



# GT OPME PROTOCOLOS

Rio de janeiro, 08 de março de 2016

# GT OPME ANS e ANVISA

Recomendação do Item 121 do Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais - GTIOPME, instituído pela Portaria Interministerial nº 38, de 08 de janeiro de 2015.

- Portarias nº 1, de 26 de fevereiro de 2016, nº 7 de 5 de novembro de 2015 e nº 6, de 29 de outubro de 2015
  - Realizar, no âmbito da ANS, o acompanhamento e o gerenciamento da implementação do conjunto de propostas definidas no Relatório Final do GTIOPME.
  - Grupo composto por instituições inscritas voluntariamente após divulgação de convite a todas as instituições que compõem a Câmara de Saúde Suplementar e demais representantes do setor.

# GT OPME ANS e ANVISA

➤ Compete ao GTE OPME ANS:

- Coordenar a articulação com as demais diretorias da ANS em relação ao tema “Dispositivos Médicos Implantáveis”;
- Avaliar estudos e pesquisas sobre o tema;
- Discutir políticas regulatórias relativas ao tema;
- Elaborar propostas de opções regulatórias em relação ao tema; e
- Encaminhar à Diretora de Desenvolvimento Setorial o resultado dos trabalhos.

# GT OPME ANS e ANVISA

- Subgrupos para tratar assuntos específicos:
  - 1- GMDN e TUSS – reunião realizada em 04/03/2016
  - 2- TUSS x DUT – reunião agendada para 11/03/2016 – manhã
  - 3- Entendimentos divergentes – reunião agendada para 11/03/2016 – tarde
  - 4- Protocolos – reunião agendada para 08/03/2016 – manhã
  - 5- Transposição de tabela e modelos de remuneração - reunião agendada para 08/03/2016 – tarde
  - 6- Sistema de informação para o monitoramento do mercado de DMI - reunião agendada para 17/03/2016 – tarde – na ANVISA

# GT OPME – protocolos

- Objetivos do subgrupo:
  - Analisar protocolos existentes e propor modelo de protocolo;
  - Definir as prioridades para a elaboração dos protocolos;
  - Elaborar propostas de protocolos;
  - Encaminhar proposta de modelo de protocolo e protocolos elaborados para o GT.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados - ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE 2016**

## **42. IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)**

1. Cobertura obrigatória para pacientes com FEVE  $\leq 35\%$ , ritmo sinusal, com expectativa de vida de pelo menos 1 ano, em tratamento clínico otimizado, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. CF II, III ou IV ambulatorial, com BRE completo e QRS  $\geq 120$  ms;
- b. CF III ou IV ambulatorial, sem padrão de BRE, mas com QRS  $\geq 150$  ms.

2. Cobertura obrigatória para pacientes com FA permanente, FEVE  $\leq 35\%$ , CF III ou IV ambulatorial, em tratamento clínico otimizado, com expectativa de vida de pelo menos 1 ano, dependentes de marcapasso convencional (controle do ritmo  $\geq 95\%$ ) por ablação do nodo AV ou controle farmacológico do ritmo.

3. Cobertura obrigatória para pacientes com FEVE  $\leq 35\%$ , com indicação formal de implante ou troca de marcapasso para controle de pelo menos 40% do ritmo, com expectativa de vida de pelo menos 1 ano e Classe Funcional III ou IV em tratamento clínico otimizado.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados - ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE 2016**

## **44. IMPLANTE DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO**

1. Cobertura obrigatória, conforme indicação do médico assistente, para pacientes com perda auditiva condutiva ou mista unilateral quando preenchidos todos os seguintes critérios:
  - a. má formação congênita ou condições anatômicas ou infecciosas de orelha média e/ou externa que impossibilite adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI);
  - b. com gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz;
  - c. limiar médio melhor que 60 dB para via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz na orelha a ser implantada;
  - d. índice reconhecimento de fala em conjunto aberto maior que 60 % em monossílabos sem aparelho de amplificação sonora individual (AASI).

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados - ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE 2016**

## **44. IMPLANTE DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO (continuação)**

2. Cobertura obrigatória, conforme indicação do médico assistente, para pacientes com perda auditiva condutiva ou mista bilateral quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. má formação congênita ou condições infecciosas de orelha média e/ou externa que impossibilite adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI);
- b. mom gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz;
- c. limiar médio melhor que 60 dB para via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz em ambas orelhas;
- d. índice de reconhecimento de fala em conjunto aberto maior que 60 % em monossílabos sem aparelho de amplificação sonora individual (AASI);
- e. a diferença interaural entre as médias dos limiares por via óssea de 0,5, 1, 2 e 3kHz não deve exceder a 10 dB e ser menor que 15 dB em todas as frequências.



# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados - ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE 2016**

## **44. IMPLANTE DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO (continuação)**

3. Cobertura obrigatória, conforme indicação do médico assistente, para paciente com perda auditiva neurosensorial unilateral de grau profundo para estimulação transcraniana de orelha contralateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

- a. perda auditiva neurosensorial de grau profundo em orelha a ser implantada;
- b. limiares normais na orelha contralateral.

4. Cobertura obrigatória do processador de som adaptado a uma faixa (banda elástica) para crianças pequenas ou pacientes com espessura da calota craniana que impede a colocação do pino, enquanto a cirurgia ainda não pode ser realizada, desde que cumpridos os itens 1 ou 2 ou 3.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados - ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE 2016**

## **44. IMPLANTE DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO (continuação)**

### Referências Bibliográficas:

1. Priwin C, Jönsson R, Hultcrantz M, Granström G. BAHA in children and adolescents with unilateral or bilateral conductive hearing loss: a study of outcome. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71: 135-45. PMID: 17092570.
2. Van der Pouw KT, Snik AF, Cremers CW. Audiometric results of bilateral boneanchored hearing aid application in patients with bilateral congenital aural atresia. *Laryngoscope* 1998; 108 (4 Pt 1): 548-53.
3. Priwin C, Stenfelt S, Granström G, Tjellström A, Håkansson B. Bilateral boneanchored hearing aids (BAHAs): an audiometric evaluation. *Laryngoscope* 2004; 114: 77-84. PMID: 14709999.
4. Bosman AJ, Snik AF, van der Pouw CT, Mylanus EA, Cremers CW. Audiometric evaluation of bilaterally fitted bone-anchored hearing aids. *Audiology* 2001; 40: 158-67.
5. Priwin C, Stenfelt S, Edensvard A, Granström G, Tjellström A, Håkansson B. Unilateral versus bilateral bone-anchored hearing aids (BAHAs). *Cochlear Implants Int* 2005; 6 Suppl 1: 79-81. PMID: 18792368.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados - ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE 2016**

