

11222
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE
MEDICINA DE REHABILITACION

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE O ESPONDILITIS ANQUILOSANTE CON ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA OPERADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEdia DE ENERO DE 1990 A AGOSTO DE 1996.

T E S I S

P R E S E N T A :

DRA. JULIA GARRILLO MOLINA

PARA OBTENER EL TITULO DE :

ESPECIALISTA EN MEDICINA DE REHABILITACION

PROFESOR TITULAR: DR. LUIS GUILLERMO IBARRA

MEXICO, D. INSTITUTO NACIONAL DE FEBRERO 1998

MEDICINA DE REHABILITACION
SUBDIRC. DE INGEN. E INVEST.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

267391



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

A mi hija Julia.

Gracias..
Porque con su presencia
hace que todo tenga sentido,
mas valor y sobretodo, un porque.
Con todo mi amor.

A mi Padre:

Gracias..
Por su ejemplo, cariño y consejos,
elementos indispensables en
mi formación.

A mi Madre:

Gracias..
Por su presencia amorosa,
desinteresada y bien dispuesta,
pero sobre todo por su apoyo
incondicional.

A mis hermanos: Alfonso, Amelia y Andrea.

Gracias..
Por su confianza, apoyo
y cariño, presente a pesar de la
distancia.

A mis Maestros:

Gracias por su disposición para
compartir sus conocimientos
y experiencia.

A todos mis compañeros y amigos:

Gracias por su compañía y apoyo

A los pacientes:

Gracias por su confianza, que nos reta
a descubrir nuestra ignorancia,
conocimiento y capacidad

INTRODUCCION :

Existe una gran gama de enfermedades reumáticas, las cuales son frecuentes en todo el mundo. De todas, la artritis reumatoide juvenil se puede presentar desde la infancia a la adolescencia, y la espondilitis anquilosante, que cuando se presenta, afecta a adultos jóvenes.

La artritis reumatoide juvenil se considera un síndrome de diversas etiología, caracterizado principalmente por inflamación periarticular de origen idiopático. La patogénesis tiene que ver directamente con procesos inmunoinflamatorios, que se presumen, se encuentran activados por antígenos externos, así como una evidente predisposición inmunogénica. El termino artritis reumatoide infantil, fue introducido por primera vez en la lengua inglesa por Greek en 1859, y posteriormente fue usado de manera común después de la primera Guerra Mundial en la segunda edición de el libro "The Diseases of Infancy and Childhood", publicado en 1922 por Emmett Holt, este autor personalmente utiliza los términos "Artritis atrófica y Enfermedad de Still. Coss y Boots en 1946 utiliza el termino Artritis Reumatoide infantil, ya que para estos autores es una entidad diferente de la Enfermedad de Still. Desde entonces se utiliza este termino de manera común.(1)

Por otro lado la espondilitis anquilosante es una enfermedad caracterizada por la presencia de degeneración de la articulación sacroiliaca bilateral y de la columna vertebral, esta enfermedad se encuentra directamente relacionada con la presencia de antígeno leucocitario B27. (2). Esta es una patología con una gran incidencia, las anomalías características se ha encontrado en momias egipcias que datan del año 2900 a.C. La descripción de los cambios esqueléticos propios de la espondilitis anquilosante fueron publicados en el siglo 17 de nuestra era. A partir de 1961 se realizo una correlación con los hallazgos clínicos y radiológicos para la clasificación de la espondilitis anquilosante, y para 1973 Schlosstein y colaboradores encontraron una incidencia mayor del 97% del HLA-B27 en estos pacientes, con lo que se logro realizar un diagnostico mas certero. Esta patología como ya se había mencionado es frecuente y se ha reportado una incidencia de 1/2000 en la población en general con mayor frecuencia en el sexo masculino con una relación de 7:1.(3).

Para 1986 el subcomité en clasificación de el Colegio Americano de Artritis Reumatoide Juvenil incluyen criterios para la clasificación de esta entidad, siendo

los siguientes: edad de aparición menor de los 16 años, presencia de artritis objetiva, duración de la inflamación por un periodo de 6 semanas, definición de la enfermedad en los primeros 6 meses ya sea poliarticular, pauciarticular u oligoarticular, y enfermedad sistémica, (1). Quedan así divididos en 3 subgrupos mayores. 1) ARJ pauciarticular en donde se encuentran involucradas 4 o menos articulaciones, esta a su vez se subdivide en 2 grupos; Tipo I, que ocurre primariamente en mujeres, y se encuentra asociada a iridociclitis, y es positiva a anticuerpos antinucleares. El Tipo II, que ocurre generalmente en hombres, con prueba de HLA B27 positiva y puede desarrollarse como espondilitis juvenil. El tipo poliarticular se puede dividir también en dos grupos, enfermedad con factor reumatoide negativo y con factor reumatoide positivo, esta ultima equivale clínica y genéticamente a la forma adulta de la enfermedad. El otro grupo de enfermedad articular reumática juvenil corresponde a la sistémica, que se caracteriza por presencia de fiebre y rash cutáneo.(4,5)

En lo que se refiere a la espondilitis anquilosante los criterios diagnósticos fueron revisados en una conferencia en Roma en 1963 y en 1966 en Nueva York se establecieron estos con una sensibilidad del 95%. Se basan en limitación de los arcos de movilidad en columna vertebral, dolor, cambios radiográficos en la articulación sacroiliaca y presencia de HLA-B27 positivos, generalmente se observa el inicio de la enfermedad en la 3a década de la vida, sin embargo se puede presentar desde antes. (6,7)

