de la gestión de la calidad. Más allá de la obligación de todo profesional de no hacer daño con sus actuaciones, la Unidad debe poner en marcha iniciativas y estrategias para identificar y minimizar los riesgos para los pacientes que son inherentes a la atención que realiza:</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - La Unidad tiene establecido un procedimiento de identificación inequívoca de las personas atendidas en la misma, que se realiza por los profesionales de la unidad de forma previa al uso de medicamentos de alto riesgo, realización de procedimientos invasivos y pruebas diagnósticas. - La Unidad cuenta con dispositivos con preparados de base alcohólica en el punto de atención y personal formado y entrenado en su correcta utilización, con objeto de prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. El Centro realiza observación de la higiene de manos con preparados de base alcohólica, siguiendo la metodología de la OMS, con objeto de prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. - La Unidad conoce, tiene acceso y participa en el sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente de su hospital. El hospital realiza análisis de los incidentes, especialmente aquellos con alto riesgo de producir daño. - La Unidad tiene implantado un programa de prevención de bacteriemia por catéter venoso central (BCV) (aplicable en caso de disponer de unidad de cuidados intensivos o críticos). - La Unidad tiene implantado un programa de prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) (aplicable en caso de disponer de unidad de cuidados intensivos o críticos). - La Unidad tiene implantado el programa de prevención de infección urinaria por catéter

	<p>(ITU-SU).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Unidad tiene implantada una lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras (aplicable en caso de unidades con actividad quirúrgica). - La Unidad tiene implantado un procedimiento para garantizar el uso seguro de medicamentos de alto riesgo. - La Unidad tiene implantado un protocolo de prevención de úlceras de decúbito (aplicable en caso de que la unidad atienda pacientes de riesgo).
<p>► Existencia de un sistema de información adecuado: <i>(Tipo de datos que debe contener el sistema de información para permitir el conocimiento de la actividad y la evaluación de la calidad de los servicios prestados)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - El hospital, incluida la Unidad de referencia, deberá codificar con la CIE.10.ES e iniciar la recogida de datos del registro de altas de acuerdo a lo establecido en el Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplimentación del RAE-CMBD de alta hospitalaria en su totalidad. - La Unidad dispone de un <i>registro de pacientes con displasia de cadera</i>, que al menos debe contar con: <ul style="list-style-type: none"> - Código de Identificación Personal. - Nº historia clínica. - Fecha nacimiento. - Sexo. - País de nacimiento. - Código postal y municipio del domicilio habitual del paciente. - Régimen de financiación. - Fecha y hora de inicio de la atención. - Fecha y hora de la orden de ingreso. - Tipo de contacto (Hospitalización, Hospitalización a domicilio, Hospital de día médico, Cirugía ambulatoria, Procedimiento ambulatorio de especial complejidad, Urgencias). - Tipo de visita (Contacto inicial, Contacto sucesivo). - Procedencia (atención primaria; servicios del propio hospital; otros servicios; servicios de otro hospital/centro sanitario; iniciativa del paciente; emergencias médicas ajenas a los servicios; centro sociosanitario; orden judicial).

	<ul style="list-style-type: none"> - Circunstancias de la atención (No programado, Programado). - Servicio responsable de la atención. - Fecha y hora de finalización de la atención. - Tipo de alta (Domicilio, Traslado a otro hospital, Alta voluntaria, Exitus, Traslado a centro sociosanitario). - Dispositivo de continuidad asistencial (No precisa, Ingreso en hospitalización en el propio hospital, Hospitalización a domicilio, Hospital de día médico, Urgencias, Consultas). - Fecha y hora de intervención. - Ingreso en UCI. - Días de estancia en UCI. - Diagnóstico principal (CIE 10 ES). - Marcador POA1 del diagnóstico principal. - Diagnósticos secundarios (CIE 10 ES). - Marcador POA2 de los diagnósticos secundarios. - Procedimientos realizados en el centro (CIE 10 ES): <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos diagnósticos. - Procedimientos terapéuticos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Osteotomía pélvica (tipo de osteotomía realizada). ▪ Otros procedimientos terapéuticos. ▪ Fecha de la osteotomía pélvica. - Procedimientos realizados en otros centros (CIE 10 ES). - Códigos de Morfología de las neoplasias (CIE 10 ES). - Complicaciones (CIE 10 ES): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intraoperatorias. ▪ Postoperatorias. - Seguimiento del paciente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evolución clínica y radiológica del paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Escalas de valoración clínica de la cadera (Harris²³, Merle D'Aubigne²⁴) preoperatorias y postoperatorias. - Inclinación acetabular, ángulo CE de Wiberg y ángulo VCA de Lequesne, grado de artrosis.
--	---