## **44. IMPLANTE DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO (continuação)**

Referências Bibliográficas:

6. Dutt SH, McDermot AL, Burrell SP, Cooper HR, Reid AP, Proops DW. Patient satisfaction with bilateral oneanchored hearing aids: the Birmingham experience. *J Laryngol Otol Suppl* 2002; 28: 37—46.
7. Kunst SJ, Leijendeckers JM, Mylanus EA, Hol MK, Snik AF, Cremers CW. Boneanchored hearing aid system application for unilateral congenital conductive hearing impairment: audiometric results. *Otol Neurotol* 2008; 29: 2–7.
8. Evans AK, Kazahaya K. Canal atresia: "surgery or implantable hearing devices? The expert's question is revisited". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71: 367-74. PMID: 17196671.
9. Fuchsmann C, Tringali S, Disant F, Buiret G, Dubreuil C, Froehlich P, Truy E. Hearing rehabilitation in congenital aural atresia using the bone-anchored hearing aid: audiological and satisfaction results. *Acta Otolaryngol* 2010; 24. PMID: 20735185.
10. NHS Commissioning Board Clinical Commissioning Policy: Bone Anchored Hearing Aids First published: April 2013. Disponível em: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/04/d09>

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

**PORTARIA Nº 1.370, de 30 de dezembro de 2015.**

Aprova normas de autorização de prótese total de joelho e de prótese total de quadril híbrida.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso das atribuições,

Considerando a necessidade de se estabelecerem sobre o uso de órteses e próteses ortopédicas no Brasil e normas para a sua autorização;

Considerando o Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (GTI-OPME), instituído pela Portaria Interministerial Nº 38, de 8 de janeiro de 2015; e

Considerando a avaliação técnica da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS), resolve:

Art. 1º Ficam aprovadas, na forma dos anexos, disponíveis no sítio: [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas), as normas de autorização de prótese total de joelho e de prótese total de quadril híbrida.

Parágrafo único. As normas de que o caput contém as bases técnicas e os critérios de autorização de prótese total de joelho e de prótese total de quadril híbrida e devem ser utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALBERTO BELTRAME

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

**PORTARIA Nº 1.370, de 30 de dezembro de 2015.**

## **Anexo I - AUTORIZAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL DE JOELHO - BASES TÉCNICAS**

1) A tomada de decisão para o emprego de uma prótese total do joelho depende da presença de destruição da superfície articular do joelho, caracterizada pela degeneração da cartilagem articular, que pode ser decorrente da artrose primária, artrose pós-traumática, artrose decorrente de doenças reumáticas ou metabólicas, osteonecrose do joelho e desvios angulares dos membros inferiores.

2) O procedimento de artroplastia total do joelho é a melhor opção de tratamento para os casos de artrose avançada, pois propicia a melhora da função, diminuição da dor e consequente melhoria da qualidade de vida do paciente. Este procedimento está indicado em pacientes com faixa etária entre 55 e 85 anos de idade, com artrose avançada (graus de Ahlbäck II, III e IV - vide o Apêndice), que apresentem condições clínicas satisfatórias para suportar o procedimento cirúrgico.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

**PORTARIA Nº 1.370, de 30 de dezembro de 2015.**

## **Anexo I - AUTORIZAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL DE JOELHO - BASES TÉCNICAS**

3) O tratamento da artrose do joelho primária ou secundária deverá ser inicialmente conservador com emprego de analgésicos e medidas fisioterápicas com reforço muscular e manutenção do arco do movimento articular. Quando sintomática, com dor e limitação funcional, associada a um quadro radiológico que evidencie diminuição do espaço articular, sugestivo da degeneração cartilaginosa, devidamente documentado em prontuário, e o paciente consentir com a realização do procedimento após ter sido esclarecido dos riscos e benefícios, indica-se a artroplastia. A indicação da cirurgia de artroplastia de joelho com colocação de prótese não tem uma indicação única, mas sim um conjunto de fatores associados ao grau de limitação funcional, imposta ao paciente pela dor e degeneração da articulação, documentada radiograficamente como exposto no item 2. A idade do paciente é um dos fatores a ser considerado, porém não impede a realização do procedimento.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

**PORTARIA Nº 1.370, de 30 de dezembro de 2015.**

## **Anexo I - AUTORIZAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL DE JOELHO - BASES TÉCNICAS**

4) O procedimento cirúrgico constará de uma ressecção óssea através de acesso anterior a articulação do joelho, com a implantação dos seguintes componentes:

- Um componente femoral metálico (cromo-cobalto), com estabilização (ressecção do ligamento cruzado posterior) ou sem estabilização (preservação do ligamento cruzado posterior) e superfície polida para a articulação com componente (inserto) tibial de polietileno de alto peso molecular;
- Um componente tibial metálico (cromo-cobalto);
- Um componente (inserto) tibial de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para encaixe no componente tibial metálico, com estabilização ou sem estabilização de acordo com o componente femoral utilizado;
- Um componente de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para substituição da superfície articular patelar; e
- 02 (duas) unidades de cimento ósseo sem antibiótico.

Observação: A literatura ortopédica suporta o emprego de prótese total de joelho com ou sem estabilização, porém, com relação à realização do procedimento cirúrgico, a prótese com estabilização tem sido mais utilizada devido ao balanço ligamentar ser mais previsível e reprodutível, principalmente por cirurgiões menos experientes.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

**PORTARIA Nº 1.370, de 30 de dezembro de 2015.**

## **Anexo I - AUTORIZAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL DE JOELHO - BASES TÉCNICAS**

5) As principais contraindicações para a realização deste procedimento são a seqüela de infecção, paciente com idade inferior a 55 anos, infecção aguda de outros sítios, pacientes acima de 85 anos de idade e pacientes com graves comorbidades clínicas que tornem a cirurgia um risco para a sua vida.