Como se había mencionado la artritis reumatoide juvenil se considera un síndrome, por lo tanto la etiología es variada. Se ha determinado un gran numero de anormalidades inmunológicas, como alteraciones en los anticuerpos antinucleares, la presencia de factor reumatoide, (I9S-IGM), así como elementos de complemento inmunitario. Recientes estudios han encontrado también posibles aberraciones en le sistema celular inmunitario, con un posible papel de las células mononucleares en la patogénesis de la enfermedad, por otro lado se sabe que las citoquinas juegan un papel mediador de la inflamación y regulador de la respuesta inmune, por lo tanto alteraciones de esas pueden tener influencia dentro de las causas de la enfermedad. Desde el punto de vista genético se ha aceptado que existe una susceptibilidad o predisposición en pacientes con antecedentes de ARJ, para todos los tipos de artritis reumatoide juvenil.(4). La espondilitis anquilosante es una de las patología reumáticas consideradas como seronegativas debido a que no se alteran las pruebas de lo que se realiza como perfil reumático. Como ya se menciona se encuentra directamente relacionada con el antígeno de histocompatibilidad HLA-B27, por lo que el factor genético es determinante, no se sabe cual pueda ser la causa desencadenante, se ha sugerido una relación estrecha con la presencia de enfermedades virales. (8).

Existe una gran cantidad de estudios en los que se trata de encontrar la causa específica de la artritis reumatoide del tipo juvenil y de la espondilitis anquilosante pero hasta la fecha, muchas de las teorías postuladas se encuentran aun en investigación. Debido a esto el tratamiento es básicamente paliativo, por lo tanto se debe de tratar a los pacientes con la mentalidad de mejorar su desarrollo físico y mental, para que así lleguen a tener una mejor calidad de vida.

En la artritis reumatoide juvenil la cadera rara vez se compromete de manera primaria, pero es usual su deterioro dentro del proceso de la enfermedad, esto se ha reportado de un 20 a 40% hasta el 63% de todos los casos de artritis reumatoide juvenil. Una vez que esta articulación ya se ha afectado, es muy dolorosa y una de las mayores causas de restricción funcional. (9,10,11).

El porcentaje de artrosis de la cadera en las espondilitis anquilosante se ha reportado que es de 21 a 31% de los casos y de estos el 90% es bilateral. Cuando los cambios degenerativos son severos la limitación funcional se encuentra comprometida de manera importante y es una de las principales causas de discapacidad en esta patología. (3,12).

La sinovitis crónica que se presenta en las caderas afectadas por estas patologías produce dolor, y esto lleva a espasmo de la musculatura propia de la articulación, esta situación de manera crónica hace que se presente contractas y posteriormente deformidades. Una vez que se ha presentado la deformidades se produce destrucción ósea y de estructuras ligamentarias, lo que a su vez lleva a una inestabilidad de la articulación, posteriormente evolucionan hacia la anquilosis.

La contractura de la articulación, puede producir incremento de la carga en áreas pequeñas del cartilago articular, esta degeneración mecánica del cartilago acelera la formación de panus. La destrucción del hueso subcondral y del margen articular lleva al colapso de las estructuras articulares y la necrosis avascular se puede presentar en estos casos, exacerbando la deformidad y limitación funcional. Todas estas situaciones producen de manera secundaria osteoporosis y debilidad muscular.

La sinovitis crónica se acompaña además de la presencia de anomalías de las fuerzas mecánicas y de su distribución. La edad en que el paciente presenta la enfermedad y la duración de esta son relevantes en el patrón de las anomalías que se desarrollarán en los componentes de la cadera. La

deformidad coxa magna, con valgo y anteversión del cuello femoral, es una de las más frecuentes llegándose a reportar hasta en un 50% de los casos, otra deformidad frecuentes es en varo del cuello femoral.

El desarrollo del acetábulo, se encuentra determinado en gran parte por el desarrollo de la cabeza y el cuello femoral. Una anteversión y valgo del cuello produce displacia acetabular y subluxación de la cadera, y puede llegar a la dislocación en algunos casos mas severos. La Coxa magna puede producir un acetábulo grande, pero insuficiente.

Los cambios erosivos en la cadera son comunes, y ocurren generalmente después de 4 años de que la cadera se ha comprometido, se presenta primero la disminución del espacio interarticular, con erosión del hueso subcondral y con la presencia de cavidades quísticas, posteriormente hay una progresiva protusión del acetábulo.

La isquemia de la cabeza se presenta frecuentemente de manera secundaria a un taponamiento de los vasos nutrientes desde la epífisis hacia la articulación y la cavidad sinovial.

La típica deformidad clínica de la cadera es en flexión, rotación interna y aducción. Esta deformidad a su vez hace que se incremente la lordosis de la columna lumbar y flexión de la rodilla, cuando se encuentra una artrosis en aducción se desarrolla además genu valgo, con rotación interna del pie y torsión tibial externa..

En estas dos entidades existe una hipervascularidad combinada con pobre desarrollo y uso de la extremidad, ya que en muchas ocasiones los pacientes han recibido terapia a base de glucocorticoides el hueso se encuentra, además severamente osteopénico.(10,13)

En la artritis reumatoide la deformidad de una cadera, produce una deformación secundaria acelerada en la cadera contralateral, la rodilla ipsilateral, así como de la columna lumbar. El fin de realizar algún procedimiento quirúrgico es con el evitar que evolucione con este tipo de secuelas. (10)

