**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CESAR DA SILVA LEITE

**ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE O PERFIL CLÍNICO E
SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À
REVISÃO DE PRÓTESE DE QUADRIL NO PERÍODO DE 2002 A 2006**

**SÃO PAULO
2008**

CESAR DA SILVA LEITE

**ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE O PERFIL CLÍNICO E
SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À
REVISÃO DE PRÓTESE DE QUADRIL NO PERÍODO DE 2002 A 2006**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo
para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Área de concentração:
Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora:
Prof^a Dr^a Ana Cristina Mancussi e Faro

**SÃO PAULO
2008**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Leite, César da Silva

Estudo retrospectivo sobre o perfil clínico e sóciodemográfico dos pacientes submetidos à revisão de prótese de quadril no período de 2002 a 2006. / César da Silva Leite. – São Paulo, 2008.

78 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Ana Cristina Mancussi e Faro

1. Artroplastia (epidemiologia) 2. Quadril (cirurgia) 3. Complicações pós-operatórias (enfermagem) 4. Enfermagem em Reabilitação I. Título

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada seria possível e não estaríamos aqui reunidos, desfrutando, juntos, destes momentos que nos são tão importantes.

Aos meus pais Francisco e Maria, minha irmã Denise, minha Avó Noêmia e todos os meus familiares, pelo incentivo, cooperação, apoio e por compartilharem comigo os momentos de tristezas e também de alegrias em todos os momentos desta e de outras caminhadas.

A todos àqueles que acreditam que a ousadia e o erro são caminhos para as grandes realizações.

Agradecimentos Especiais

A Querida **Prof. Dr. Ana Cristina Mancussi e Faro**, primeiramente pela confiança no meu potencial e por sua disciplina, disponibilidade, compreensão, profissionalismo, respeito e apoio desde meus primeiros passos acadêmicos. Pelo seu espírito inovador e empreendedor na tarefa de multiplicar seus conhecimentos.

Às Prof^{as} **Dr^a Ana Lucia S. Costa e Dr^a Maria José D'Elboux Diogo**, por sua disponibilidade e contribuições no Início deste trabalho.

A **Equipe de Enfermagem do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP**, que estiveram presentes, compartilhando o processo de crescimento e reconstrução de um novo modo de olhar a realidade .

A todos **os Funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e Registro Geral do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP**, pelo acolhimento, atenção e por colaborarem na facilitação da coleta de dados.

A todos **os Funcionários da Escola de Enfermagem da USP**, pela atenção, paciência e orientações.

Aos **Meus Amigos** que, mesmo não citados nominalmente, sabem da minha gratidão e carinho pela companhia e sabedoria com que sempre me ensinaram a acreditar e ter fé em Deus para superar as dificuldades do caminho e pela torcida sincera, para que este trabalho fosse finalizado com responsabilidade, tranquilidade, paz e muito amor!

O tempo é muito lento para os que esperam
Muito rápido para os que têm medo
Muito longo para os que lamentam
Muito curto para os que festejam
Mas, para os que amam, o tempo é eterno.

(William Shakespeare)

Leite CS. Estudo retrospectivo sobre o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes submetidos à revisão de prótese de quadril no período de 2002 a 2006 [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes submetidos à cirurgia de prótese de quadril e que sofreram complicações relacionadas a esta no pós-operatório. A pesquisa foi realizada no período de 2002 a 2006; a amostra inicial foi composta de 398 cirurgias de pacientes submetidos à Artroplastia Primária de Quadril, realizadas em um hospital escola especializado da Cidade de São Paulo. Em 48 destas cirurgias ocorreram complicações pós-operatórias, compondo a amostra final deste estudo. Houve predominância de indivíduos do sexo feminino (66,7%), com média de idade de 59 anos, casados ou em união estável/amasiado (43,4%), provenientes da cidade de São Paulo (55,3%). Referente à escolaridade a maioria (58,1%) tinha fundamental completo. Quanto à ocupação houve predominância de aposentados e pacientes que desenvolvem atividades técnicas e ocupacionais, ambos com 35,1%. Infecção do quadril foi o motivo predominante para revisão da prótese de quadril (33,3%). A Vancomicina e a Ceftazidima, associadas, foram os antibióticos mais utilizados (58,1%). O estudo contribui para a estruturação de um cuidar multidisciplinar e especializado, pois possibilita o conhecimento da clientela, através de um perfil sociodemográfico e clínico, proporcionando mecanismos para intervenções de modo a transformar a assistência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia e Reabilitação Física.

PALAVRAS CHAVE: Artroplastia; quadril; complicações pós-operatórias; Enfermagem em reabilitação

Leite CS. A retrospective study of the clinical and socio-demographic profile of patients submitted to hip prosthesis revision in the period from 2002 to 2006[thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

This study was aimed at evaluating the clinical and epidemiological profile of patients submitted to hip prosthesis surgery who had complications related to it in the post-surgery period. The research was conducted between 2002 and 2006; the initial sample was comprised of 398 surgeries of patients submitted to Primary Hip Arthroplasty, performed at a specialized school hospital in the city of São Paulo. In 48 of those surgeries there were post-surgery complications, thus comprising the final sample of this study. There was a predominance of females (66.7%), with average age of 59, married or with a stable union (43.4%), living in the city of São Paulo (55.3%). Regarding education, most (58.1%) had finished primary school. As for occupation, the majority were retirees and patients that perform technical and occupational activities, both with 35.1%. Hip infection was the most common cause for hip prosthesis revision (33.3%). Vancomycin and ceftazidime, used together, were the most used antibiotics (58.1%). The study helps the development of a multidisciplinary, specialized care because it brings information about the clientele through a socio-demographic and clinical profile, thus providing mechanisms for interventions so as to transform care in Orthopedic and Traumatology Nursing and in Physical Rehabilitation Nursing.

KEY WORDS: Arthroplasty; hip; post surgical complications; rehabilitation Nursing

Leite CS. Estudio retrospectivo sobre el perfil clínico y socio demográfico de los pacientes sometidos a la revisión de prótesis de cadera en el periodo de 2002 a 2006 [disertación]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMEM

Este estudio tuvo por finalidad evaluar el perfil clínico y epidemiológico de pacientes sometidos a cirugía de prótesis de cadera y que sufrieron complicaciones relacionadas con ésta en el periodo postoperatorio. La investigación fue realizada en el periodo de 2002 a 2006; la muestra inicial fue compuesta de 398 cirugías de pacientes sometidos a Artroplastia Primaria de Cadera, realizadas en un hospital escuela especializado de la Ciudad de San Pablo. En 48 de estas cirugías ocurrieron complicaciones postoperatorias, componiendo la muestra final de este estudio. Hubo predominancia de individuos del sexo femenino (66,7%), con media de edad de 59 años, casados o en unión estable/conviviente (43,4%), provenientes de la ciudad de San Pablo (55,3%). En lo referente a la escolaridad la mayoría (58,1%) tenía primaria completa. Con relación a la ocupación predominaron los jubilados y pacientes que desarrollan actividades técnicas y ocupacionales, ambos con 35,1%. Infección de cadera fue el motivo predominante para la revisión de prótesis de cadera (33,3%). La asociación de Vancomicina con Ceftazidima fueron los antibióticos más utilizados (58,1%). El estudio contribuye para la estructuración de un cuidar multidisciplinar y especializado, pues posibilita el conocimiento de la clientela, a través de un perfil socio demográfico y clínico, proporcionando mecanismos para intervenciones, de modo a transformar la atención de Enfermería en Ortopedia y Traumatología y Rehabilitación Física.

PALABRAS CLAVES: Artroplastía; cadera; complicaciones postoperatorias; Enfermería en rehabilitación

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Prótese Primária de Quadril segundo tipo de prótese.	
São Paulo, 2007	39

Gráfico 2 -	Prótese Primária de Quadril segundo Diagnóstico Médico para Indicação da Prótese. São Paulo, 2007	41
Gráfico 3 -	Revisão de Prótese de Quadril segundo Faixa Etária (anos). São Paulo, 2007	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos pacientes submetidos à Prótese Primária de Quadril segundo dados gerais de caracterização. São Paulo, 2007	36
-------------------	---	----

Tabela 2 -	Distribuição dos pacientes submetidos à Revisão de Prótese de Quadril segundo dados gerais de caracterização. São Paulo, 2007	42
Tabela 3 -	Tempo e internação e tratamento em Unidade de Terapia Intensiva ou Semi-intensiva. São Paulo, 2007	45
Tabela 4 -	Distribuição dos pacientes submetidos à Revisão de Prótese de Quadril segundo características clínicas. São Paulo, 2007	47
Tabela 5 -	Características técnicas referente a cirurgia de Revisão de Prótese de Quadril. São Paulo, 2007	51
Tabela 6 -	Resultado de Cultura, antibióticos utilizados e agentes isolados em cultura. São Paulo, 2007	53

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	26
2.1 GERAL	26

2.2 ESPECÍFICO	26
3. MÉTODO	28
3.1 TIPO DE ESTUDO	28
3.2 CAMPO DE PESQUISA	28
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
3.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO.	31
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA	32
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	32
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DE PACIENTES SUBMETIDOS À PRÓTESE PRIMÁRIA DE QUADRIL	36
4.2 ASPECTOS RELACIONADOS À PRÓTESE PRIMÁRIA DE QUADRIL	39
4.3 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DE PACIENTES SUBMETIDOS À REVISÃO DE PRÓTESE DE QUADRIL	42
4.4 ASPECTOS RELACIONADOS À REVISÃO DE PRÓTESE DE QUADRIL	45
5. CONCLUSÕES	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE	70
ANEXOS	76

Introdução

1. INTRODUÇÃO

Os tratamentos das afecções do quadril datam de séculos atrás, sendo a reconstrução datada de 1800. Schamaltz em 1817 e Whie, em 1821, relataram casos de ressecção artroplástica do quadril, conhecida atualmente como *Girdlestone*, nome do cirurgião que em 1943, relatou esse procedimento com detalhe (Hebert et al, 2003).