6) As principais complicações do emprego da artroplastia total do joelho são a infecção da prótese, necrose cutânea na incisão cirúrgica, trombose venosa profunda, afrouxamento asséptico dos componentes, fratura peri-protética, desgaste do polietileno e instabilidade ligamentar do joelho.



# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA PRÓTESE TOTAL DO JOELHO

1) A artroplastia total do joelho está indicada na artrose primária e secundária (Grau de Ahlbäck igual ou acima de II) e correlacionada aos seguintes códigos da CID 10:

M058	Outras artrites reumatóides soro-positivas	M172	Gonartrose pós-traumática bilateral
M059	Artrite reumatóide soro-positiva não especificada	M173	Outras gonartroses pós-traumática
M060	Artrite reumatóide soro-negativa	M174	Outras gonartroses secundárias bilaterais
M061	Doença de Still do adulto	M175	Outras gonartroses secundárias
M064	Poliartropatia inflamatória	M179	Gonartrose não especificada
M068	Outras artrites reumatóides especificadas	M190	Artrose primária de outras articulações
M069	Artrite reumatóide não especificada	M191	Artrose pós-traumática de outras articulações
M071	Artrite mutilante	M192	Outras artroses secundárias
M080	Artrite reumatóide juvenil	M210	Deformidade em valgo não classificada em outra parte
M083	Poliartrite juvenil (soro-negativa)	M211	Deformidade em varo não classificada em outra parte
M088	Outras artrites juvenis	M235	Instabilidade crônica do joelho
M089	Artrite juvenil não especificada	M241	Outros transtornos das cartilagens articulares
M100	Gota idiopática	M242	Transtornos de ligamentos
M101	Gota induzida por chumbo	M246	Ancilose articular
M102	Gota induzida por drogas	M256	Rigidez articular não classificada em outra parte
M103	Gota devida à disfunção renal	M870	Necrose asséptica idiopática do osso

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## **CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA PRÓTESE TOTAL DO JOELHO**

1) A artroplastia total do joelho está indicada na artrose primária e secundária (Grau de Ahlbäck igual ou acima de II) e correlacionada aos seguintes códigos da CID 10:

M104	Outra gota secundária	M871	Osteonecrose devida a drogas
M109	Gota, não especificada	M872	Osteonecrose devida a traumatismo anterior
M110	Doença por deposição de hidroxapatita	M873	Outras osteonecroses secundárias
M111	Condrocalcinose familiar	M878	Outras osteonecroses
M112	Outras condrocalcinoses	M879	Osteonecrose não especificada
M118	Outras artropatias especificadas por deposição de cristais	S724	Fratura da extremidade distal do fêmur
M119	Artropatia por deposição de cristais, não especificada	T841	Complicação mecânica de dispositivo de fixação interna de
M122	Sinovitevilonodular (pigmentada)	T842	Complicação mecânica de dispositivo de fixação interna de
M130	Poliartrite não especificada	T843	Complicação mecânica de outros dispositivos, implantes e
M131	Monoartrites não classificadas em outra parte	T844	Complicação mecânica de outros dispositivos, implantes e
M138	Outras artrites especificadas	T848	Outras complicações de dispositivos protéticos, implantes e
M139	Artrite não especificada	T849	Complicação não especificada de dispositivo protético,
M141	Artropatia por depósito de cristais em outras doenças	T871	Complicações de reimplante (de parte) de extremidade inferior
M142	Artropatia diabética	T931	Seqüelas de fratura do fêmur
M146	Artropatia neuropática	T932	Seqüelas de outras fraturas do membro inferior
		T933	Seqüelas de luxação, entorse e distensão do membro inferior

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA PRÓTESE TOTAL DO JOELHO

2) Procedimento principal e compatibilidades da prótese total de joelho na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses de Materiais Especiais do SUS:

0408050063	Artroplastia total primária joelho	
<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Qtde</b>
702030228	Componente femoral primário cimentado / fixação biológica	1
702030244	Componente patelar cimentado / fixação biológica	1
702030279	Componente tibial primário de polietileno	1
702030287	Componente tibial primário metálico cimentado / fixação biológica	1
702031380	Cimento s/ antibiótico	2

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## **CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA PRÓTESE TOTAL DO JOELHO**

### 3) Especificação e quantidade:

- 01 componente femoral metálico (cromo-cobalto), com estabilização (resseção do ligamento cruzado posterior) ou sem estabilização (preservação do ligamento cruzado posterior) e superfície polida para a articulação com o inserto tibial de polietileno de alto peso molecular;
- 01 componente tibial metálico (cromo-cobalto);
- 01 componente (inserto) tibial de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para encaixe no componente tibial metálico, com estabilização ou sem estabilização de acordo com o componente femoral utilizado;
- 01 componente de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para substituição da superfície articular patelar; e
- 02 unidades de cimento ósseo sem antibiótico.

4) A avaliação da prótese articular para substituição da função do joelho deverá considerar estudos prospectivos que comprovem, através de dados concretos, a sobrevida livre de novas cirurgias de revisão maior que 90% em 10 anos de pós-operatório. Encontram-se disponíveis em sítios eletrônicos específicos ou na literatura ortopédica os registros internacionais de artroplastias levados a cabo por instituições governamentais de alguns países, como, por exemplo, os registros britânico, australiano e escandinavos. Por serem estudos prospectivos e altamente inclusivos, mirando sempre o alvo de 100% de notificação com mecanismos de motivação para o preenchimento dos dados com cobertura nacional, são extremamente úteis como *benchmarking*.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## **CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA PRÓTESE TOTAL DO JOELHO**

5) Características essenciais da prótese:

- Tipo: prótese total de joelho cimentada com estabilização (técnica de ressecção do ligamento cruzado posterior) ou sem estabilização (técnica de preservação do ligamento cruzado posterior).
- Matéria prima: componente femoral metálico (cromo-cobalto); componente tibial metálico (cromo-cobalto); componente (inserto) tibial de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) para encaixe no componente tibial metálico; componente patelar de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) e cimento ósseo de polimetilmetacrilato sem antibiótico.