Los procedimientos de recambio articular de cadera son comunes en adultos, pero para pacientes jóvenes o niños no se cuenta con un criterio bien establecido. Muchos estudios ha demostrado excelentes resultados en mas del 90% de los adultos, Pero la durabilidad de la prótesis en pacientes que tiene una expectativa de vida de mas de 40 años, no se ha establecido. En la población adulta uno de los factores para la indicación de artroplastía es la edad, la decisión de realizar una artroplastía cementada o no se encuentra basada en las demandas esperadas de el paciente y de su longevidad.(14,15,16). Para el caso de pacientes jóvenes afectados con alguna enfermedad reumática existe varios procedimientos quirúrgicos que van desde la tenotomía, osteotomía hasta llegar a las artroplastía, los resultados que se ha obtenido de los primeros dos procedimientos no has sido del todo satisfactorios, y al parecer la artroplastía les puede ofrecer mejores resultados en cuanto a dolor, movilidad y estabilidad se refiere. (10,15)

Con los datos que se ha recopilado se puede entender que sin la intervención ortopédica muchos adolescentes o adultos jóvenes que cursan con artritis reumatoide juvenil o espondilitis anquilosante se encuentran confinados a permanecer en silla de ruedas, por lo que una de las metas del tratamiento debe de ser que los pacientes logren independencia en la capacidad de realizar la marcha, ya que esto les proporcionara la oportunidad de mejorar su calidad de vida, todo esto con el fin de lograr mayor perspectiva de superación personal para lograr así una integración a la sociedad.(15,16)

Se ha reportado en la literatura médica que las indicaciones para realizar recambio total de cadera en pacientes afectados con artritis reumatoide juvenil o espondilitis anquilosante es que el dolor no responda apropiadamente al tratamiento medicamentos, de terapia física, o si la destrucción articular es tan importante que no se puede ofrecer beneficio con otro tipo de procedimientos quirúrgicos. Generalmente cuando los pacientes llegan a esta situación se encuentra un gran compromiso en su estado funcional, y hablando de que son pacientes jóvenes, su desarrollo psicológico y social se encuentra muy comprometido, (10,14,17)

El beneficio de la artroplastía total de cadera, en pacientes con artritis reumatoide infantil se ha reportado desde 1976 por Charnley. Witt, Swann y Ansell realizaron un seguimiento en 54 pacientes con ARJ, con un total de 96 artroplastías de cadera, estos autores evaluaron al dolor, rango de movilidad, función, radiografías antes y después de la cirugía, con seguimiento de por lo menos 5 años. Todos los implantes se cementaron con metacrilato. Estos autores reportan que el 25% de las prótesis requirieron revisión quirúrgica

después de un promedio de 9.5 años de la cirugía primaria. Además de 17 caderas con datos radiográficos de profusión de los componentes. (18)

Para 1972 Arden de Inglaterra evaluó el resultado de 66 reemplazos totales de cadera en pacientes con artritis reumatoide juvenil o espondilitis anquilosante. Encontraron que 9 pacientes presentaron complicaciones tempranas como infección, fractura y luxación del componente femoral, las complicaciones tardías fueron profusión de copa, persistencia del dolor y formación de cavidades en 6 pacientes. Los autores enfatizan la importancia de lograr mas experiencia en pacientes jóvenes a quienes se les realiza artroplastía total de cadera a base de seguimiento, para obtener resultados a largo plazo.(19)

Por su parte Bisla y colaboradores reportaron una serie de reemplazos articulares de cadera realizados en pacientes menores de 30 años, 26 de 45 paciente tuvieron artritis reumatoide juvenil. Mas del 90% del grupo de los 45 pacientes presentaron buenos resultados en un periodo de 32,5 meses. En el Hospital de cirugía especial en la Ciudad de Nueva York, de 1971 a 1980 se estudiaron 62 artroplastías cementadas, en 34 pacientes con diagnóstico de ARJ. Se analizaron los De 1973 a 1979 Cage y colaboradores realizaron un seguimiento en 17 adolescentes con artritis reumatoide juvenil, a quienes se les realizo 29 artroplastías totales de cadera cementada. Evaluaron los resultados clínicos y radiográficos después de 11 años. Encontraron una mejoría evidente en la capacidad para realizar la marcha en 13 de estos pacientes en el primer año después de la cirugía. Pero a 11 años el 32 % presentaron datos de pérdida de la prótesis (15,20)

Para 1983 Dorr y colaboradores evaluaron el resultado de 108 prótesis de cadera, de pacientes menores de 45 años y a 5 años únicamente el 72% fue satisfactorio. Para los pacientes menores de 30 años los resultados fueron poco satisfactorios después de 3 años. Sin embargo estudiaron a pacientes con múltiples enfermedades, como osteonecrosis, osteoartritis, artritis reumatoide infantil, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica. De cualquier forma concluyeron que la artroplastía total de cadera en pacientes menores de 30 años presenta mucho mas fallas que en pacientes mayores de 45 años. (21).

En un estudio realizado por Ruddlestin en 1986 evalúa un total de 75 reemplazos articulares de cadera en 42 jóvenes con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil, con una edad promedio de 14.8 años. El autor realizo un seguimiento de 5.4 años en promedio. El dolor fue cuantificado, antes y después

de la cirugía, evaluó también la movilidad, marcha, crecimiento, desarrollo social y complicaciones. Encontró que a los 5 años de procedimiento 17 pacientes eran incapaces de realizar marcha, 10 de estos se permanecían confinados a silla de ruedas. Los autores concluyeron que el remplazo de la articulación de la cadera se debe de reservar solo para algunos casos, como en jóvenes que se encuentra muy limitados en sus capacidades físicas y en la habilidad para realizar marcha de manera independiente. (11)

Harris y Baum en 1988 realizaron una correlación entre el estado funcional y clínico con hallazgos radiográficos en pacientes menores de 45 años a quienes se les realizó artroplastía total de cadera. Encontraron que los pacientes en quienes el compromiso articular clínico y en placas de rayos X presentaron resultados poco satisfactorios en relación a su capacidad funcional después de una artroplastías total de cadera a corto plazo. (22)