Em 1940 Smith-Petersen, desenvolveu a artroplastia interposicional do quadril, onde vários tipos de substâncias eram interpostas entre as superfícies resseccionadas. Muitos cirurgiões começaram a desenvolver endopróteses como alternativa à artroplastia interposicional, onde foi empregado materiais como o marfim (Hey-Groves, em 1927) e o acrílico (Judet, em 1946). Endopróteses de metal, desenvolvidas por F.R. Thompson e A.T. Moore a partir de 1950, tornaram-se implantes com reconhecido sucesso, conhecidas como hemiartroplastias (Hebert et al, 2003).

Em 1958, Sir John Charnley, começou seu trabalho de desenvolvimento de uma prótese, a qual consistia em um componente femoral metálico que se articula com um componente acetabular plástico, sendo ambos fixados com cimento ósseo de metilmetacrilato (Hebert et al,

2003). Franco et al (1995) relatam que a grande evolução das artroplastias totais de substituição da articulação coxo-femoral foram devido a Charnley, utilizando componente acetabular de polietileno de alta densidade e fixação dos implantes com polimetilmetacrilato, sendo seguido por Müller.

Gonçalves (2003) relata que Charnley assistido por especialistas em metalurgia da Universidade de Leeds iniciaram a concepção biomecânica da prótese total “de baixa fricção”, com um componente femoral de aço inoxidável e outro acetabular de plástico, de superfícies de polietileno, iniciando experiências em 1958.

Segundo Franco et al (1995), o uso de metilmetacrilato, ou seja, cimentação dos componentes artroplásticos propicia uma série de reações adversas, como embolia pulmonar, reflexo neurogênico, microembolismo pulmonar, embolia gasosa, reações termoquímicas, reações imunológicas, formação de membrana interface cimento-osso induzindo à soltura e inibição da migração de células polimorfonucleares na vigência de infecção.

O uso da cimentação desenvolveu-se inicialmente com Indong e Harris, que propuseram a centrifugação do cimento acrílico e Amstutz, recomendando o tamponamento prévio do canal femoral, porém, as complicações com o uso do cimento, levaram ao desenvolvimento das artroplastias sem cimento, entretanto os resultados clínicos das artroplastias cimentadas e não cimentadas, a curto prazo, são semelhantes (Franco et al, 1995). Porém, Alencar et al (1995) relatam que o uso generalizado de próteses totais de quadril não cimentadas a partir da década de 80 revelou novos problemas, principalmente na parte femoral,

como dor no terço médio da coxa, reabsorção óssea na parte proximal do fêmur e formação de áreas de osteólise em torno da haste femoral, sendo estes, motivo de fracasso dos implantes e causa de revisões cirúrgicas para troca de prótese.

Alencar et al (1995) citando Carvalho et al (1993), referem que o grande problema das artroplastias de quadril tem sido a estabilidade do implante ao longo dos anos, com a prótese cimentada, a estabilidade é assegurada e nas próteses não cimentadas a fixação dependerá da qualidade óssea, da boa técnica cirúrgica e do desenho da prótese.

A incidência de soltura asséptica de próteses cimentadas do quadril tem-se mostrado diferente para componentes femorais e acetabulares, a longo prazo há baixos índices de soltura do componente femoral, porém, a ocorrência de soltura do componente acetabular é muito mais freqüente (Alencar et al 1995).

Segundo Alencar et al (1995), devido aos resultados insatisfatórios a longo prazo obtidos com componentes acetabulares cimentados e nas diversas complicações devido ao uso de componentes femorais não cimentados, foi introduzido por Harris, a artroplastia total de quadril híbrida, onde o componente femoral é fixado através de cimento acrílico e o componente acetabular, não.

O tipo de implante mais utilizado é o confeccionado com a combinação clássica de um metal articulado com uma superfície de polietileno de peso molecular ultra-elevado e também de novos metais, como as ligas de titânio. O uso da cerâmica também vem ganhando

defensores, devido sua excelente característica friccional e de desgaste quando articulado com o polietileno ou com a própria cerâmica (Hebert et al, 2003).

Para Hebert et al (2003), o sucesso de uma artroplastia total de quadril depende de três fatores críticos, ou seja, a escolha do paciente, escolha do implante e escolha da técnica cirúrgica.

Segundo Lucas (2004) a artroplastia de quadril ocorre após tratamento conservador, uso de analgésicos ou quando há limitações no desempenho nas atividades de vida diária.

Este tipo de tratamento é realizado na maioria das vezes com sucesso. No entanto, podem ocorrer complicações, como fraturas de fêmur (periprótese), infecções, luxação, dor, soltura da prótese, ossificação ectópica, trombose venosa profunda, embolia gordurosa e embolia pulmonar.

Segundo Howell (2007) a cirurgia de artroplastia de quadril envolve alguns riscos como trombose, embolia pulmonar, lesão de nervo e luxação da prótese, sendo o risco maior em pacientes obesos, com problemas vasculares e diabéticos.

Em estudos realizados por Blom et al (2006), o risco para embolia pulmonar, acidente vascular cerebral e isquemia cardíaca, aumentam dramaticamente com a idade do paciente após artroplastia de quadril.

Para Cassone et al (2002), os episódios tromboembólicos representam as complicações mais comuns na artroplastia de quadril e são a maior causa de morte nos três primeiros meses após o implante.

A embolia gordurosa ocorre principalmente após fraturas, geralmente de ossos longos e consiste basicamente na deslocação de gordura da medula óssea para a circulação, resultando na hipoxemia, um quadro sério podendo levar até a morte (Kontakis, 2006).

A luxação da prótese é descrita como uma dos principais fatores de complicações da artroplastia de quadril, sendo esta definida como o deslocamento da cabeça do componente femoral em relação ao componente acetabular, ocorrendo comumente nas primeiras cinco semanas após a cirurgia.

Aristides et al (1997) relatam que a luxação da prótese de quadril pode ocorrer nas primeiras semanas no período pós-operatório e quando isso acontece tardiamente, geralmente é recidivante e está associada à história do trauma.

A incidência de luxação de prótese de quadril, após artroplastia primária, reportada na literatura é de 2 a 5% (Garino e Steinberg, 1997).

Os fatores de risco para a luxação são a flexão, a adução e rotação interna ou externa. Estudo realizado por Gregory et al (1991), demonstra que a flexão do quadril é o principal fator de luxação da prótese de quadril. Macedo et al (2002), enuncia que a via de acesso cirúrgico ântero-lateral possui menor risco para luxação pós-cirúrgica, sendo a via posterior descrita por Moore e Antero e a lateral descrita por Watson-Jones e modificada por Hardinge mais amplamente aceitas atualmente.

Em idosos, existem fatores próprios que facilitam a luxação da prótese de quadril, sendo elas a característica dos ossos, degeneração muscular e as complicações decorrentes do processo de envelhecimento.

O tratamento para a luxação do quadril é a redução incruenta do quadril em alguns casos ou quando não há sucesso na redução incruenta, é indicada a revisão cirúrgica. Garino e Steinberg (1997) descrevem a luxação de quadril como luxação anterior e posterior, sendo necessárias radiografias para melhor diagnóstico.

Segundo Garino e Steinberg (1997) as prováveis causas de luxação da prótese de quadril são o inadequado ou impróprio posicionamento do componente, causando a instabilidade do quadril, sendo o acetabular o mais comum; tensão muscular, contribuindo para a instabilidade do quadril por não permitir o avanço trocanteriano e soltura do componente por flexão ou rotação interna do quadril. Para Gonçalves (2003), a luxação da cabeça metálica, pode ocorrer com movimento de adução, ocorrendo quando o paciente faz movimentos para o lado ao buscar algum objeto ou quando está dormindo, podendo ser evitado utilizando-se uma almofada de forma triangular ou um travesseiro entre as pernas.

Gonçalves (2003) relata que a anteversão exagerada da prótese acetabular, predispõe às luxações repetidas, exigindo revisão cirúrgica. Segundo Osório et al (1998) a redução incruenta do quadril deve ocorrer em tempo não superior a duas semanas após a luxação, pois torna a manobra perigosa e ineficaz.

A decisão da realização ou não da cirurgia de revisão de prótese de quadril requer a consideração de alguns fatores, como o tempo de luxação, o tempo da cirurgia de prótese de quadril até o episódio da luxação da prótese, a provável causa da luxação e o risco cirúrgico deste paciente (Garino e Steinberg, 1997).

Os episódios de infecção também são considerados como uma das principais complicações nas artroplastias de quadril.

Segundo Ercole e Chianca (2002), na artroplastia de quadril são utilizados materiais de implantes não orgânicos que, por si só, possuem um risco de infecção elevado. A infecção pode ocorrer de três maneiras, sendo por implantação direta na ferida cirúrgica, por disseminação hematogênica e por reativação de uma infecção latente.

A taxa norte americana de infecção para cirurgias de artroplastia de quadril, consideradas limpas, é inferior a 2% (Ferculi, 2000).

Estudo realizado por Ercole e Chianca (2002), demonstra que a incidência de infecção para artroplastia de quadril em um hospital de Belo Horizonte foi de 8,5%, estando este índice acima do preconizado pela literatura. Hebert et al (2003) relatam incidência de 1 a 2% nas artroplastias primárias e de 3 a 4% nas revisões.

Franco et al (1995) relatam o aparecimento de dor na coxa em artroplastia de quadril não cimentada a curto prazo, sendo correlacionada com o uso de hastes femorais finas, menores que 2mm, e com a formação periosteal distal e osso endosteal, regredindo espontaneamente ou com uso de antiinflamatórios não hormonais.

O implante com haste femoral não cimentado, deve ser realizado obedecendo o critério de preenchimento máximo da medula femoral pela haste, obtendo assim, estabilidade primária, induzindo o crescimento ósseo ao redor da superfície metálica, constituindo uma fixação biológica (Franco et al 1995).