6) Procedimento eletivo não se aplicando o caráter de urgência.

7) Resultados dos exames que corroborem a indicação da prótese e procedimento solicitado: exame clínico associado a uma radiografia simples do joelho nas incidências ântero-posterior e perfil, com laudo radiológico evidenciando quadro de artrose, com diminuição do espaço articular.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## **ANEXO I - BIBLIOGRAFIA**

1. Ahlbäck S. Osteoarthritis of the knee. A radiographic investigation. *Acta Radiol Diagn.* 1968;(Suppl 277):7-72.
2. Keyes GW, Carr AJ, Miller RK, Goodfellow JW. The radiographic classification of medial gonarthrosis – Correlation with operation methods in 200 knees. *Acta Orthop Scand.* 1992;63(5):497-501.
3. Villardi AE, Mandarino M, Veiga LT. Avaliação da reprodutibilidade da classificação de Ahlbäck modificada para osteoartrose do joelho. *Rev Bras Ortop.* 2006;41(5):157-61.
4. Weir DJ, Moran CG, Pinder IM. Kinematic condylar total knee arthroplasty. 14-year survivorship analysis of 208 consecutive cases. *J Bone Joint Surg Br.* 1996 Nov;78(6):907-11.
5. Ranawat CS, Flynn WF Jr, Saddler S, Hansraj KK, Maynard MJ. Long-term results of the total condylar knee arthroplasty. A 15-year survivorship study. *Clin Orthop Relat Res.* 1993 Jan;(286):94-102.
6. Nafei A, Kristensen O, Knudsen HM, Hvid I, Jensen J. Survivorship analysis of cemented total condylar knee arthroplasty. A long-term follow-up report on 348 cases. *J Arthroplasty.* 1996 Jan;11(1):7-10.
7. Comfort T, Baste V, Froufe MA, Namba R, Bordini B, Robertsson O, Cafri G, Paxton E, Sedrakyan A, Graves S. International comparative evaluation of fixed-bearing non-posterior-stabilized and posterior-stabilized total knee replacements. *J Bone Joint Surg Am.* 2014 Dec 17;96 Suppl 1:65-72.
8. Argenson JN, Boisgard S, Parratte S, Descamps S, Bercovy M, Bonneville P, Briard JL, Brilhault J, Chouteau J, Nizard R, Saragaglia D, Servien E; French Society of Orthopedic and Traumatologic Surgery (SOFCOT). Survival analysis of total knee arthroplasty at a minimum 10 years' follow-up: a multicenter French nationwide study including 846 cases. [Orthop Traumatol Surg Res.](#) 2013 Jun;99(4):385-90.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## **ANEXO I - APÊNDICE**

Classificação de Ahlbäck (modificada por Keyes e Goodfellow)

Grau I – Redução do espaço articular.

Grau II – Obliteração do espaço articular.

Grau III AP – Desgaste do platô tibial < 5 mm perfil – parte posterior do platô intacta.

Grau IV AP – Desgaste de 5 a 10 mm do platô tibial perfil – extenso desgaste da margem posterior do platô tibial.

Grau V AP – Grave sub-luxação da tíbia perfil – subluxação anterior da tíbia >10mm.

Fonte: Traduzido de Ahlbäck S. Osteoarthritis of the knee. A radiographic investigation. Acta Radiol Diagn. 1968;(Suppl 277):7-72; Keyes GW, Carr AJ, Miller RK, Goodfellow JW. The radiographic classification of medial gonarthrosis – Correlation with operation methods in 200 knees. Acta Orthop Scand. 1992;63(5):497-501.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

**PORTARIA Nº 1.370, de 30 de dezembro de 2015.**

## **Anexo II - AUTORIZAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA – BASES TÉCNICAS**

- 1) Os fatores que influenciam na tomada de decisão para o emprego de uma prótese total do quadril híbrida são a fratura desviada do colo do fêmur em pacientes com idade superior a 65 anos e a presença de destruição da superfície articular do quadril, caracterizada pela degeneração da cartilagem articular, que pode ser decorrente da artrose primária, artrose pós-traumática, artrose decorrente de doenças reumáticas, osteonecrose da cabeça do fêmur e desvios angulares do terço proximal do fêmur.
- 2) Este procedimento está indicado em pacientes com faixa etária entre 40 e 85 anos de idade, com artrose incapacitante e que apresentem condições clínicas satisfatórias para suportar o procedimento cirúrgico.
- 3) Os pacientes com idade abaixo de 40 anos portadores de degeneração articular ou fratura do colo femoral com indicação de artroplastia total do quadril deverão ser encaminhados para centros de tratamento especializado em cirurgia do quadril.
- 4) O tratamento da artrose do quadril deverá ser inicialmente conservador com emprego de tratamento medicamentoso e medidas fisioterápicas com reforço muscular e manutenção do arco do movimento articular.



# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

**PORTARIA Nº 1.370, de 30 de dezembro de 2015.**

## **Anexo II - AUTORIZAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA – BASES TÉCNICAS**

5) A artroplastia total do quadril está indicada quando existir dor e limitação funcional, associada a quadro radiológico que evidencie diminuição do espaço articular, sugestivo da degeneração cartilaginosa do quadril, e o paciente consentir com a realização do procedimento após ter sido esclarecido dos riscos e benefícios.

6) Nos casos de fratura do colo do fêmur desviada (graus de Garden III e IV), em que há grande risco de falha da osteossíntese ou necrose da cabeça femoral, a artroplastia total híbrida do quadril está indicada como procedimento de urgência.

7) O procedimento cirúrgico consta da ressecção óssea da cabeça e parte do colo femoral e do preparo da cavidade acetabular, com a implantação dos seguintes componentes:

- Um componente femoral metálico (cromo-cobalto) modular cimentado, cônico, com superfície polida e possibilidade de encaixe de centralizador da haste femoral;
- Um centralizador da haste femoral;
- Um restritor de cimento ósseo para pressurização dentro do canal femoral;
- Um componente cefálico metálico com disponibilidade de diâmetros 22, 28 ou 32 mm cromo-cobalto);
- Um componente acetabular metálico em liga de titânio com fixação biológica e com orifícios para permitir a colocação de parafusos;

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

**PORTARIA Nº 1.370, de 30 de dezembro de 2015.**

## **Anexo II - AUTORIZAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA – BASES TÉCNICAS**

7)

- Um componente (inserto) de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) com elevação da borda posterior para encaixe no componente acetabular metálico;
- Até 03 (três) parafusos, feitos de titânio ou liga de titânio, para fixação do componente acetabular metálico; e
- 01 (uma) unidade de cimento ósseo sem antibiótico;

8) A artroplastia total híbrida do quadril é a melhor opção de tratamento para os casos de artrose avançada e nas fraturas citadas anteriormente, pois propicia a melhora da função, diminuição da dor e consequente melhoria da qualidade de vida do paciente.