Williams y McCoulough por su parte realizaron un seguimiento radiológico de las prótesis cementadas en 57 artroplastías de 34 adolescentes con Diagnóstico de ARJ. Encontraron una incidencia de perdida de 24.6% después de 5 años. (23)

Williams E. fue de los primeros en estudiar los resultados del recambio articular en pacientes con espondilitis anquilosante, Su seguimiento se baso en la presencia de dolor, Encontró que después de 10 años el 25% de los casos presentaron sintomatología o limitación de la movilidad. (2)

Posteriormente Walker, realizó un seguimiento en función de la capacidad de realizar marcha en 19 pacientes con espondilitis anquilosante a quienes se les realizó 29 artroplastías de cadera. Sus resultados fueron buenos a 4 años. (3)

En 1991, García, de una serie de 18 prótesis en 12 pacientes con espondilitis anquilosante, después de un seguimiento de 3.6 años encontró 33% de excelentes resultados y 44% fueron buenos. Sus conclusiones se basaron en la presencia de hallazgos clínicos(12)

Posterior a esto los estudios que se ha realizado relacionados a prótesis de cadera en pacientes con espondilitis anquilosante se han encaminado a determinar y prevenir la presencia de osificación heterotópica.(24,25,26).

La artroplastía total de cadera es uno de los mayores avances en el tratamiento del proceso inflamatorio crónico de esta articulación. La frecuencia de esta cirugía se ha incrementado rápidamente, en Finlandia en 1983 se realizaron

1,700 ATC, y para 1991 fueron cerca de 3,800. El 65% de los casos fueron para pacientes mayores de 65 años. Del resto en su mayoría fueron por artritis reumatoide juvenil o espondilitis anquilosante. Por este motivo se debe de realizar estudios de seguimiento, para determinar el valor terapéutico de este procedimiento.(27)

Los desordenes músculoesqueléticos son una de las principales causas de discapacidad en el mundo. En los Estados Unidos se ha estimado que el 1% del producto interno bruto se encuentra destinado a gastos para pacientes con algún grado de discapacidad por padecimientos musculares y/o esqueléticos. En 1990 cerca de 900,000 americanos causaron aproximadamente un gasto de 1,5 billones de dólares. De hecho el servicio de rehabilitación vocacional estatal y federal codifico los padecimientos articulares dependiendo del numero y localización de estas estructuras que se encuentran comprometidas. Si desde el punto de vista social ya se ha tratado de entender la importancia del estudio de estas enfermedades hay que tomar en cuenta que la calidad de vida de estos pacientes debe de ser lo mas óptima posible, mas aun cuando se encuentra recibiendo algún tipo de tratamiento. (28)

La calidad de vida se puede definir como el óptimo estado de funcionalidad mental, física y de rol social con que cuenta un individuo. En los pacientes con artritis reumatoide o espondilitis anquilosante es importante determinar la sensación de salud, estado de la enfermedad, dolor, y estado funcional. (29)

Rissanen determino la calidad de vida en estos pacientes evaluando la movilidad, capacidad para sentarse, dormir, vestirse, comer, comunicación, trabajo, participación social, dolor, depresión, y percepción de la enfermedad. Sin embargo, de las publicaciones revisadas, ninguna estudia directamente la calidad de vida en pacientes menores de 45 años con espondilitis anquilosante o artritis reumatoide juvenil a quienes se les halla realizado una artroplastía total de cadera (27,30)

Las escalas de medición de la calidad de vida son instrumentos utilizados para valorar los resultados de procedimientos terapéuticos y de la necesidad de otros servicios, esto incluye como los pacientes perciben el estado de la enfermedad, (como una perdida de la función, la cual se encuentra relacionado directamente con la mortalidad y la morbilidad de la enfermedad). Aparte de valorar el estado funcional propiamente físico, el estado psicológico, social y la

capacidad de realizar las actividades de la vida diaria deben de estar contempladas.

Estas escalas son importantes debido a que los reportes de mortalidad no reflejan la disfunción, discapacidad o algún tipo de limitación en la capacidad de realizar las actividades por parte de los pacientes. (31)

El objetivo de este estudio es determinar la calidad de vida de pacientes, con artritis reumatoide juvenil o con espondilitis anquilosante a quienes se les ha realizado artroplastía total de cadera en el Instituto Nacional de Ortopedia de enero de 1990 a agosto de 1996.

Es de esperarse que los pacientes con artritis reumatoide juvenil y espondilitis anquilosante a los que se les realiza artroplastía total de cadera, mejoren su calidad de vida, lo cual se debe ver reflejado en todas las esferas del individuo.

M E T O D O S :

Se realizo un estudio descriptivo. Para esto se localizaron los expedientes clínico de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con remplazo de cadera por artritis reumatoide juvenil o espondilitis anquilosante, obteniendo los datos del archivo clínico del Instituto Nacional de Ortopedia. Se incluyeron a todos los pacientes de ambos sexos, mayores de 16 años y menores de 45 años, que viven en la ciudad de México, o en la zona metropolitana, quienes por su padecimiento de fondo fueron candidatos a recambio de la articulación de cadera, con un mínimo de 6 meses de evolución después de la artroplastía, sin importar antecedentes de procedimientos quirúrgicos previos.