Boschin et al (2003) citando Bierbaum e Liebelt (1989) enunciam que a cirurgia de revisão de artroplastia total de quadril tem problemas inerentes ao próprio procedimento, uma vez que múltiplas cirurgias podem resultar em significativa perda óssea e em deficiência de partes moles.

Segundo Boschin et al (2003) uma das maiores preocupações que cercam a cirurgia de revisão da ATQ não cimentada é dificuldade em realizar a extração dos componentes, principalmente quando o componente femoral apresenta cobertura porosa.

A incidência de revisão de prótese de quadril varia, em média, de 5% a 9% (Boschin et al citando Kavanagh e Pellici, 2003).

Boschin et al (2003) demonstram, através de outros estudos a longo prazo com seguimento mínimo de 10 anos, que as taxas de revisão por afrouxamento asséptico, tanto em próteses cimentadas quanto em não-cimentadas, varia entre 1,5% e 19%.

A revisão da prótese de quadril representa um problema para o hospital, pois o seu custo é maior do que a cirurgia primária e também para o paciente e sua família, não apenas pelo custo mas também pela exposição do paciente a riscos diversos e uma recuperação mais prolongada.

Jorge e Koizumi (2004) enunciam que do ponto de vista econômico, o custo produzido por qualquer problema de saúde pode ser classificado em duas grandes categorias, sendo estes, os custos diretos, envolvendo os custos médicos e não médicos e custos indiretos, os quais envolvem a perda de produção e produtividade trazida pelo problema de saúde.

Atrelado aos fatores econômicos, consideramos as alterações nas formas de viver, no estilo de vida, na organização familiar e social, aspectos estes relevantes e que repercutem na qualidade de vida de uma pessoa idosa principalmente, face à realização de uma nova cirurgia.

Destacamos a segunda categoria, a dos custos indiretos e consideramos oportuno refletir sobre as alterações nas formas de viver, no estilo de vida, na organização familiar e social, aspectos estes relevantes e que repercutem na qualidade de vida de uma pessoa idosa, principalmente, face à realização de uma nova cirurgia.

Para Khan (1999), valores referentes, oportunidades perdidas, alterações no estilo de vida e perdas na qualidade de vida, são difíceis de se estimar, sendo quase sempre hipotéticos.

Diante do exposto neste capítulo, cumpre-nos indagar sobre as pessoas que apresentaram complicações relacionadas à cirurgia de artroplastia de quadril, como quem são, o que fazem, como estão, com a finalidade de estudar sistematicamente os problemas clínicos e epidemiológicos para contribuir cientificamente na adequação e melhoria do cuidado em Enfermagem Ortopédica.

Atualmente, a artroplastia de quadril tem destaque pela sua evolução de técnica cirúrgica bem como por que ocorre em várias instituições hospitalares gerais e especializadas, sendo estes pacientes, em sua maioria idosa e clientes comuns a todos nós.

As repercussões de uma cirurgia deste porte e de um tratamento prolongado vão além dos cuidados de ordem física ao paciente. A atenção qualificada e específica se faz necessária à família pela continuidade e compreensão dos cuidados para minimizar riscos e evitar complicações. Isto posto, nos referimos à assistência de enfermagem no pré, trans e pós-operatório imediato e tardio.

Polzien (2006) relata a importância do preparo do paciente para os cuidados após a artroplastia do quadril, como orientações sobre as possíveis complicações da prótese, sendo necessário o envolvimento do paciente para reduzir o risco de nova internação.

Segundo Lucas (2004) os pacientes submetidos à cirurgia de prótese de quadril necessitam de alguns cuidados importantes, como preparo psicológico, envolvendo atividades de orientações sobre a cirurgia ortopédica e tempo de internação e preparo psicossocial, entendendo as expectativas do paciente após a cirurgia, como ocorrência de dor, eficácia da cirurgia e risco de infecção e de morte. Após a cirurgia há necessidade de suporte e orientações quanto à mobilização, deslocamento e observação da ferida cirúrgica, devido ao risco de infecção.

Para Howell (2007) os cuidados pós-operatórios com pacientes submetidos à artroplastia de quadril, vão além dos protocolos de cuidados com este tipo de cirurgia, a Enfermagem deve ter como prioridade a prevenção de complicações, manejo da dor e orientações do mesmo para o auto-cuidado e para independência funcional.

Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Conhecer o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia de prótese de quadril e que sofreram complicações relacionadas à prótese de quadril no pós-operatório.

2.1 ESPECÍFICOS

- Verificar os pacientes que foram submetidos à cirurgia de Prótese Primária de Quadril, Artroplastia Total de Quadril (ATQ) ou Artroplastia Parcial de Quadril (APQ), no período de 2002 a 2006.
- Verificar da totalidade dos pacientes que foram submetidos à Prótese Primária de Quadril aqueles que foram submetidos à Revisão da Prótese de Quadril no período de 2002 a 2006.
- Caracterizar a população internada com diagnóstico médico, relacionados às complicações pós-operatórias de prótese de quadril e submetidas à revisão, quanto à idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação e local de procedência;
- Analisar a relação entre as condições clínicas, de saúde e sociodemográficas com as complicações pós-operatórias dos pacientes que fizeram revisão de prótese de quadril.

Método

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, documental, retrospectivo e com abordagem quantitativa.

3.2 CAMPO DE PESQUISA

O estudo foi realizado no Instituto de Ortopedia e Traumatologia F.E. Godoy Moreira, situado no Município de São Paulo.

O Instituto de Ortopedia e Traumatologia integra o complexo Hospital das Clínicas (HC), subordinado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IOT-HCFMUSP) através do Departamento de Ortopedia e Traumatologia. Inaugurado em 30 de setembro de 1950 têm capacidade para 300 leitos, é referência no atendimento aos pacientes com enfermidades do aparelho locomotor, atende majoritariamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) podendo admitir pacientes particulares e conveniados, sendo que para tal, possui uma ala exclusiva com todos os recursos de um hospital privado.

As unidades de internação do Instituto de Ortopedia e Traumatologia são divididas em unidades de Adultos, Infantil, Geriatria e Coluna Vertebral,

cada unidade possui programas de atendimento e assistência diferenciados, envolvidos com a reabilitação precoce.

A unidade de internação de pacientes com idade acima de 18 anos, provenientes do ambulatório tem capacidade para 34 leitos, contando com uma equipe multidisciplinar especializada, atende pacientes provenientes do SUS com diagnóstico de deformidades ortopédicas de qualquer natureza.

O pronto socorro do IOT possui duas áreas distintas, uma para o pronto atendimento de casos de menor gravidade e outra para atendimento de emergência. São atendidos anualmente no PS-IOT mais de 40.000 pacientes dos quais 2.100 são casos cirúrgicos.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo foi realizado consultando-se todos os prontuários de pacientes que foram internados para cirurgia de prótese primária de quadril e por complicações pós-operatórias referentes à prótese de quadril, arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (IOT-HCFMUSP).

Foi solicitado junto ao SAME a listagem dos pacientes internados com diagnóstico médico referente a afecções relacionadas ao quadril e prótese de quadril no período de 2002 a 2006.

Para a seleção dos prontuários, estes deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão:

- Prontuários de pacientes internados no IOT-HCFMUSP no período entre 2002 a 2006;
- Idade dos pacientes maior ou igual a 18 anos;
- Motivo da internação por cirurgia de prótese primária de quadril e complicação pós-operatória referente à prótese de quadril;
- Registros de enfermagem e médicos constantes do prontuário;

Os critérios de exclusão foram mudança de diagnóstico médico durante a internação e outro diagnóstico médico que não fosse prótese primária de quadril e complicações da prótese de quadril no pós-operatório.

No período proposto para a coleta de dados (2002 a 2006) foram contabilizados um total de 686 cirurgias, referentes a afecções relacionadas ao quadril. Porém, 124 dessas cirurgias foram excluídas do estudo, por conterem prontuários incompletos, outro diagnóstico médico ou por falta do mesmo no SAME (empréstimo para outros institutos ou unidades).

Excluindo as 124 cirurgias, foram analisadas 563 cirurgias referentes à prótese primária e complicações referentes à prótese de quadril, onde 398 cirurgias eram de pacientes submetidos à Artroplastia Primária de Quadril, englobando Artroplastia Total de Quadril, Artroplastia Parcial de Quadril e *Resurfacing*. E 164 cirurgias eram referentes a pacientes que tiveram internação com diagnóstico de complicações da prótese de quadril.

Das 164 cirurgias referentes à pacientes com diagnóstico de complicações da prótese de quadril, foram excluídas 116 cirurgias, pois o período que realizaram a prótese primária de quadril foi inferior a 2002.

Deste modo, 48 cirurgias ocorridas devido às complicações pós-operatórias de prótese de quadril após cirurgia de prótese primária no período de 2002 a 2006, se enquadram e foram inseridas no estudo.

3.4 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO

Os dados foram coletados a partir dos registros nos prontuários, pelo próprio pesquisador no SAME.

Para tanto foram utilizados dois instrumentos (APÊNDICE A e B), para melhor organização dos dados.

O Instrumento para registro dos dados do prontuário, intitulado Instrumento para Prótese Primária (APÊNDICE A), foi utilizado quando os dados não registravam complicações referentes à prótese de quadril e o segundo Instrumento, intitulado Instrumento para Complicações da Prótese (APÊNDICE B) foi utilizado quando os dados registravam complicações referentes à prótese de quadril.

Ambos os instrumentos têm as variáveis clínicas e sociodemográficas de interesse do estudo.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A Coleta de dados se deu após a aprovação do presente projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (ANEXO A), aprovação da Diretora da Divisão de Enfermagem do IOT-HCFUSP, sendo a mesma pesquisadora responsável no IOT-HCFMUSP (ANEXO B) e a devida autorização da Comissão Científica do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo / IOT-HCFMUSP (ANEXO C).