	<p><i>La unidad debe disponer de los datos precisos que deberá remitir a la Secretaría del Comité de Designación de CSUR del Sistema Nacional de Salud para el seguimiento anual de la unidad de referencia.</i></p>
<p>► Indicadores de procedimiento y resultados clínicos del CSUR^b:</p>	<p>- La Unidad mide los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ % pacientes con displasia de cadera con mejoría clínica* al año tras osteotomía pélvica: Pacientes >14 años con displasia de cadera con mejoría clínica al año tras osteotomía pélvica, intervenidos en los últimos 3 años / Total pacientes >14 años con displasia de cadera intervenidos de osteotomía pélvica en los últimos 3 años. <i>* Mejoría clínica: Medida mediante la Escala de valoración clínica de la cadera de Harris preoperatoria y postoperatoria. Se considera mejoría clínica cuando el paciente mejora la valoración mediante la escala de Harris.</i> ▪ % pacientes con displasia de cadera con corrección radiológica tras osteotomía pélvica: Pacientes >14 años con corrección radiológica de la displasia de cadera tras osteotomía pélvica, intervenidos en el año / Total pacientes >14 años con displasia de cadera intervenidos de osteotomía pélvica en el año. ▪ % pacientes con displasia de cadera con paresia del ciático y/o femoral tras osteotomía pélvica: Pacientes >14 años con displasia de cadera con paresia del ciático y/o femoral tras la osteotomía pélvica, intervenidos en el año / Total pacientes >14 años con displasia de cadera intervenidos de osteotomía pélvica en el año. ▪ % pacientes con displasia de cadera con infección de la herida quirúrgica tras osteotomía pélvica: Pacientes >14 años con displasia de cadera con infección de la herida quirúrgica tras la osteotomía pélvica, intervenidos en el año / Total pacientes >14 años con displasia de cadera intervenidos de osteotomía pélvica en el año. ▪ % pacientes con displasia de cadera con fractura intraarticular o de la columna posterior tras osteotomía pélvica: Pacientes >14 años con displasia de cadera con fractura intraarticular o de la columna posterior tras la osteotomía pélvica, intervenidos en el año / Total pacientes >14 años con displasia de cadera intervenidos de osteotomía pélvica en el año.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % de osteotomías pélvicas reconvertidas en prótesis total de cadera: Osteotomías pélvicas reconvertidas en prótesis total de cadera en los últimos 5 años / Total osteotomías pélvicas realizadas en los últimos 5 años.
--	--

^a *Experiencia avalada mediante certificado del gerente del hospital.*

^b *Los estándares de resultados clínicos, consensuados por el grupo de expertos, se valorarán, en principio por el Comité de Designación, en tanto son validados según se vaya obteniendo más información de los CSUR. Una vez validados por el Comité de Designación se acreditará su cumplimiento, como el resto de criterios, por la S.G. de Calidad e Innovación.*

Bibliografía:

1. Ganz R, Klaue K. A new periacetabular osteotomy for the treatment of hip dysplasia. Clin Orthop 1988; (232): 26-36.
2. Bedoya J, Pérez J. Resultado de la osteotomía periacetabular en el tratamiento de la artrosis en caderas displásicas. Rev. Colombiana de Ortop y Traumatol 1999; 13 (2): 122-134.
3. Cooperman D, Wallensten R. Acetabular dysplasia in the adult. Clin Orthop 1983; (175): 79.
4. Eppright R. Dial osteotomy of the acetabulum in the treatment of dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg 1975; 57(A): 1172.
5. McCarthy J, Fox J. Innominate osteotomy in adolescents and adults who have acetabular dysplasia. J Bone Joint Surg 1996; 78(A): 1455.
6. Kleuver M, Kooijman M. Triple osteotomy of the pelvis for acetabular dysplasia. J Bone Joint Surg 1997; 79(B): 225.
7. Chiari K. Medial displacement osteotomy of the pelvis. Clin Orthop 1974; (98): 55.
8. Mayo K, Trumble S, Mast J. Results of periacetabular osteotomy in patients with previous surgery for hip dysplasia. Clin Orthop 1999; (363): 73-80.
9. Migaud H, Duquennoy A. Outcome of Chiari pelvic osteotomy in adults. Acta orthop scand 1965; (66): 127.
10. Davey J, Santore R. Complications of periacetabular osteotomy. Clin Orthop 1999; (363): 33-37.
11. Hsin J, Saluja R: Evaluation of the biomechanics of the hip following a triple osteotomy of the innominate bone. J Bone Joint Surg 1996; 78(A): 855.
12. Murphy S, Kijewski P. Acetabular dysplasia in the adolescent and young adult. Clin Orthop 1990; (261): 213.
13. Murphy S, Millis M, Hall J. Surgical correction of acetabular dysplasia in the adult. Clin Orthop 1999; (363): 38-44.
14. Salter R. Innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation and subluxation of the hip. J Bone Joint Surg; 43(B): 518.
15. Lack W, Windhager R. Chiari pelvic osteotomy for osteoarthritis secondary to hip dysplasia. J Bone Joint Surg 1991; 73(B): 229.
16. Pinzón L, Turriago C. Triple osteotomía de Steel en el tratamiento de la displasia de cadera en el adolescente y el adulto joven. Rev Colombiana de Ortop y Traumatol 1998; (12): 200-209.

17. Steel H. Triple osteotomy of the innominate bone. *J Bone Joint Surg* 1973 ; 55(A): 343.
18. Sutherland D, Greenfield R. Doble innominate osteotomy. *J Bone Joint Surg* 1977 ; 59(A): 1082.
19. Crockarell J, Trousdale R, Cabanela M, Berry D. Early experience and results with the periacetabular osteotomy. *Clin Orthop* 1999; (363): 45-53.
20. Millis M, Murphy S, Poss R. Osteotomies about the hip for the prevention and treatment of osteoarthritis. *J Bone Joint Surg* 1995; 77(A): 626.
21. Trousdale R, Ekkernkamp A, Ganz R. Periacetabular and intertrochanteric osteotomy for the treatment of osteoarthritis in dysplastic hip. *J Bone Joint Surg* 1995; 77(A): 73.
22. Trumble S, Mayo K, Mast J. The periacetabular osteotomy. *Clin Orthop* 1999; (363) 54-63.
23. Harris W. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: Treatment by mold arthroplasty. An end result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg* 1969; 51(A): 737.
24. D'Aubigne RM, Postel M. Functional results of hip arthroplasty with acrylic prosthesis. *J Bone Joint Surg Am* 1954; 36: 451-75.
25. Ovre S, Sandvik L, Madsen JE, Roise O. Modification of the Harris Hip Score in acetabular fracture treatment. *Injury* 2007; 38 (3): 344-9.
26. Christensen CP, Althausen PL, Mittleman MA, Lee JA, McCarthy JC. The nonarthritic hip score: reliable and validated. *Clin Orthop Relat Res* 2003; (406):75-83.
27. Klaue K, Wallin A. CT Evaluation of coverage and congruency of the hip prior to osteotomy. *Clin Orthop* 1988; (232): 15.
28. Nakamura S, Ninomiya S. Long term outcome of rotational acetabular osteotomy. *Acta Orthop Scand* 1998; (69): 259.
29. Pérez J, Murcia M. Resultados del tratamiento de la displasia acetabular residual de la cadera utilizando una modificación de la osteotomía de Ganz. *Rev Colombiana de Ortop y Traumatol* 1996; (10): 100-106.