Una vez obtenidos los teléfonos y direcciones se citó a los pacientes para la aplicación del cuestionario AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales), en su versión en español el cual se encuentra validado por el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Este estudia 9 aspectos básicos del paciente y se tomaron las preguntas relacionadas a actividad social, depresión y angustia. Para la valoración del dolor, marcha, actividad física y actividades de cuidado personal se aplicaron las preguntas del cuestionario SF 36, el cual fue desarrollado por Dawson y colaboradores, específicamente para pacientes que han sido sometidos

a artroplastía total de cadera. Se aplicaron un total de 29 preguntas. Cada una tiene 5 posibles respuestas que van en orden progresivo. A cada respuesta se le dio un valor numérico del 1 al 5 en escala descendente en la que las respuesta de mayor independencia funcional o bienestar se el otorga en valor mínimo. (Ver anexo 1)

Las respuestas fueron modificadas para hacerlas lo mas claro posible. La calificación global se realiza haciendo la sumatoria del valor de cada pregunta, el resultado representa la calidad de vida del pacientes. La mejor calificación se representa con un valor total de 29 y la peor con un valor total de 145. Se clasificó la suma de los posibles resultados para determinar calificaciones de excelente, buena, regular, deficiente y pobre calidad de vida.

Una vez que se obtuvieron los cuestionarios, se agruparon las preguntas en relación a dolor, marcha, actividad física, actividades de cuidado personal, actividad social, depresión y angustia, para analizarla información se realizaron tablas y gráficas.

RESULTADOS :

En el Instituto Nacional de Ortopedia de enero de 1990 a agosto de 1996 se realizaron 66 artroplastías totales de caderas a pacientes menores de 45 años. 25 fueron por artritis reumatoide juvenil y 15 por espondilitis anquilosante, población que fue valorada en este estudio. De estos se excluyeron a 11 pacientes con artritis reumatoide juvenil por ser del interior de la república o por no se localizables debido a que cambiaron de domicilio, lo mismo sucedió con 6 pacientes con diagnostico de espondilitis anquilosante, por tanto e grupo de estudio se completo con 14 pacientes con artritis reumatoide juvenil y 9 con espondilitis anquilosante.

El grupo de pacientes con espondilitis anquilosante se constituyo de 9 pacientes con edad promedio de 22.8 años (media de 32 y rango de 21 a 35), con predominio en el sexo masculino.

Para el grupo de pacientes con artritis reumatoide juvenil la edad promedio fue de 30.3 años (media de 27.5 con edades de 20 a 45 años), con predominio del sexo femenino.

Los pacientes acudieron a este instituto por presentar dolor intenso, incapacitante, el cual no cedía a tratamiento farmacológico a base de antiinflamatorios no esteroides, con datos radiográficos de artrosis de cadera grado IV, todos los pacientes ingresaron a un programa de rehabilitación, que incluyó medios físicos, ejercicios de fortalecimiento muscular, básicamente para los músculos glúteos, así como ejercicios de estiramiento muscular, y se reeducación de la marcha con ayuda de bastón. A los pacientes que continuaron con sintomatología pese al tratamiento establecido, por lo que fueron candidatos para que se les realizara artroplastía total de cadera. Posterior a el procedimiento, se inició un programa de rehabilitación desde el primer día de postoperatorio, todos los pacientes fueron egresados en un periodo de 5 días, acudiendo a tratamiento rehabilitatorio por 4 semanas, De los pacientes del grupo que se estudio únicamente a 1 paciente se le realizo artroplastia cementada y a otro hibrida, el resto fueron todas no cementada. el 22.2% de los pacientes con espondilitis anquilosante fueron bilaterales, y el 21.4% de quienes tuvieron diagnostico de artritis reumatoide juvenil. 1 paciente con espondilitis anquilosante se le realizo además alargamiento de tendón de Aquiles mas capsulotomí a posterior por presentar deformidad estructurada en equino del pie izquierdo, y dos paciente con artritis reumatoide juvenil se les realizo además artroplastía total de rodilla izquierda.

Las complicaciones que se observaron fue datos de protusión de la prótesis en 2 pacientes, uno con espondilitis anquilosante y uno con artritis reumatoide juvenil, además una paciente con espondilitis anquilosante presento fractura del tercio inferior del fémur durante la inserción del componente femoral no cementado.

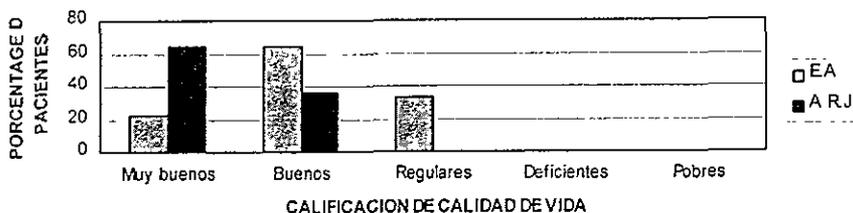
Una vez que se entrevistaron a los pacientes se les aplico el cuestionario antes mencionado, y posteriormente se realizo la sumatoria de cada respuesta. Se clasifico como muy bueno cuando el resultado fue de 29 a 51, bueno de 52 a74, regular de 75 a 97, deficiente de 98 a 120 y pobre de 121 a 145. Los resultados globales fueron para los pacientes con espondilitis anquilosante fueron muy buenos para el 22.2%, y buenos para en 55.5% y regulares para el 33.3%. Para los pacientes con artritis reumatoide juvenil fueron buenos para el 64.2% y regulares para el 37.7%. (tabla 1, gráfica 1)

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE O ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL POSTERIOR A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

Diagnostico	Muy buenos	Buenos	Regulares	Deficientes	Pobres
E A	22.2	64.3	33.3	0	0
A R J.	64.2	35.7	0	0	0

Tabla 1

CALIDAD DE VIDA GLOBAL EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE O ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL, POSTERIOR A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