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados obtidos foram inseridos em banco de dados informatizado, sendo utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Versão 14.0), analisados e serão apresentados em forma de tabela e gráficos.

As variáveis foram apresentadas descritivamente em tabelas contendo freqüência absoluta (N) e relativa (%). Proporções foram comparadas em tabelas 2x2 utilizando-se teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher quando apropriado (Fisher, 1993).

Proporções foram comparadas em tabelas de contingência maiores que 2x2 utilizando-se o teste de Fisher-Freeman-Halton, uma generalização do teste exato de Fisher. Para tabelas de contingência 2x3 múltiplas comparações de proporções segundo testes de permutação não-

paramétricos foram efetuadas quando adequado.(Sprent, 1993 e Walker, 2002).

Variáveis quantitativas foram comparadas entre dois grupos independentes utilizando-se teste t de *Student* para amostras independentes (Goulden, 1956; Fisher, 1948 e Spiegel, 1992) ou quando apropriado alternativa não-paramétrica, o teste de Mann-Whitney (Siegel, 1956 e Lehmann, 1975). O Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis , uma generalização do teste de Mann-Whitney, foi aplicado para comparação de variáveis quantitativas entre mais de dois grupos independentes (Kruskal e Wallis,1952).

O teste de Kolmogorov-Smirnov (Zar, 1984) foi aplicado para testar a normalidade de variáveis quantitativas. Curva de sobrevivência foi determinada segundo método do produto limite de Kaplan-Meier (Kaplan, 1958).

Todas as probabilidades de significância (valores de p) apresentadas são do tipo bilateral e valores menores que 0.05 considerados estatisticamente significantes. O software SAS 9.1 (Statistical Analysis System , Cary, NC, USA) foi utilizado na análise estatística de dados.

Resultados e Discussão

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos após tabulação e análise, serão apresentados conforme seqüência dos objetivos propostos, seja de maneira descritiva, em tabelas e gráficos conforme segue.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DE PACIENTES

SUBMETIDOS À PRÓTESE PRIMÁRIA DE QUADRIL

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes submetidos à Prótese Primária de Quadril segundo dados gerais de caracterização. São Paulo, 2007.

Variáveis	N	%	Mínimo	Máximo	Média
Sexo	398	100			
Feminino	212	53,3			
Masculino	186	46,7			
Idade (anos)	398	100	21	101	57
20-29	22	5,6			
30-39	41	10,3			
40-49	69	17,4			
50-59	83	21			
60-69	82	20,7			
70-79	65	16,4			
80-89	28	7,1			
90 ou mais	6	1,5			
Estado Civil	368	100			
Casado ou União Estável/Amasiado	187	50,8			
Desquitado ou Separado	34	9,2			
Divorciado	8	2,2			
Viúvo	40	10,9			
Solteiro	99	26,9			
Escolaridade	278	100			
Analfabeto	8	2,9			
Fundamental Incompleto	34	12,2			
Fundamental Completo	117	42,1			
Médio Incompleto	36	12,9			
Médio Completo	60	21,6			
Superior Incompleto	5	1,8			
Superior Completo	18	6,5			
Ocupação	297	100			
Aposentado	100	33,7			
Desempregado	13	4,4			
Nível Superior	10	3,4			
Prendas Domésticas	79	26,6			
Técnicas e Ocupacionais	95	31,9			
Local de Procedência	386	100			
Cidade de São Paulo	208	53,9			
Região Metropolitana de São Paulo	111	28,7			
Estado de São Paulo	61	15,8			
Outro Estado Brasil	6	1,6			

*Há discrepância no N total, pois alguns dados não constavam em prontuário ou estavam ilegíveis.

A amostra envolvendo 398 pacientes submetidos à prótese primária de quadril, foi composta em sua maioria por pacientes do sexo feminino (53,3%).

Estudo realizado por Croci (2006) com 512 cirurgias em 434 pacientes, demonstra que a maioria (55,76%) era do sexo masculino e idade média de 52,3 anos.

Mendonza-Sassi e Béria (2007) em seus estudos relatam que as mulheres têm uma percepção diferente do homem em relação à saúde, fazendo com que as mesmas procurem precocemente atendimento médico.

Outros estudos relatam como fator de risco para a osteoporese o sexo feminino, sendo a osteoporose caracterizada por deteriorização microarquitetural do tecido ósseo, com redução da massa óssea em níveis insuficientes para a função de sustentação, tendo como consequência um elevado risco de fratura (Faisal-Cury & Zacchelo, 2007).

Estudo realizado por Wroblewski et al (2007) com 195 pacientes, referente à artroplastia e Artrite Reumatóide, demonstra que 158 pacientes eram do sexo feminino, com média de idade de 38 anos.

A faixa etária foi composta por pacientes com idade de 21 a 101 anos de idades, com média de 57 anos, destes 21% estavam na faixa etária entre os 50 aos 59 anos, 20,7% entre os 60 aos 69 anos e 17,4% entre os 40 aos 49 anos.

Quanto ao estado civil a maioria (50,8%) dos pacientes eram casados, amasiados ou em união estável, seguido por solteiros (26,9%) e viúvos (10,9%).

Segundo censo realizado pelo IBGE em 2000, 54,8% da população brasileira era composto por solteiros e 37,0% por casados (IBGE, 2000).

A escolaridade foi classificada em analfabeto, fundamental, médio e superior, podendo ser completo ou incompleto. No estudo foi observado que a maioria dos pacientes (42,1%) possuía fundamental completo, seguida por médio completo (21,6%) e médio Incompleto (12,9%).

Quanto a ocupação, a maioria da amostra (33,7%) era composta por aposentados, seguido por pacientes (31,9%) que realizam atividades técnicas ocupacionais e prendas domésticas (26,6%).

Referente ao local de procedência, 53,9% dos pacientes era residente na Cidade de São Paulo, 28,7% eram provenientes da região metropolitana de São Paulo e 15,8% de outras cidades do estado de São Paulo.

4.2 ASPECTOS RELACIONADOS À PRÓTESE PRIMÁRIA DE QUADRIL

Gráfico 1. Prótese Primária de Quadril segundo tipo de prótese. São Paulo, 2007.

A maioria dos pacientes realizaram Artroplastia Total de quadril, perfazendo 94% das cirurgias, este dado possivelmente se dá pelo fato de que os pacientes, em sua maioria, eram pacientes provenientes da residência para cirurgia eletiva e a média de idade de 57 anos. A Artroplastia Parcial de Quadril e *Resurfacing*, foram realizadas em 3% dos pacientes.

A técnica cirúrgica para a realização da prótese de quadril vem evoluindo com o tempo (Boschin et al, 2003).

A artroplastia de quadril é indicada para tratamento de problemas na articulação coxofemoral, como fraturas, artrose, artrite reumatóide entre outras. A articulação pode ser substituída, total ou parcialmente, por uma

prótese, restabelecendo sua função, promovendo movimento e alívio da dor (Ercole e Chianca, 2002).

A artroplastia total de quadril tem maior aceitação pelos cirurgiões, por apresentar melhores resultados, melhor durabilidade, menor desgaste e perda da prótese em relação a prótese parcial de quadril (Ercole e Chianca, 2002).

A *Resurfacing* é classificada como prótese de superfície, sendo utilizada apenas na cabeça femoral, indicada para adultos jovens (Ribas, 2006).

Davison et al (2001), após realizarem um estudo com 280 pacientes de 65 a 79 anos com fratura de fêmur, analisando a fixação interna da fratura com Artroplastia Total de Quadril e Artroplastia Parcial de Quadril, referem que a Fixação interna tem alto índice de falha (34%) enquanto a Artroplastia parcial (3-5%), porém os autores concluem que há necessidade de se avaliar individualmente cada paciente.

Poulakka et al (2001) interoperaram seu trabalho após perceberem que o índice de re-operação de pacientes que realizaram fixação interna do quadril era de 40%, enquanto a de Artroplastia Parcial e Artroplastia Total de Quadril era de 0%, em pacientes com 75 anos.

Para Macedo et al (2002) a artroplastia total primária do quadril é procedimento cirúrgico amplamente utilizado para o tratamento de afecções da articulação coxofemoral, sejam elas degenerativas, inflamatórias ou traumáticas.

Gráfico 2. Prótese Primária de Quadril segundo Diagnóstico Médico para Indicação da Prótese. São Paulo, 2007.

Analisando o Gráfico 2, percebemos que os pacientes submetidos à cirurgia de prótese de quadril, tinham como diagnóstico médico para indicação da prótese de quadril, distúrbios do sistema músculo-esquelético (81,7%), entre eles, a osteoartrose do quadril, seguida por fraturas do quadril ou sequelas de fraturas (7,5%).

Segundo Coronzier et al (1998) a osteoartrose do quadril é uma das mais comuns causas de dor e limitação em adultos na faixa etária de 55 anos e idosos, sendo a Artroplastia Total de Quadril o tratamento necessário pela baixa resposta ao tratamento medicamentoso.

Como foi descrito anteriormente (Tabela 1), a média da faixa etária dos pacientes que realizaram prótese primária de quadril era de 57 anos, o que vai de encontro com os achados de Coronzier et al (1998).

4.3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE PACIENTES SUBMETIDOS À REVISÃO DE PRÓTESE DE QUADRIL

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes submetidos à Revisão de Prótese de Quadril segundo dados gerais de caracterização. São Paulo, 2007.