9) As principais contraindicações para a realização deste procedimento são a infecção osteoarticular ativa local, paciente com idade inferior a 40 anos, infecção aguda de outros sítios, pacientes acima de 85 anos de idade e pacientes com comorbidades clínicas que tornem a cirurgia um risco para a sua vida.

10) As principais complicações do emprego da artroplastia total do quadril híbrida são a infecção no sítio cirúrgico, eventos tromboembólicos, afrouxamento asséptico dos componentes, fratura peri-protética, desgaste do polietileno, luxação da prótese e lesões neurovasculares.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA

1) A artroplastia total do quadril é compatível com os seguintes códigos da CID 10:

M058	Outras artrites reumatóides soro-positivas	M165	Outras coxartroses pós-traumáticas
M059	Artrite reumatóide soro-positiva não especificada	M166	Outras coxartroses secundárias bilaterais
M060	Artrite reumatóide soro-negativa	M167	Outras coxartroses secundárias
M068	Outras artrites reumatóides especificadas	M169	Coxartrose não especificada
M069	Artrite reumatóide não especificada	M870	Necrose asséptica idiopática do osso
M080	Artrite reumatóide juvenil	M871	Osteonecrose devida a drogas
M081	Espondilite ancilósante juvenil	M872	Osteonecrose devida a traumatismo anterior
M082	Artrite juvenil com início sistêmico	M873	Outras osteonecroses secundárias
M083	Poliartrite juvenil (soro-negativa)	M878	Outras osteonecroses
M084	Artrite juvenil pauciarticular	M879	Osteonecrose não especificada
M088	Outras artrites juvenis	M966	Fratura de osso subsequente a implante ortopédico, prótese articular ou placa óssea
M089	Artrite juvenil não especificada	M968	Outros transtornos osteomusculares pós-procedimentos
M109	Gota, não especificada	S720	Fratura do colo do fêmur
M122	Sinovite vilonodular (pigmentada)	T841	Complicação mecânica de dispositivo de fixação interna de ossos dos membros
M130	Poliartrite não especificada	T842	Complicação mecânica de dispositivo de fixação interna de outros ossos
M131	Monoartrites não classificadas em outra parte	T843	Complicação mecânica de outros dispositivos, implantes e enxertos ósseos
M160	Coxartrose primária bilateral	T844	Complicação mecânica de outros dispositivos, implantes e enxertos ortopédicos internos
M161	Outras coxartroses primárias	T848	Outras complicações de dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos
M162	Coxartrose bilateral resultante de displasia	T849	Complicação não especificada de dispositivo protético, implante e enxerto ortopédicos internos
M163	Outras coxartroses displásicas	T931	Seqüelas de fratura do fêmur
M164	Coxartrose bilateral pós-traumática	T933	Seqüelas de luxação, entorse e distensão do membro inferior

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA

2) Procedimento principal e compatibilidades da prótese total de quadril híbrida na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses de Materiais Especiais do SUS:

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Qtd</b>
0408040092	Artroplastia total primária do quadril híbrida	
702030074	centralizador para componente femoral cimentado modular	1
702031380	cimento s/ antibiótico	1
702030104	componente acetabular metálico de fixação biológica primaria	1
702030139	componente cefálico p/ artroplastia total do quadril	1
702030210	componente femoral não cimentado modular primário	1
702030597	componente acetabular de polietileno p/ componente metálico	1
702030767	parafuso p/ componente acetabular	1
702031259	restritor de cimento femoral	1

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## **CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA**

### 3) Especificação e quantidade:

- 01 (um) componente femoral metálico (cromo-cobalto) modular cimentado, cônico, com superfície polida com possibilidade de encaixe de centralizador da haste;
- 01 (um) centralizador da haste;
- 01 (um) restritor de cimento ósseo para pressurização dentro do canal femoral;
- 01 (um) componente cefálico metálico de diâmetro 22, 28 ou 32 mm (cromo-cobalto);
- 01 (um) componente acetabular metálico em liga de titânio com fixação biológica e com orifícios para permitir a colocação de parafusos;
- 01 (um) componente (inserto) acetabular de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) com elevação da borda posterior para encaixe no componente acetabular metálico;
- até 03 (três) parafusos de titânio ou liga de titânio para fixação do componente acetabular metálico; e
- 01 (uma) unidade de cimento ósseo sem antibiótico.

4) Em casos de extrema fragilidade óssea, será possível substituir o componente acetabular metálico em liga de titânio com fixação biológica e o inserto acetabular de polietileno de alto peso molecular (UHMWPE) com elevação da borda posterior por: 01 (um) componente acetabular de polietileno de alto peso molecular cimentado e 01 (uma) unidade de cimento ósseo sem antibiótico. A artrodese do quadril não está indicada em situações de extrema fragilidade óssea.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## **CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA**

5) A avaliação da prótese articular para substituição da função do quadril deverá considerar estudos prospectivos que comprovem, através de dados concretos, a sobrevida livre de novas cirurgias de revisão maior que 95% em 10 anos de pós-operatório. Encontram-se disponíveis em sítios eletrônicos específicos ou na literatura ortopédica os registros internacionais de artroplastias levados a cabo por instituições governamentais de alguns países, como, por exemplo, os registros britânico, australiano e escandinavos. Por serem estudos prospectivos e altamente inclusivos, mirando sempre o alvo de 100% de notificação com mecanismos de motivação para o preenchimento dos dados com cobertura nacional, são extremamente úteis como *benchmarking*.