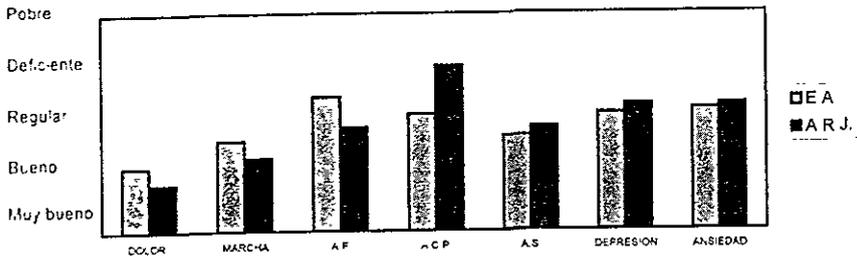


Gráfica 1

E A:= Espondilitis anquilosante.
A.R.J:= Artritis reumatoide juvenil

Como ya se había mencionado el valor de las respuestas va en orden respuestas va en orden progresivo, siendo la respuesta de menor valor numérico, la que representa la mejor calidad de los aspectos evaluados. Se realizó una promediación de cada respuesta en ambas patologías, por cada aspecto evaluado. En ningún aspecto se obtuvo calificación pobre, sin embargo es importante destacar que los aspectos con mejor calificación individual que se encontraron fueron en lo relacionado a dolor, seguido de la marcha, la peor fue en los aspectos de actividad física y actividades de cuidado personal. Llama la atención que en lo relacionado a actividad social, depresión, y ansiedad se obtuvieron resultados regulares en ambas patologías. (gráfica 2)

VALORES PROMEDIO DE BIENESTAR EN DIFERENTES ASPECTOS, POSTERIOR A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE O ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL



Gráfica 2

A F= actividad física.

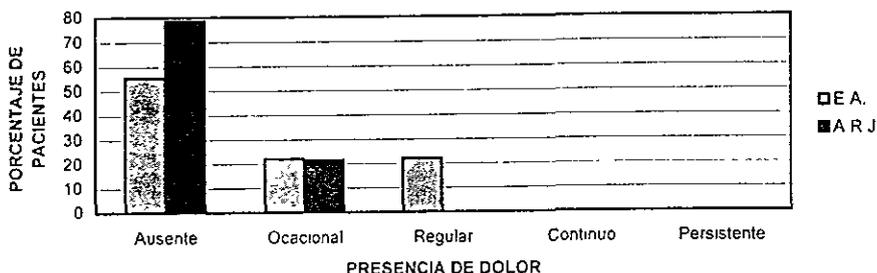
E.A.= espondilitis anquilosante.

ACP= actividades de cuidado personal. A.R.J.= artritis reumatoide juvenil.

AS= actividad social

Analizando cada uno de los elementos que se valora en el cuestionario podemos observar que en lo que respecta al dolor, el 55.5% de los pacientes con espondilitis anquilosante y el 78.5% con artritis reumatoide juvenil los resultados fueron muy buenos, en función de que mejoró su sintomatología después del implante sin que se obtuvieran resultados con calificaron de deficiente o pobre. (Gráfica 3).

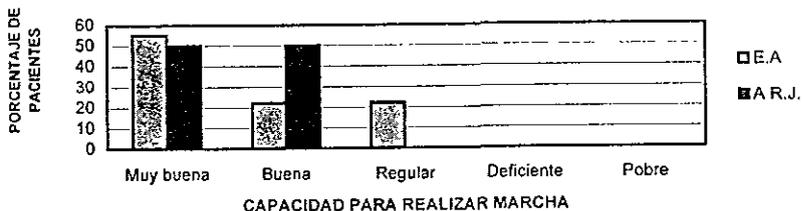
PERCEPCION DE DOLOR EN PACIENTE CON ESPONDILITS ANQUILOSANTE O ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL POSTERIOR A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA



Gráfica 3
 E:A:= Espondilitis anquilosante.
 A'R'J:= Artritis reumatoide juvenil

En relación a la marcha las calificaciones fueron muy bueno para el 55.2% y 50.0% en pacientes con espondilitis anquilosante y artritis reumatoide juvenil respectivamente, obteniendo además resultados de buenos para ambos grupos, únicamente el 22.2% de pacientes con espondilitis anquilosante con calificaron de regular, pro igualmente no se obtienen calificaciones de deficiente o pobre.(Gráfica 4).

CAPACIDAD PARA REALIZAR MARCHA EN PACIENTES CON ESPONDILITS ANQUILOSANTE O ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL POSTERIOR A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA



Gráfica 4
 E A = Espondilitis anquilosante
 A R J = Artritis reumatoide juvenil

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Para la evaluación de la actividad física los resultados muy buenos solo se presentaron en el 22.2% de pacientes con espondilitis anquilosante y el 14.2 en artritis reumatoide juvenil, sin embargo los resultados fueron buenos para el 44.4% y 50% en espondilitis y artritis reumatoide respectivamente, cabe destacar que ya se presentan calificaciones deficientes y pobres, únicamente en pacientes con espondilitis anquilosante.(gráfica 5)

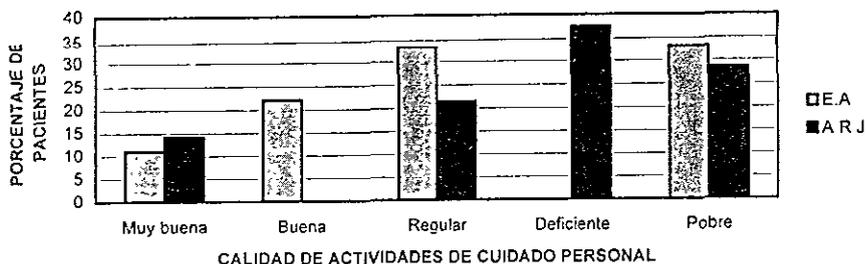
ACTIVIDAD FISICA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE O ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL POSTERIOR A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA



Gráfica 5
 E A.= Espondilitis anquilosante
 A R J.= Artritis reumatoide juvenil

En lo que respecta a actividades de cuidado personal se obtuvieron resultados muy buenos en un 11.1% y 14.2%, pero resultados deficientes de 35.7% únicamente en pacientes con artritis reumatoide juvenil y resultados pobres de un 28.5% para estos mismos y 33.3% en quienes tiene diagnostico de espondilitis anquilosante.(gráfica 6).