Variáveis	N	%
Sexo	48	100
Feminino	32	66,7
Masculino	16	33,3
Estado Civil	46	100
Casado ou União Estável/Amasiado	20	43,4
Desquitado ou Separado	5	10,9
Divorciado	1	2,2
Viúvo	5	10,9
Solteiro	15	32,6
Escolaridade	31	100
Analfabeto	1	3,2
Fundamental Incompleto	3	9,7
Fundamental Completo	18	58,1
Médio Incompleto	1	3,2
Médio Completo	7	22,6
Superior Incompleto	1	3,2
Ocupação	37	100
Aposentado	13	35,1
Nível Superior	2	5,4
Prendas Domésticas	9	24,4
Técnicas e Ocupacionais	13	35,1
Local de Procedência	47	100
Cidade de São Paulo	26	55,3
Região Metropolitana de São Paulo	11	23,4
Estado de São Paulo	10	21,3

*Ha discrepância no N total, pois alguns dados não constavam em prontuário ou estavam ilegíveis.

Na Tabela 2, observamos que a maioria dos pacientes submetidos à cirurgia de Revisão de Prótese de Quadril era do sexo feminino (66,7%), com idade média de 59 anos. Quanto ao estado civil destas mulheres, a maioria (27,1%) era casada ou em união estável/amasiada. Referente à escolaridade a maioria (37,5%) tinha fundamental incompleto. Quanto à ocupação houve predominância de aposentadas (14,6%).

Quanto ao estado civil, a maioria dos pacientes (43,4%) eram casados ou em união estável/amasiado.

Analisando os solteiros e os casados, percebemos que a proporção dos solteiros (56,5%) é maior dos quais possuem algum companheiro (a) (43,5%), o que pode interferir de alguma forma na sua recuperação e auxílio nas atividades diárias, onde, não podemos descartar a rede de suporte social destes pacientes.

Ribeiro (1999) citando Sarason (1983) define suporte social de forma simples como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós.

Em relação à escolaridade, a maioria (58,1%) possui fundamental completo, seguido por médio completo com (22,6%). Quanto à ocupação houve predominância de aposentados e pacientes que desenvolvem atividades técnicas e ocupacionais, ambos com 35,1%. Entre os pacientes atendidos, a sua maioria (55,3%) era proveniente da cidade de São Paulo,

Cesar da Silva Leite

o que já era esperado, pois o Hospital está situado na Cidade de São Paulo e atende pacientes no âmbito terciário da saúde.

Segundo Fitzgerald et al (2004) a avaliação pré-operatória do paciente submetido à artroplastia de quadril, analisando a dor do paciente, aparelho locomotor, características sociodemográficas e rede de suporte social são importantes para a recuperação do mesmo no pós-operatório.

Gráfico 3. Revisão de Prótese de Quadril segundo Faixa Etária (anos). São Paulo, 2007.

Os dados do Gráfico 3, mostram que a maioria dos pacientes submetidos à cirurgia de Revisão de Prótese de Quadril estão na faixa etária dos 60 aos 69 anos (27,1%), seguida por aqueles com 50 aos 59 anos (20,8%) e 40 aos 49 anos (18,7%). A média de idade é de 59 anos, com mínimo de 26 e máximo de 84 anos.

Quando comparamos com a Tabela 1, percebemos que dos 40 aos 69 anos foi a faixa etária mais submetida à cirurgia de prótese primária do quadril.

Estudo realizado por Boschini et al (2003), onde analisaram 67 pacientes para causa de revisão de prótese de quadril, a média de idade dos pacientes na época da cirurgia de prótese primária era de 47 anos, encontrando um tempo médio necessário até a realização da cirurgia de revisão de sete anos.

4.4 ASPECTOS RELACIONADOS À REVISÃO DE PRÓTESE DE QUADRIL

Tabela 3 – Tempo e internação e tratamento em Unidade de Terapia Intensiva ou Semi-intensiva. São Paulo, 2007.

Variáveis	N	%
Tempo Internação (dias)	48	100
1 - 9	27	56,3
10 - 19	5	10,4
20 - 29	6	12,5
30 - 39	4	8,3
40 - 49	1	2,1
50 ou mais	5	10,4
Tempo Cirúrgico (minutos)	44	100
1 a 80	5	11,4
81 a 160	19	43,2
161 a 240	13	29,5
241 ou mais	7	15,9
Permanência em SEMI/UTI pós-cirúrgico	48	100
Sim	25	52,1
Não	23	47,9
Tempo de Permanência em SEMI/UTI (dias)	25	100
Um	22	88
Dois	2	8
Três	1	4

*Há discrepância no N total, pois alguns dados não constavam em prontuário ou estavam ilegíveis.

Na Tabela 3, observamos que o tempo de internação dos pacientes submetidos à cirurgia de Revisão de Prótese de Quadril, em sua maioria, variou de um a nove dias (56,3%), coincidindo com o tempo médio para liberação do resultado final de cultura na instituição, cinco dias, os casos com internação menor do que cinco dias, realizaram redução incruenta do quadril sendo liberados de um a quatro dias (16,7%), com média de dois dias de internação. O tempo cirúrgico, na maioria dos casos (43,2%) variou de 81 a 160 minutos.

Quanto maior o tempo de exposição, maior a probabilidade de se desenvolver um quadro infeccioso, segundo Solomon et al (2002), em estudo realizado com 5.211 pacientes em 167 hospitais, a taxa de infecção foi de 2,6%.

Após avaliação do anestesiológista na sala de Recuperação Pós Anestésica (RPA), de acordo com as condições clínicas do paciente e comorbidades, o paciente pode ser encaminhado para Unidade Semi-intensiva (SEMI) ou Intensiva (UTI) o que ocorreu em 52,1% dos casos com tempo de permanência de um dia (88%).

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes submetidos à Revisão de Prótese de Quadril segundo características clínicas. São Paulo, 2007.

Variáveis	N	%
Comorbidades	30	100
Distúrbios Cárdio-circulatórios	21	70
Distúrbios Metabólicos	4	13,3
Associadas	5	16,7
Risco Cirúrgico ASA (American Society of Anesthesiologists)	40	100
I	11	27,5
II	27	67,5
III	2	5
Diagnóstico Prótese Primária	45	100
Fratura/Seqüela de Fratura	3	6,7
Distúrbios Músculo-esquelético	36	80
Distúrbios Metabólicos	1	2,2
Luxação Congênita do Quadril	3	6,7
Outros	2	4,4
Diagnóstico Revisão Prótese	48	100
Dor, Limitação de Movimentos/Atividades	2	4,2
Fraturas (periprótese/femur)	1	2,1
Luxação de Prótese	11	22,9
Soltura de Componente Acetabular	7	14,6
Soltura de Componente Femoral	2	4,2
Infecção	16	33,3
Associadas	9	18,7

*Ha discrepância no N total, pois alguns dados não constavam em prontuário ou estavam ilegíveis.

A maioria dos pacientes submetidos à cirurgia de revisão de Prótese de Quadril sofre de distúrbios cárdio-circulatórios (70%) e por doenças associadas, como diabetes e hipertensão, hipertensão e artrite, (16,7%). Quanto ao risco cirúrgico a maioria (67,5%) dos pacientes apresentaram

Cesar da Silva Leite

risco ASA II, sendo classificados, segundo *American Society of Anesthesiologists*, como doença sistêmica leve. O diagnóstico principal para indicação da prótese primária destes pacientes foram distúrbios músculo-esqueléticos (80%), sendo a osteoartrose de Quadril a mais relatada.

Apesar de alterações no aparelho cardiocirculatório acarretarem maior mortalidade, as alterações do aparelho locomotor são as que mais interferem na qualidade de vida, como artroses e ósteo-metabólicas, principalmente a osteoporese, contribuindo para fraturas, onde a taxa de mortalidade em idosos é de 30%, e por limitarem ou comprometerem o desempenho das atividades de vida diária (Leme, 2006).

Segundo Jinks et al (2003) a osteoartrite de quadril esta associada com alterações no aparelho locomotor e quadro algico do paciente, sendo estes os maiores candidatos para realizarem a artroplastia de quadril.

A obesidade é um fator de risco para doenças cardiocirculatórias e também para o desenvolvimento de osteoartrite e revisão da prótese de quadril, devido ao peso nas articulações causando degeneração e aceleração da osteoartrite.

Referente ao diagnóstico de revisão de Prótese de Quadril, a maioria (33,3%) dos pacientes, teve como diagnóstico para revisão a infecção, com taxa de infecção de 4%, conforme discutido anteriormente, em estudo realizado por Solomon et al (2002) em 167 hospitais nos EUA a taxa de infecção foi de 2,6%.

Segundo Engesaeter et al (2006) o uso de enxerto ósseo e antibiótico profilático reduz não somente o risco de revisão da prótese por infecção como também o risco de afrouxamento asséptico.

O tratamento da infecção em artroplastia requer, em muitos casos, a remoção da prótese e debridamento extensivo. Após várias tentativas sem solução do caso, o paciente pode ser submetido à *Girdlestone*, resolvendo a infecção, porém, funcionalmente para o paciente é pior, ou a utilização de espaçador (Cabrita et al, 2007).

Para Scharfenberger et al (2007) a cirurgia de *Girdlestone*, onde há remoção da prótese ou ressecção da cabeça do fêmur por um período prolongado, pode ocasionar o encurtamento do membro, causando contraturas em tecidos moles próximo ao quadril e complicações na re-implantação da prótese além de uma limitação na capacidade funcional do membro.

A luxação do quadril, foi o segundo motivo de revisão da prótese, ocorrendo em 22,9% dos pacientes (n.48), sendo necessária uma intervenção cirúrgica para redução incruenta sob anestesia ou troca de componentes.

Das 398 próteses primárias deste estudo, 2,8% apresentaram luxação da prótese de quadril, sendo necessária intervenção cirúrgica, não sendo possível quantificar neste estudo, os pacientes que sofreram luxação e foi realizada redução incruenta (sem necessidade de procedimento operatório), pois foi realizada redução incruenta, ou seja, retorno do

componente femoral para o componente acetabular, no Pronto Socorro da instituição, realizada apenas com manipulação do quadril.

Segundo Aristide et al (1997) a luxação é a complicação precoce mais freqüente em pacientes submetidos à Artroplastia Total do Quadril, ocorrendo principalmente nas primeiras semanas do período pós-operatório e, quando tardia, geralmente é recidivante e está associada à história de trauma, no mesmo estudo referem que alguns autores citam índices de luxação acima de 10% para pacientes com fratura de colo de fêmur.