6) A artroplastia total do quadril é procedimento eletivo, não se aplicando o caráter de urgência, exceto em casos de fratura do colo femoral desviada (CID 10: S72.0) de grau de Garden III ou IV, que deve seguir protocolo de tratamento específico.

7) Resultados dos exames que corroborem a indicação da artroplastia e o procedimento solicitado: exame clínico associado a radiografias simples nas incidências ântero-posterior e perfil da bacia incluindo o terço proximal dos fêmures, com laudo radiológico evidenciando quadro de artrose ou fratura do colo do fêmur desviada.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## ANEXO II – BIBLIOGRAFIA

1. Campbell, Willis C, S. T Canale, e James H Beaty. *Campbell's Operative Orthopaedics*. Philadelphia, PA: Elsevier/Mosby, 2013.
2. Callaghan, J.J., A.G. Rosenberg, e H.E. Rubash. *The Adult Hip*. The Adult Hip. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
3. Pivec, Robert, Aaron J Johnson, Simon C Mears, e Michael A Mont. "Hip Arthroplasty". *The Lancet* 380, no 9855 (novembro de 2012): 1768–77. doi:10.1016/S0140-6736(12)60607-2.
4. Singh, Jasvinder A. "Epidemiology of Knee and Hip Arthroplasty: A Systematic Review §". *The Open Orthopaedics Journal* 5, no 1 (16 de março de 2011): 80–85. doi:10.2174/1874325001105010080.
5. NIH Consensus Statement. "Total Hip Replacement". *National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement* 12, no 5 (setembro de 1994): 1–31.
6. Learmonth, Ian D, Claire Young, e Cecil Rorabeck. "The Operation of the Century: Total Hip Replacement". *The Lancet* 370, no 9597 (outubro de 2007): 1508–19. doi:10.1016/S0140-6736(07)60457-7.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## **ANEXO II – APÊNDICE**

### Classificação de Garden

Grau I – Fratura incompleta ou impactada (alinhamento valgo; face lateral do colo femoral impactada contra a cabeça; ângulo trabecular aumentado).

Grau II - Fratura completa sem desvio (sem impactação ou alteração do ângulo trabecular).

Grau III - Fratura completa com desvio parcial (com certa continuidade dos fragmentos; desvio geralmente da cabeça em varo; diminuição do ângulo trabecular).

Grau IV - Fratura completa com grande desvio (total dissociação entre a cabeça e o colo femoral; a cabeça femoral tende a se realinhar com o acetábulo e as trabéculas compressivas primárias dos dois lados da articulação estão paralelas nos dois lados da articulação, com aparente restauração do ângulo trabecular).

Fontes: Susuki I. Fraturas e Luxações do Quadril no Adulto. In: Hebert S et al. Ortopedia e Traumatologia – Princípios e Prática. Porto Alegre. Artmed, 2009. 4ª edição. pp:1341-50; Skinner HB, McMahon. CURRENT Diagnóstico e Tratamento – Ortopedia. Porto Alegre. Artmed, 2015. 5ª edição. 672p.



# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – Ministério da Saúde**

## **ANEXO II – APÊNDICE**

### Classificação de Garden

Grau I – Fratura incompleta ou impactada (alinhamento valgo; face lateral do colo femoral impactada contra a cabeça; ângulo trabecular aumentado).

Grau II - Fratura completa sem desvio (sem impactação ou alteração do ângulo trabecular).

Grau III - Fratura completa com desvio parcial (com certa continuidade dos fragmentos; desvio geralmente da cabeça em varo; diminuição do ângulo trabecular).

Grau IV - Fratura completa com grande desvio (total dissociação entre a cabeça e o colo femoral; a cabeça femoral tende a se realinhar com o acetábulo e as trabéculas compressivas primárias dos dois lados da articulação estão paralelas nos dois lados da articulação, com aparente restauração do ângulo trabecular).

Fontes: Susuki I. Fraturas e Luxações do Quadril no Adulto. In: Hebert S et al. Ortopedia e Traumatologia – Princípios e Prática. Porto Alegre. Artmed, 2009. 4ª edição. pp:1341-50; Skinner HB, McMahon. CURRENT Diagnóstico e Tratamento – Ortopedia. Porto Alegre. Artmed, 2015. 5ª edição. 672p.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos – Ministério da Saúde**

**Marca-passos cardíacos implantáveis e ressincronizadores**

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – AMB - Projeto Diretrizes**

## **Artrose do Joelho: Tratamento Cirúrgico**

### **DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:**

Realizada pesquisa no MEDLINE, da biblioteca nacional de medicina dos Estados Unidos (U.S. National Library of Medicine), através da base de dados MeSH (Medical Subject Heading Terms). Utilizados os termos: “Knee Osteoarthritis”, “Knee Arthroplasty”, “Knee Replacement”, “Knee Surgery”, “Osteotomy”, “Postoperative Complications”, “Drainage”, “Patella” e “Posterior Cruciate Ligament”.

### **GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:**

**A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

**B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

**C:** Relatos de casos (estudos não controlados).

**D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

### **OBJETIVO:**

Estabelecer orientação, com aplicabilidade para a realidade brasileira, em pontos controversos relacionados à cirurgia para tratamento da artrose de joelho.

### **CONFLITO DE INTERESSE:**

Nenhum conflito de interesse declarado.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – AMB - Projeto Diretrizes**

## **Artrose do Joelho: Tratamento Cirúrgico**

### **INTRODUÇÃO**

A artrose ou osteoartrite do joelho é uma doença degenerativa articular, de etiologia primária ou secundária, que tem sua prevalência aumentada com o envelhecimento da população, assim como pela exposição do indivíduo jovem a situações de traumatismo articular. Esta situação é acentuada na pessoa com predisposição familiar. Apesar do avanço nos tratamentos conservadores, que envolvem medidas como mudança no estilo de vida, perda de peso, atividades físicas adequadas, fisioterapia, além do uso de medicamentos, como condroprotetores, analgésicos e antiinflamatórios, a progressão da artrose leva à perda progressiva da independência e da qualidade de vida do indivíduo. Hoje estão bem estabelecidos os benefícios de intervenções como cirurgias de alinhamento do tipo osteotomia e substituição articular do tipo artroplastia. No entanto, são pouco discutidas as evidências a respeito, assim como sua aplicabilidade à realidade brasileira.