**ACTIVIDADES DE CUIDADO PERSONAL EN PACIENTES CON
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE O ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL
POSTEIOR A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA**



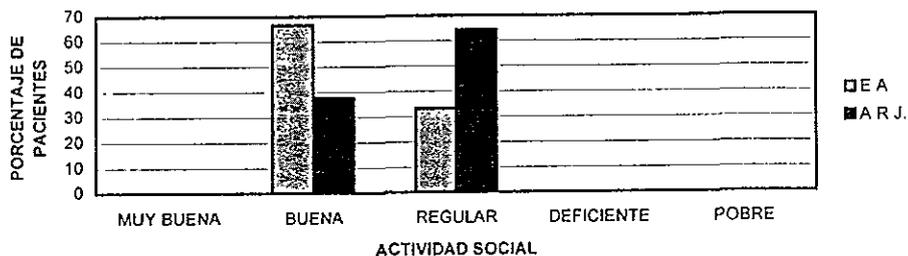
Gráfica 6

E A. = Espondilitis anquilosante

A.R J. = Artritis reumatoide juvenil

Para las preguntas relacionadas a actividad social los resultados fueron buenos en un 66.6% de pacientes con espondilitis anquilosante y 37.7% en artritis reumatoide y regulares en un 33.3% y 64.2% para estas mismas, sin embargo no se obtuvieron resultados muy buenos (Gráfica 7).

**ACTIVIDAD SOCIAL EN PACIENTES CON ESPONDILITIS
ANQUILOSANTE O ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL POSTEIOR A
ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA**

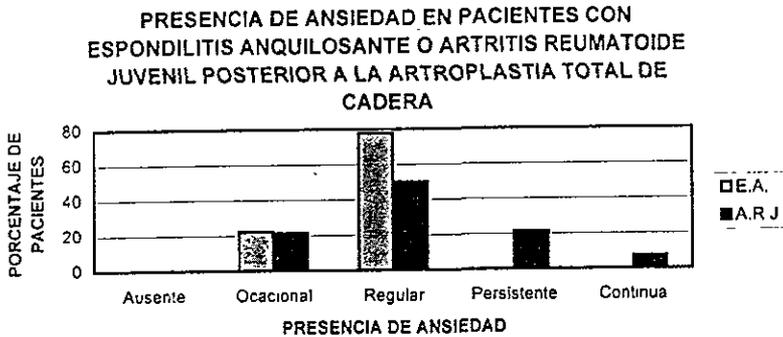


Gráfica 7

E A = Espondilitis anquilosante

A R J. = Artritis reumatoide juvenil

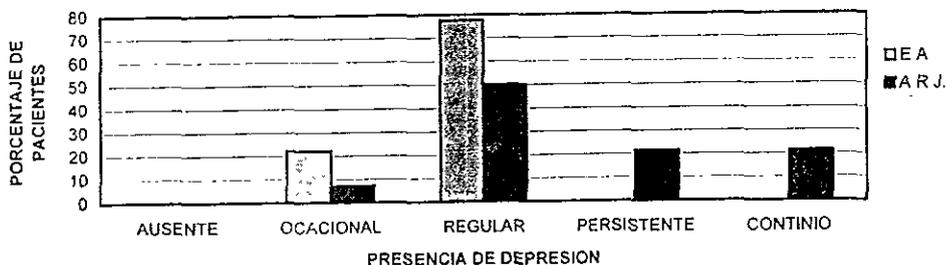
En lo que respecta a la ansiedad no se obtuvieron resultados muy buenos, fueron buenos en un 22.2%, regulares en el 50% para artritis reumatoide, sin embargo se obtuvieron resultados pobre en un 21.4% y pobre en un 7.1% en estos pacientes. En los pacientes con espondilitis anquilosante los resultados fueron buenos en un 21.4% y regulares en un 77.7% (gráfica 8)



Grafica 8
E A = Espondilitis anquilosante
A R J = Artritis reumatoide juvenil

Para la evaluación de depresión ningún paciente tuvo resultados adecuados. Los pacientes con espondilitis anquilosante presentaron un 44.4% de sintomatología depresiva y 55.5% regular, los que tiene artritis reumatoide juvenil presentaron un 21.4% de sintomatología ocasional, 50% regulares y 28.5% fue persistente, (gráfica 9)

PRESENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE O ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL POSTERIOR A ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA



Gráfica 9
 E A. = Espondilitis anquilosante
 A R J.=Artritis reumatoide juvenil

DISCUSION:

Muchos autores han evaluado los resultados a corto y largo plazo de los implantes articulares desde su advenimiento en 1976, sin embargo pocos estudios en la literatura medica mundial se han publicado en relación a la calidad de vida de los pacientes quienes son sometidos a estos procedimientos, y mucho menos cuando son pacientes jóvenes. (2,3,10,11,14,15,16,19,21)

Este es un aspecto que se ha dejado descubierto, haciendo a un lado que precisamente la calidad de vida del paciente es lo que a lo largo de los siglos justifica la practica medica con fundamento científico. Para esto se han realizado muchas encuestas encaminadas a determinar la calidad del vida y el estado funcional del paciente, es obligación de medico acercarse a estos instrumentos que ayudan a determinar los resultados del plan terapéutico establecido, así como de procedimientos quirúrgicos a los que son sometidos los pacientes, además de

proporcionar una evaluación de las entidades crónico degenerativas. (27,28, 29,33)