As prováveis causas de luxação da prótese de quadril são o inadequado ou impróprio posicionamento do componente, causando a instabilidade do quadril, sendo o acetabular o mais comum; tensão muscular, contribuindo para a instabilidade do quadril por não permitir o avanço trocanteriano e soltura do componente por flexão ou rotação interna do quadril (Pierchon, 1994 e Garino e Steinberg, 1997).

Para Boschini (2003) a revisão da prótese de quadril tem problemas inerentes ao próprio procedimento, onde múltiplas cirurgias podem resultar em significativa perda óssea e deficiência de partes moles. As complicações que requerem cirurgia de revisão são o afrouxamento asséptico, infecção, falha no implante e absorção óssea progressiva.

Estudo realizado por Pajarinen et al (2003) com 338 pacientes que realizaram prótese primária de quadril, 6,5% dos pacientes apresentaram luxação da prótese.

Cesar da Silva Leite

Tabela 5 – Características técnicas referente à cirurgia de Revisão de Prótese de Quadril. São Paulo, 2007.

Variáveis	N	%
Topografia Revisão de Prótese	38	100
Direito	8	21,1
Esquerdo	30	78,9
Uso de Cimento Ortopédico	37	100
Sim	6	16,2
Não	31	83,8
Uso de Enxerto Osséo (Homólogo/Autógeno)	37	100
Sim	3	8,1
Não	34	91,9
Trombopprofilaxia	48	100
Sim	38	79,2
Não	10	20,8
Antibiótico Profilaxia	48	100
Sim	43	89,6
Não	5	10,4

*Há discrepância no N total, pois alguns dados não constavam em prontuário ou estavam ilegíveis.

Na Tabela 5, podemos identificar a topografia dos pacientes submetidos a esta cirurgia, em sua maioria (78,9%) para o lado esquerdo e o lado direito (21,1%).

Durante a revisão da Prótese de Quadril, não foi utilizado cimento ortopédico em 83,8% dos casos, assim como o não uso de enxerto ósseo, tanto homólogo quanto autógeno (91,9%). Meyer (2003) refere que Sharkey et al (1990) realizaram testes comparativos entre componentes femorais cimentados e não cimentos, não encontrando diferenças na quantidade de micromovimentos sob carga, demonstrando estabilidade inicial similar para os dois tipos de fixação.

Meyer (2003) em seu estudo, relata que pacientes com apoio inicial e imediato após artroplastia total de quadril não cimentada, não apresentaram nenhuma complicação, utilizando fixação proximal porosa e circunferencial do componente femoral.

Apesar do uso do cimento reduzir o risco de soltura asséptica, ele pode causar necrose óssea (Engesaeter, 2006).

Albuquerque e Vidal (1997) referem que numerosos trabalhos comprovam que a utilização de próteses cimentadas em pacientes jovens, muito ativos, com menos de 45 anos, apresenta alta incidência de falência, em torno de 9 a 30%, após cinco anos. Em pacientes menores de 30 anos essa incidência pode ser superior a 50%.

Foi administrado tromboprolático em 79,2% dos pacientes e nenhum dos pacientes (N. 48) apresentou trombose venosa profunda durante o período de internação. O uso de antibioticoprofilaxia foi de 89,6%.

Tabela 6 – Resultado de Cultura, antibióticos utilizados e agentes isolados em cultura. São Paulo, 2007.

Variáveis	N	%
Infecção Diagnosticada após Resultado de Cultura	46	100
Sim	8	17,4
Não	38	82,6
Antibióticos Utilizados (Protocolo CCIH)	43	100
Cefazolina	1	2,3
Ceftazidima	1	2,3
Cefuroxima	2	4,8
Ciprofloxacino	1	2,3
Vancomicina + Amicacina	3	7
Vancomicina + Cefepima	10	23,2
Vancomicina + Ceftazidima	25	58,1
Cultura	8	100
<i>Klebsiela pneumoniae</i>	1	12,5
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	12,5
<i>Staphilococcus aureus</i>	6	75

*Há discrepância no N total, pois alguns dados não constavam em prontuário ou estavam ilegíveis.

Os dados da Tabela 4 mostram que não houve crescimento bacteriano em 82,6% dos casos, através de resultado final de cultura. A Vancomicina e a Ceftazidima, associadas, foram os antibióticos mais utilizados (58,1%), seguindo o protocolo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em vigor no período em estudo. O *Staphilococcus aureus* foi o agente encontrado na maioria (75%) dos casos, confirmados através de cultura, justificando o uso da Vancomicina.

A Vancomicina é um bactericida por inibir a síntese de glicopeptídeo, usado unicamente nas infecções por bactérias aeróbicas Gram-positivas. A

Cesar da Silva Leite

sua eficácia têm sido provada em outras infecções provocadas por *Staphilococcus*, inclusive septicemia, infecções ósseas, infecções do trato respiratório inferior e infecções da pele e tecidos moles (DEF, 2007/2008).

Ceftazidima é recomendado para infecção de pele, tecidos moles, articular e óssea. Em virtude de seu espectro de ação ampliado, especialmente contra agentes Gram-negativos, está também indicado nas infecções resistentes a outros antibióticos, podendo ser administrado em combinação com outros antibióticos (DEF, 2007/2008).

Segundo Lima E Barone (2001) em estudo com 80 pacientes submetidos à cirurgia de artroplastia total de quadril, identificaram a presença de *Staphilococcus aureus* em cultura de nasofaringe dos pacientes, porém, não foi correlacionado com infecções pós-operatórias destes pacientes.

Mangram et al (1999) associam o tempo de internação prolongado, antes da realização da cirurgia com o aumento do risco de infecção de sítio cirúrgico.

O tempo prolongado de internação dos pacientes internados neste serviço pode ocorrer quando o paciente é vítima de trauma ou politrauma acarretando em fratura de fêmur e esse paciente necessita estabilizar o quadro clínico, sendo avaliado diariamente pelo clínico responsável e pela equipe multidisciplinar até a liberação do mesmo para cirurgia.

Ercole e Chianca (2003) citando Oliveira (1999) referem que o autor ao analisar outros estudos, demonstra que o tempo de internação acima de cinco dias, tem associação significativa com a ocorrência infecção de sítio

Cesar da Silva Leite

cirúrgico intra-hospitalar e após a alta, comparado com a permanência inferior a esse período.

Engesaeter et al (2006) em um estudo realizado de 1987 a 2003, demonstram que o risco de infecção é semelhante, tanto para próteses cimentadas ou não cimentadas, defendendo o uso de antibiótico profilático e uso de enxerto ósseo, reduzindo o risco de infecção e soltura asséptica da prótese.

Mjöberg (1997) e Jonbergen et al (2004) relatam o uso do cimento ortopédico como predisponente para infecção, pois pode ocorrer necrose óssea devido à toxicidade ou geração de calor durante polimerização.

Conclusões

5. CONCLUSÕES

Embora os resultados deste estudo sejam limitados pela característica do grupo pesquisado, apenas pacientes submetidos à prótese primária e que sofreram complicações pós-operatórias e por trabalhar apenas com dados de prontuários, através dos objetivos inicialmente propostos nesta pesquisa, podemos concluir que:

Quanto à caracterização geral dos pacientes submetidos à Prótese Primária de Quadril:

- A idade variou de 21 a 101 anos com média de 57 anos;
- 53,3% dos pacientes eram do sexo feminino e 46,7% do sexo masculino;
- 50,8% dos pacientes eram casados ou em união estável/amasiado;
- Referente à escolaridade a maioria (42,1%) possui fundamental completo;
- Quanto à ocupação houve predominância de aposentados (33,7%);
- 53,9% eram provenientes da Cidade de São Paulo;
- O tipo de prótese mais utilizada (94%) foi a Prótese Total de Quadril (ATQ);
- 81,7% das cirurgias foram indicadas devido a distúrbios músculo-esquelético.

Quanto à caracterização geral dos pacientes submetidos à Revisão de Prótese Primária de Quadril:

- A idade variou de 26 a 84 anos com média de 59 anos;
- 66,7% dos pacientes que retornaram devido complicações eram do sexo feminino e 33,3% do sexo masculino;
- 43,4% dos pacientes eram casados ou em união estável/amasiado
- Referente à escolaridade a maioria (58,1%) possui fundamental completo;
- Quanto à ocupação houve predominância de aposentados e pacientes que desenvolvem atividades técnicas e ocupacionais, ambos com 35,1%;
- 55,3% eram provenientes da Cidade de São Paulo

Quanto aos aspectos clínicos dos pacientes submetidos à revisão de prótese de quadril:

- O tempo de internação variou de 1 a 95 dias com média de permanência de 20 dias;
- O tempo cirúrgico em sua maioria (43,2%) foi de 81 a 160 minutos;
- 52,1% dos pacientes foram encaminhados para SEMI ou UTI no pós-operatório imediato;
- O tempo de permanência em SEMI ou UTI variou de 1 a 3 dias com média de 2 dias;
- 70% dos pacientes sofrem de distúrbios cardíaco-circulatórios;

Cesar da Silva Leite

- O risco cirúrgico em sua maioria (67,5%) foi ASA II;
- O diagnóstico de prótese primária destes pacientes em sua maioria (80%) era por distúrbios músculo-esqueléticos;
- 33,3% dos pacientes tiveram infecção pós-operatória e 22,9% luxação da prótese como diagnóstico médico para revisão da prótese.