Essa diretriz se propõe a analisar especificamente aspectos envolvendo a abordagem cirúrgica da artrose, a partir do formato de perguntas e respostas, tendo como base artigos com o maior nível de evidência disponível. Deve-se salientar que muitos outros aspectos relativos a esta doença podem ser analisados, e serão temas de futuras revisões.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – AMB - Projeto Diretrizes**

## **Artrose do Joelho: Tratamento Cirúrgico**

### **O QUE FAZER PARA UM PACIENTE COM ARTROSE DE JOELHO ENQUANTO ELE AGUARDA EM FILA DE ESPERA PELA ARTROPLASTIA, EM SERVIÇO PÚBLICO DE ALTA DEMANDA?**

A artroplastia total do joelho é um procedimento cirúrgico de alta complexidade, realizado, na maioria das vezes, em pacientes com idade acima de 65 anos ou portador de doenças inflamatórias. A dor e a dificuldade de deambulação são queixas frequentes e podem causar perda substancial na autonomia e na qualidade de vida dos pacientes. A espera pela cirurgia de artroplastia do joelho é penosa e desgastante para os pacientes em nosso país. Um programa de readaptação educacional e funcional para esses pacientes, enquanto aguardam a cirurgia, melhora a função do joelho e diminui o impacto negativo dessa situação<sup>1(A)</sup>. O programa consiste em exercícios para manter e melhorar o alongamento da musculatura do joelho, o arco de movimento e a função do joelho. Exercícios gerais para mobilizar outras articulações e alongamento do corpo, em geral, são também incluídos nesse programa.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – AMB - Projeto Diretrizes**

## **Artrose do Joelho: Tratamento Cirúrgico**

### **HÁ INDICAÇÃO DE ARTROSCOPIA PARA LAVAGEM OU DESBRIDAMENTO NA ARTROSE DO JOELHO?**

A artroscopia na cirurgia do joelho demonstrou ser procedimento diagnóstico e terapêutico de baixa morbidade. As cirurgias artroscópicas possibilitam a realização de procedimentos intraarticulares com mínima agressão à integridade e à função da articulação. Conseqüentemente, a reabilitação é rápida e descomplicada para o paciente, com baixo índice de complicações. A artroscopia na artrose do joelho poderia ser indicada em pacientes com artrose leve do joelho sem desvio de eixo. A eficácia da artroscopia nesta situação, envolvendo lavagem simples ou desbridamento da articulação, foi similar ao grupo placebo, na análise de alívio da dor e da função do joelho<sup>2(A)</sup>. Portanto, faltam evidências de que a artroscopia do joelho seja uma boa indicação no tratamento da artrose do joelho.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – AMB - Projeto Diretrizes**

## **Artrose do Joelho: Tratamento Cirúrgico**

### **QUAL A MELHOR INDICAÇÃO PARA A ARTROSE UNICOMPARTIMENTAL NO PACIENTE JOVEM, A OSTEOTOMIA OU A PRÓTESE UNICOMPARTIMENTAL?**

A artrose unicompartmental do joelho tem um histórico marcado por visões ortopédicas contraditórias. Os ortopedistas europeus são defensores da osteotomia e os americanos, da artroplastia. A artrose unicompartmental do joelho é uma situação em que devem ser analisados fatores como idade, arco de movimento, desvio de eixo, atividade e expectativa do paciente.

A artroplastia unicompartmental do joelho, em que seja utilizada prótese com desenho adequado e instrumentais de corte precisos, oferece melhor resultado de seguimento em longo prazo, quando comparada à osteotomia tibial proximal de subtração<sup>3</sup>(A).

### **QUAL A MELHOR TÉCNICA PARA A CIRURGIA DE OSTEOTOMIA DE REALINHAMENTO DO JOELHO VARO (ADIÇÃO OU SUBTRAÇÃO)?**

A osteotomia tibial proximal é indicada no paciente com artrose unicompartmental do joelho, com deformidade em varo e bastante ativo.

O objetivo da cirurgia é transferir a carga do compartimento comprometido para o outro compartimento e, com isso, adiar a artroplastia do joelho. Há inúmeras técnicas de osteotomia tibial proximal e diversos tipos de fixação. A técnica de osteotomia tibial proximal de subtração tem maior acurácia de correção do desvio com menor morbidade. Ambas as técnicas aliviam a dor e melhoram a função. A osteotomia de adição com placa de Puddu é associada a índice maior de complicações<sup>4</sup>(A).

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – AMB - Projeto Diretrizes**

## **Artrose do Joelho: Tratamento Cirúrgico**

### **DEVE SER UTILIZADO GARROTE PNEUMÁTICO DURANTE A CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO? EM CASO POSITIVO, COMO DEVE SER USADO?**

O garrote pneumático deve ser usado em cirurgias ortopédicas em geral, pois melhora a visibilização das estruturas anatômicas e, em muitos casos, reduz o tempo operatório. Devemos controlar o tempo de cirurgia para minimizar complicações, como neuropraxia, lesões vasculares, síndrome de compartimento, necrose de pele, entre outras. O garrote pneumático deve ser usado 100 mmHg acima da pressão sistólica do paciente<sup>5(A)</sup>. A liberação ou não do garrote pneumático não altera a perda sangüínea no pós-operatório de paciente submetido à artroplastia total do joelho<sup>6(A)</sup>. Devemos sempre utilizar material acolchoado e crepom na pele de pacientes com garrote pneumático para reduzir o risco de complicações cutâneas, sendo as vesículas as lesões de pele mais freqüentes<sup>7(A)</sup>.

### **HÁ DIFERENÇA ENTRE SE PRESERVAR OU SACRIFICAR O LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR NA CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO?**

Na artroplastia total do joelho, o fato de se sacrificar o ligamento cruzado posterior facilita o ato cirúrgico e a obtenção do equilíbrio ligamentar. No entanto, existe preocupação quanto ao resultado em longo prazo, assim como até que ponto a alteração na cinemática normal do joelho gerada pela retirada deste ligamento pode refletir na propriocepção e em funções como subir e descer escadas. Também deve ser considerado que a retirada do ligamento cruzado posterior geralmente cursa com maior retirada de osso tibial. Estudo com 143 pacientes demonstrou, após três anos de seguimento, não haver diferença significativa entre preservar, ou não, o ligamento cruzado posterior<sup>8(A)</sup>. Esta conclusão deve ser considerada apenas nos casos de artrose primária em pacientes com graus de deformidades leve a moderado, com flexo menor que 15º, varo menor que 20º, valgo menor que 15º.



# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – AMB - Projeto Diretrizes**

## **Artrose do Joelho: Tratamento Cirúrgico**

### **DEVE-SE FAZER A COLOCAÇÃO DO COMPONENTE PATELAR (RESURFACING) NA ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO?**

A colocação do componente patelar na artroplastia total do joelho, ação conhecida pelo termo em inglês “*resurfacing*”, tem como argumentos favoráveis o fato de ser tecnicamente simples, ter poucas complicações e menor incidência de dor anterior no joelho após a cirurgia. Por outro lado, não colocar o componente patelar evitaria complicações, como fratura da patela, soltura ou desgaste do componente. Após seguimentos de curto e médio prazo, inferiores a cinco anos, a colocação do componente patelar parece de fato diminuir a dor anterior no joelho, principalmente no paciente que é obrigado a usar freqüentemente escadas<sup>9(A)</sup>. Já em longo prazo, após 10 anos de seguimento, a colocação ou não da patela parece não influenciar no resultado funcional global<sup>10(A)</sup>. Deve ser considerado pelo cirurgião que, independentemente da colocação ou não deste componente, até cerca de 30% dos pacientes com prótese de joelho terão algum grau de desconforto anterior na articulação. Uma vez optando-se por não fazer o *resurfacing*, nova intervenção para se colocar o componente patelar tem incidência muito elevada de complicações, maior inclusive que a taxa de complicações quando da revisão de todos os componentes concomitantemente. Já no caso de se optar por colocar o componente primariamente, deve ser considerado que, no caso de existir dor anterior no pós-operatório, as opções de tratamento serão limitadas<sup>10(A)</sup>.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – AMB - Projeto Diretrizes**

## **Artrose do Joelho: Tratamento Cirúrgico**

### **HÁ NECESSIDADE DO USO DE DRENOS APÓS A CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO?**

A utilização de drenos após cirurgia de artroplastia total do joelho tem por objetivo prevenir a formação de hematomas, o que poderia interferir com a cicatrização da ferida, restringir mobilização e aumentar a incidência de dor e infecção. Sabe-se, no entanto, que os hematomas se formam independentemente da presença ou não de drenos e que estes são potenciais portas de entrada para bactérias, além de serem fonte de perda sangüínea, uma vez que o efeito de tamponamento fica reduzido. Estudo com 100 pacientes submetidos à artroplastia total cimentada de joelho não conseguiu evidenciar benefícios da utilização de dreno nesta cirurgia<sup>11(A)</sup>. Pelo contrário, observou aumento na dificuldade de mobilização pela enfermagem e maior perda sangüínea. Não há estudos que comprovem o benefício da utilização de drenos na cirurgia de artroplastia total de joelho, sendo coerente sua utilização em cirurgias sem a utilização de cimento ortopédico, onde o sangramento costuma ser em maior quantidade<sup>11(A)</sup>.

# GT OPME – protocolos

- **Protocolos publicados – AMB - Projeto Diretrizes**

## **Artrose do Joelho: Tratamento Cirúrgico**

### **REFERÊNCIAS**

1. Nuñez M, Nuñez E, Segur JM, Macule F, Quinto L, Hernandez MV, et al. The effect of an educational program to improve health-related quality of life in patients with osteoarthritis on waiting list for total knee replacement: a randomized study. *Osteoarthritis Cartilage* 2006;14:279-85.
2. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2002;347:81-8.
3. Stukenborg-Colsman C, Wirth CJ, Lazovic WD, Wefer A. High tibial osteotomy versus unicompartmental joint replacement in unicompartmental knee joint osteoarthritis. 7-10-year follow-up prospective randomised study. *Knee* 2001;8:187-94.
4. Brouwer RW, Bierma-Zeinstra SM, van Raaij TM, Verhaar JA. Osteotomy for medial compartment arthritis of the knee using a closing wedge or an opening wedge controlled by a Puddu plate. A one year randomized, controlled study. *J Bone Joint Surg Br* 2006;88:1454-9.
5. Ishii Y, Matsuda Y. Effect of tourniquet pressure on perioperative blood loss associated with cementless total knee arthroplasty: a prospective, randomized study. *J Arthroplasty* 2005;20:325-30.
6. Widman J, Isacson J. Surgical hemostasis after tourniquet release does not reduce blood loss in knee replacement: a prospective randomized study of 81 patients. *Acta Orthop Scand* 1999;70:268-70.
7. Olivecrona C, Tidermark J, Hamberg P, Ponzer S, Cederfjäll C. Skin protection underneath the pneumatic tourniquet during total knee arthroplasty: a randomized controlled trial of 92 patients. *Acta Orthop* 2006;77:519-23.
8. Clark CR, Rorabeck CH, MacDonald S, MacDonald D, Swafford J, Cleland D. Posterior- stabilized and cruciate-retaining total knee replacement: a randomized study. *Clin Orthop Relat Res* 2001;392:208-12.
9. Waters TS, Bentley G. Patellar resurfacing in total knee arthroplasty. A prospective, randomized study. *J Bone Joint Surg Am* 2003;85-A:212-7.
10. Campbell DG, Duncan WW, Ashworth M, Mintz A, Stirling J, Wakefield L, et al. Patellar resurfacing in total knee replacement: a ten-year randomized prospective trial. *J Bone Joint Surg Br* 2006;88:734-9.
11. Esler CN, Blakeway C, Fiddian NJ. The use of a closed-suction drain in total knee arthroplasty: a prospective randomised study. *J Bone Joint Surg Br* 2003;85:21

# GT OPME – protocolos

- Encaminhamentos do grupo

# Obrigado!

[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) | Disque ANS: 0800 701 9656



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS\\_reguladora](https://twitter.com/@ANS_reguladora)



[ansreguladora](https://www.youtube.com/ansreguladora)



[ans\\_reguladora](https://www.ans.gov.br)



Ministério da  
Saúde