Quanto aos aspectos relacionados à revisão da prótese de quadril:

- Referente à topografia a maioria (78,9%) das cirurgias ocorreram do lado esquerdo;
- Em 83,8% das cirurgias não foram utilizados cimento ortopédico;
- Em 91,9% das cirurgias não foram utilizados enxerto ósseo;
- A tromboprofilaxia foi utilizada em 79,2% dos casos;
- 89,6% dos pacientes receberam antibióticoprofilaxia no pós-operatório;
- A infecção não foi diagnosticada, através de resultado final de cultura, em 82,6% dos casos;
- O antibiótico mais utilizado (58,1%) foi a associação de Vancomicina com Ceftazidima;
- Das infecções diagnosticadas a maioria (75%) era causada por *Staphilococcus aureus*.

Considerações Finais

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização deste estudo foi possível levantar dados extrínsecos que colaboram com o processo de cuidar, não apenas em termos de cuidados físicos no decorrer e após a cirurgia mas também considerando o período de reabilitação deste paciente e cuidados psicossociais, devido às limitações que podem refletir numa carência de acompanhamento nesse período.

Uma avaliação precisa no pré-operatório através de uma equipe multidisciplinar, visando não apenas a cirurgia deste paciente, mas a recuperação deste no contexto socioeconômico e demográfico é de extrema importância, pois proporciona uma melhor orientação para o paciente e seus familiares, auxiliando assim na sua recuperação, reduzindo a possibilidade de um futuro retorno deste paciente ao hospital.

O estudo demonstra que a maioria dos pacientes que retornaram ao hospital com complicações da prótese de quadril eram solteiros, não houve dados que pudesse identificar se havia familiares acompanhando este paciente ou mesmo uma rede de suporte social, mostrando a importância de uma entrevista que aborde todos esses fatores, evitando que pacientes sem familiares ou sem suporte social operem, podendo complicar posteriormente ou mesmo ter sérias limitações, pois ficará por um tempo indeterminado necessitando de auxílio para desempenhar algumas atividades da vida diária.

O estudo aponta para o fato que a maioria dos pacientes retorna ao hospital por infecção do quadril ou luxação da prótese, neste sentido há necessidade de implementação nos hospitais especializados e naqueles que realizam atendimento a este tipo de clientela, de um programa de orientações no pré e pós-operatório de orientações gerais e específicas para os cuidados com a prótese de quadril no hospital e em sua residência, considerando aspectos sociais e de reabilitação deste paciente.

A Enfermagem tem um papel importante dentro do processo de cuidar, pois a avaliação clínica de enfermagem cuidadosa no pré-operatório, além de intervenção multidisciplinar nas orientações pré e pós-operatórias são de fundamental importância para bons resultados pós-cirúrgicos, reduzindo o risco de complicações futuras.

Com base nos resultados obtidos, podemos afirmar que este estudo contribui para a estruturação de um cuidar multidisciplinar e especializado, pois possibilita o conhecimento da clientela, através de um perfil sociodemográfico e clínico de pacientes submetidos à prótese primária de quadril.

São fundamentais as pesquisas que proporcionam intervenções de modo a transformar a assistência de enfermagem em Ortopedia e Traumatologia e Reabilitação Física. Conseqüentemente, os serviços de saúde, sobretudo, no âmbito da atenção básica, poderão privilegiar programas para a prevenção de quedas ou de assistência multidisciplinar às pessoas com limites da locomoção e mobilidade, tendo os preceitos da reabilitação como uma estratégia de assistência.

Referências

REFERÊNCIAS

Albuquerque HPC, Paulo CV. Artroplastia total do quadril com prótese não cimentada. Rev Bras Ortop.1997;32(10):751-759.

Alencar PGC, Johnny C, Meyer AT et al. Autotransfusão sanguínea em artroplastia total do quadril. Rev Bras Ortop.1994;29(6):389-392.

Aristides RSA, Honda E, Polesello G et al. Luxação da prótese total do quadril em pacientes com fratura do colo do fêmur. Rev Bras Ortop.1997;32(10):787-791.

Blom A, Pattison G, Whitehouse S et al. Early death following primary total hip arthroplasty. Acta Orthopaedica.2006;77(3):347-350.

Boschin LC, Anacleto OL, Alencar PGC. Artroplastia total de quadril não cimentada: avaliação das causas de revisão em pacientes com seguimento pós-operatório mínimo de 10 anos. Rev Bras Ortop.2003;38(10):599-606.

Cabrita HABA, Estudo comparativo do tratamento das artroplastias infectadas do quadril sem e com o uso do espaçador de cimento com antibiótico. São Paulo, 2004. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Cassone A, Viegas AC, Sguizzatto GT et al. Trombose venosa profunda em artroplastia total de quadril. Rev Bras Ortop.2002;37(5):153-161.

Conrozier T, Jousseume CA, Mathieu P et al. Quantitative measurement of joint space narrowing progression in hip osteoarthritis: a longitudinal retrospective study of patients treated by total hip arthroplasty. British Journal of Rheumatology.1998;37:961-968.

Croci AT. Prótese Total de Quadril sem cimento – Sistema Bicontac. Folha de Ortopedia e Traumatologia.2006;47(15):10-11.

Cesar da Silva Leite

Davison JN, Calder SJ, Anderson GH et al. Treatment for displaced intracapsular fracture of the proximal femur. A perspective, randomized trial in patients aged 65 to 79 years. *J Bone Joint Surg.*2001;83(2):206-12.

Engesaeter LB et al. Does cement increase the risk of infection in primary total hip arthroplasty? *Acta Orthopaedica.*2006;77(3):351-358.

Ercole FF, Chianca TCM. Infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos à artroplastia de quadril. *Rev. Latino-am. Enfermagem.*2002;10(2):157-65.

Fisher LD, Belle GV. *Biostatistics: A Methodology for Health Sciences.* New York: John Wiley and Sons;1993.

Fisher RA. *Statistical Methods for Research Workers*, 10th ed. Edinburgh: Oliver and Boyd; 1948.

FitzGerald J, Orav EJ, Lee TH et al. Patient quality of life during the 12 months following joint replacement surgery. *Arthritis Care & Research.*2004;51(1):100-109.

Garino JP, Steinberg ME. Total hip arthroplasty in patients with avascular necrosis of the femoral head: a 2- to 10-year follow-up. *Clin Orthop Relat Res.*1997;334:108-115.

Gonçalves D. Artroplastia do quadril com prótese total de Charnley. Bases biomecânicas. Técnicas casuísticas pessoal. Impressões preliminares. *Rev Bras Ortop.*2003;38(7):363-371.

Goulden CH. *Methods of Statistical Analysis.* 2nd ed. New York: Wiley;1956.

Gregory RJH, Gibson MJ, Moran CG. Dislocation after primary arthroplasty for subcapital fracture of the hip. *The Journal of Bone and Joint Surgery.*1991;73(1):11-12.

Hebert S, Xavier, R. et al. *Ortopedia e Traumatologia: princípios e práticas.* São Paulo:ARTMED, 2003.p.362-405.

Howell B. Joint surgery: Paving the way to. *RNWeb.*2007;70(1):32-38.

Cesar da Silva Leite

Jinks C, Lewis M, Croft P. Health status after hip or knee arthroplasty. *Ann Rheum Dis.*2003;62:700-701.

Jonbergen JPWV, Anderson PG, Faber FWM. Total hip arthroplasty with Boneloc cement: Unsatisfactory results in 163 hips after 9 to 11 years. *Hip International.*2004;14:229-32.

Jorge MHPM, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. *Rev. bras. epidemiol.*2004;7(2):228-238.

Jornal Brasileiro de Medicina (JBN). Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas; 2007/2008.

Kaplan EL, Meier P. Non-parametric estimation from incomplete observation. *J. Am. Stat. Assoc.*1958;53:457-481.

Kontakis GM, Tossounidis T, Weiss K et al. Fat embolism: special situations bilateral femoral fractures and pathologic femoral fractures. *J. Care Injured.*2006;37S:519-524.

Kruskal WH, Wallis WA. Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association.*1952;47(260):583–621.

Lehmann EL. *Nonparametric Statistical Methods Based on Ranks*. New York: McGraw-Hill; 1975.

Leme LEG. Envelhecimento e aparelho locomotor. *Folha de Ortopedia e Traumatologia.*2006;47(15):12-13.

Lima ALLM, Barone AA. Infecções hospitalares em 46 pacientes submetidos a artroplastia total de quadril. *Acta Ortop Bras.*2001;9(1):36-41.

Lucas B. Nursing management issues in hip and knee replacement surgery. *British Journal of Nursing.*2004;13(13):782-787.

Macedo CAS, Galia CR, Rosito R et al. Abordagem cirúrgica na artroplastia total primária de quadril: ântero-lateral ou posterior? *Rev Bras Ortop.*2002;37(9):387-391.

Cesar da Silva Leite

Mangram Aj, Horan TC, Pearson ML, Silver WR. Guideline for prevention of surgical site infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*.1999;20(4):97-134.

Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*.2007;23(2):341-346.

Meyer M. Apoio precoce em prótese total de quadril não cimentada. *Rev Bras Ortop*.2003;38(4):171-175.

Mjöberg B. The theory of early loosening of hip prostheses. *Orthopedics*.1997;20:1169-75.

Oliveira AC. Controle de egresso cirúrgico: impacto na incidência da infecção de sítio cirúrgico em um hospital universitário. Belo Horizonte, 1999. [Dissertação] - Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

Osório L, Costa SC, Couto P et al. Luxação recidivante após artroplastia total de quadril com prótee tipo Chamley. *Rev Bras Ortop*.1998;33(10):769-72.

Pajarinen J, Savolainen V, Tulikoura I et al. Factors predisposing to dislocation of the Thompson hemiarthroplasty. *Acta Orthop Scand*.2003;74(1):45:48.

Pierchon F, Pasquier G, Cotten A et al. Causes of Dislocation of Total Hip Arthroplasty. *The Journal of Bone and Joint Surgery*.1994;76(1):45-48.

Polzien G. Care hip replacement. *Home Healthcare Nurse*.2006;24(7):420-422.

Puolakka TJ, Laine HJ, Tarvainen T, Aho H. Thompson hemiarthroplasty is superior to Ullevaal screws in treating displaced femoral neck fractures in patients over 75 years. A prospective randomized study with two-year follow-up. *Ann Chir Gynaecol*.2001;90(3):225-8.

Ribas M, Marín-Peña O, Vilarrubias JM et al. Actualización en el tratamiento quirúrgico del choque femoroacetabular. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*.2006;71:263-271.

Cesar da Silva Leite

Ribeiro JLP. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*.1999;3(17):547-558.

Scharfenberger et al. Treatment of na infected total hip replacement with the PROSTALAC system. *Can J Surg*.2007;50(1):29-33.

Sharkey PF, Albert TJ, Hume EL, Rothman RH. Initial stability of a collarless wedge-shaped prosthesis in the femoral cana. *J Arthroplasty*.1990;1:87-90.

Siegel S. *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*. New York: McGraw-Hill Book Company; 1956.

Solomon DH, Losina E, Baron JA et al. Contribution of hospital characteristics to the volume-outcome relationship. *Arthritis & Rheumatism*.2002;46(9):2436-44.

Spiegel MR. *Theory and Problems of Probability and Statistics*. New York: McGraw-Hill; 1992.

Sprent P. *Applied Nonparametric Statistical Methods*. 2nd Ed. London: Chapman & Hall; 1993.

Walker G. *Common Statistical Methods for Clinical Research with SAS Examples*. North Carolina: SAS Institute; 2002.

Wroblewski BM, Siney PD, Fleming PA. Charnley low-frictional torque arthroplasty in Young rheumatoid and juvenile rheumatoid arthritis:292 hips followed for an average of 15 years. *Acta Orthopaedica*.2007;78(2):206-210.

Zar JH. *Biostatistical Analysis*. 2nd Ed. New Jersey: Prentice Hall; 1984.

Apêndice

APÊNDICE A**INSTRUMENTO PARA PRÓTESE PRIMÁRIA****1) Dados de caracterização sociodemográfica**

Iniciais do nome: _____ RGHC: _____

Idade: _____ Sexo: ☐ Feminino☐ MasculinoEscolaridade: ☐ Analfabeto / sem escolaridade☐ Fundamental completo ☐ Médio incompleto☐ Fundamental incompleto ☐ superior completo☐ Médio completo ☐ superior incompleto

Profissão: _____ Ocupação: _____

Estado civil: ☐ Casado ou união estável / amasiado ☐ Viúvo☐ Desquitado ou separado ☐ Solteiro☐ Divorciado

Local de Residência:

☐ Município de São Paulo. Região: ☐ Centro ☐ Norte☐ Sul ☐ Leste ☐ Oeste☐ Grande São Paulo. Qual: _____☐ Outro estado. Qual: _____**2) Condições Clínicas**Patologias de base: ☐ HAS ☐ DM☐ Distúrbios respiratórios. Qual(is): _____☐ Distúrbios Cardio-circulatório. Qual(is): _____☐ Alterações no estado mental ou neurológicas.

Qual(is): _____

☐ Outras. Qual(is): _____

3) Histórico Cirúrgico

Data internação: __/__/__ Data cirurgia __/__/__ Data Alta __/__/__

Diagnóstico médico (indicação da prótese): () Artrite Reumatóide

() Artrite Reumatóide Juvenil

() Luxação congênita do quadril

() Fratura(s). Especificar: _____

() Osteoartrose de quadril: _____

() Outros. Especificar: _____

Cirurgias prévias de quadril: () Não

() Sim. Qual: _____ Data: __/__/__

ASA () I () II () III () IV () V

Internação na UTI: () Não

() Sim. Tempo de permanência: _____

Tipo de Prótese: () ATQ () APQ () *Resurfacing*

Uso de cimento ortopédico () Sim () Não

Uso de enxerto ósseo: () Sim () Não

Prevenção de Trombose Venosa Profunda (TVP): () Sim () Não

Diagnóstico de TVP pós-cirúrgico: () Sim () Não

Local e data: _____, _____

Assinatura do Pesquisador (mestrando)

APÊNDICE B**INSTRUMENTO PARA COMPLICAÇÕES DA PRÓTESE****1) Dados de caracterização sociodemográfica**

Iniciais do nome: _____ RGHC: _____

Idade: _____ Sexo: ☐ Feminino☐ MasculinoEscolaridade: ☐ Analfabeto / sem escolaridade☐ Fundamental completo ☐ Médio incompleto☐ Fundamental incompleto ☐ Superior completo☐ Médio completo ☐ Superior incompleto

Profissão: _____ Ocupação: _____

Estado civil: ☐ Casado ou união estável / amasiado ☐ Viúvo☐ Desquitado ou separado ☐ Solteiro☐ Divorciado

Local de Residência:

☐ Município de São Paulo. Região: ☐ Centro ☐ Norte☐ Sul ☐ Leste ☐ Oeste☐ Grande São Paulo. Qual: _____☐ Outro estado. Qual: _____**2) Condições Clínicas**Patologias de base: ☐ HAS ☐ DM☐ Distúrbios respiratórios. Qual(is): _____☐ Distúrbios Cardio-circulatório. Qual(is): _____☐ Alterações no estado mental ou neurológicas.

Qual(is): _____

☐ Outras. Qual(is): _____

3) Histórico Cirúrgico

Data de implante da prótese primária: ____/____/____

Data internação ____/____/____ Data Alta ____/____/____

Diagnóstico médico (indicação da prótese): () Artrite Reumatóide

() Artrite Reumatóide Juvenil

() Luxação congênita do quadril

() Fratura(s). Especificar: _____

() Osteoartrose de quadril: _____

() Outros. Especificar: _____

Cirurgias prévias de quadril: () Não

() Sim. Qual: _____ Data: ____/____/____

ASA () I () II () III () IV () V

Internação na UTI: () Não

() Sim. Tempo de permanência: _____

Tipo de Prótese: () ATQ () APQ () *Resurfacing*

Uso de cimento ortopédico () Sim () Não

Uso de enxerto ósseo: () Sim () Não

Prevenção de Trombose Venosa Profunda (TVP): () Sim () Não

Diagnóstico de TVP pós-cirúrgico: () Sim () Não

4) Dados referentes a Revisão da Prótese

Indicação de Revisão da Prótese (diagnóstico médico):

() dor moderada

() dor importante

() limitação de momentos/atividades

() discrepância de Membros Inferiores (MMII). _____ cm.

() fratura. () periprótese

() outras. Especificar: _____

() luxação da prótese. Provável causa (justificada na evolução médica):

☐ soltura de componente. ☐ acetabular

☐ femoral

☐ Infecção

☐ Outros. Especificar: _____

Data Internação: __/__/__ Data cirurgia: __/__/__ Data alta: __/__/__

Tempo cirúrgico: _____ minutos.

ASA: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Internação na SEMI/UTI pós cirurgia ☐ Não

☐ Sim. Permanência (dias): _____

Tipo de prótese/espaçador: ☐ ATQ ☐ APQ

Espaçador ☐ primeiro tempo

☐ segundo tempo

☐ terceiro tempo

Uso de cimento ortopédico ☐ Sim ☐ Não

Uso de enxerto ósseo: ☐ Sim ☐ Não

Prevenção de Trombose Venosa Profunda (TVP): ☐ Sim ☐ Não

Diagnóstico de TVP pós-cirúrgico: ☐ Sim ☐ Não

Antibiótico Profilático: ☐ Não

☐ Sim. Especificar: _____

Infecção diagnosticada através de cultura: ☐ Não

☐ Sim. Agente Isolado: _____

Local e data: _____, _____

Assinatura do Pesquisador (mestrando)

Anexos

ANEXO A **ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 28 de abril de 2006.

Ilm.^a Sr.^a**Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Mancussi e Faro**Ref.: Processo nº 544/2006/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE O PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS COM LUXAÇÃO DE PRÓTESE DE QUADRIL APÓS ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Cesar da Silva Leite

ANEXO B

São Paulo, 09 de maio de 2006.

Ilm^a Sr^a

Ivany Aparecida Nunes

Diretora da Divisão de Enfermagem do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IOT – HCFMUSP)

Prezada Senhora,

Vimos por meio desta solicitar a sua colaboração no sentido de ser o profissional pesquisador responsável do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo junto ao projeto de pesquisa intitulado: **Estudo retrospectivo sobre o perfil clínico e epidemiológico de idosos com luxação de prótese de quadril após artroplastia total de quadril**, do mestrando César da Silva Leite e orientado pela profa Dra Ana Cristina Mancussi e Faro.

O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, conforme cópia anexa e a pesquisa está ligada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP.

Segue em anexo cópia do projeto para apreciação de Vossa Senhoria.

Desde já agradecemos a atenção dispensada.

César da Silva Leite

Dra. Ana Cristina Mancussi e Faro

Ivany Aparecida Nunes
Dir. Tcc. de Divisão de Saúde
Matr. 22.507 - Coren: 16.635
Divisão de Enf. IOT

ANEXO C

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COMISSÃO CIENTÍFICA

Memo/CC-DOT/52/2006

São Paulo, 26 de junho de 2006.

Ilma. Sra.
Profª. Dra. Ana Cristina Mancussi e Faro
Orientadora

*Ref: Protocolo de Pesquisa nº 544/2006 da Escola de
Enfermagem da USP, intitulado “Estudo retrospectivo sobre
o perfil clínico e epidemiológico de idosos com luxação de
próteses de quadril após artroplastia total de quadril”.*

Pesquisador Executante: César da Silva Leite

Pesquisadora Responsável: Ivany Aparecida Nunes

*A Comissão Científica do Departamento de Ortopedia e
Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo **analisou e
aprovou**, em reunião de 23/06/2006, a solicitação para coletar em prontuários do IOT.*

Atenciosamente,

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Alberto Tesconi Croci', is written over a circular stamp.

*Prof. Alberto Tesconi Croci
Presidente
Comissão Científica – DOT*