En el presente estudio se encontraron resultados muy buenos en relación al dolor, y marcha de los pacientes con espondilitis anquilosante y artritis reumatoide juvenil, que fueron sometidos a artroplastía total de cadera siendo menores de 45 años. Sin embargo a actividades de cuidado personal se obtuvieron resultados muy buenos y regulares únicamente de un 11.1 a un 22.2%, pero, así mismo se presentaron resultados regulares, deficientes y pobres desde un 33.3% a un 35.7% sin una diferencia importante en ambas patologías. Esto puede estar determinado por 2 aspectos que no deben de dejarse a un lado. Primero estamos ablando pacientes con enfermedades sistémicas, que involucran no solo a la articulación de cadera, sino a prácticamente las articulaciones de todo el cuerpo, con mayor predisposición en las del esqueleto axial o de las extremidades principalmente en manos para cada patología, lo que impide que el paciente sea totalmente independiente. En segundo termino, como es sabido es importante que el paciente no flexione la cadera con prótesis mas de 90 grado, lo que representa una limitación en la movilidad de la extremidad.

Otro aspecto que es importante destacar en que los pacientes atendidos en este instituto aunque no tiene muy buenos resultados en lo que respecta a actividades sociales, tampoco tienen resultados deficientes o pobres en este aspecto. Pero si tomamos en cuenta que el individuo es un ser social por excelencia, si podemos esperar mejores resultados en este aspecto indispensable para el desarrollo integral del individuo.

En relación a la ansiedad, llama la atención que se encontraron presencia de ansiedad de manera continua o persistente en pacientes con artritis reumatoide juvenil, lo que nos indica que debido a la larga evolución de su padecimiento, aunado a las deformidades visibles, debe ser abordado con mayor interés. De igual manera los resultados fueron para la espondilitis anquilosante regulares en 78% y solo el 22.2% ocasional, sin que se encuentren mejores resultados como seria la ausencia de esta. Los resultados relacionados a la depresión son similares para estos pacientes, ya que los datos de depresión siempre estuvieron presente en estas patologías, obteniendo los peores resultados en la artritis reumatoide juvenil. Esto es importante ya que pacientes con enfermedades crónico degenerativas con estado de ansiedad y/o depresión atenderán poco las indicaciones medicas, indispensables para el cuidado que se deben de tener cuando se les a colocado prótesis de cadera, además, si el

aspecto psicológico se encuentra comprometido no se lograra un bienestar integral.

Es por todo esto que aunque se han logrado resultados excelentes y buenos en lo relacionado a dolor y marcha de los pacientes que de otro modo *quedarían confinados* a permanecer en silla de ruedas, el tratamiento debe de ser proporcionado por un equipo interdisciplinario, para poder atender todos los aspectos del paciente.

No hay que olvidar que las prótesis se encuentran fuera del alcance económico de la mayoría de los pacientes que acuden a este instituto, por lo que la adquisición e estas representa gran problemática *no solo para ellos sino para la familia*, por lo que un tratamiento integral, con adecuada educación en todos los aspectos podrá proporcionar mejores resultados lo que se traducirá en una mejor calidad de vida del paciente con espondilitis anquilosante o artritis raumatoide juvenil a quienes se les realiza artroplastía total de cadera, con una adecuada integración a la sociedad, e independencia funcional.

ANEXO 1:

Cuestionario para valorar la calidad de vida en pacientes con artroplastía total de cadera, modificado de la AIMS (Arthritis Impact Measurement Scale) y del SF-36, aplicado a pacientes con espondilitis anquilosante o artritis reumatoide juvenil, a quienes se les realizó artroplastía total de cadera en el Instituto Nacional de Ortopedia. (32,33,34)

- 1 - En el último mes ¿ha tenido de manera repentina dolor en la cadera que le operaron?
 - 1) No
 - 2) 1 a 2 días.
 - 3) 3 a 7 días.
 - 4) 8 a 24 días.
 - 5) 25 a 30 días

- 2 - Si ha tenido dolor en la escala del 1 al 10 ¿que tan intenso ha sido?
 - 1) No tiene dolor
 - 2) 1 a 3 (leve).
 - 3) 4 a 7 (moderado)
 - 4) 8 a 9 (intenso).
 - 5) 10 (insoportable).

- 3.- En el último mes ¿el dolor de su cadera que tanto interfiere con su trabajo cotidiano?
 - 1) No tiene dolor.
 - 2) Solo un poco, o 1 a 2 días
 - 3) Moderadamente, 3 a 7 días
 - 4) Significativamente 8 a 24 días.
 - 5) Totalmente de 25 a 30 días

- 4 - En el último mes después de permanecer sentado por mas de 30 minutos ¿que tanto dolor llega a tener al levantarse(del 1 al 10)?
 - 1) sin dolor
 - 2) 1 a 3 (leve)
 - 3) 4 a 7 (moderado)
 - 4) 8 a 9 (intenso)
 - 5) 10 (insoportable)

- 5.- El en último mes ¿Ha tenido dolor por la noche en su cadera?
 - 1) No tiene dolor.
 - 2) 1 a 2 noches
 - 3) 3 a 7 noches
 - 4) 8 a 24 noches.
 - 5) 25 a 30 noches.

- 6 - En el último mes ¿cuanto tiempo ha podido caminar antes de que el dolor de su cadera se lo impida?
 - 1) menos de 30 minutos

- 2) 16 a 29 minutos
- 3) 5 a 15 minutos
- 4) menos de 5 minutos
- 5) no puede caminar por dolor en su cadera.

7 - En el último mes ¿ha cojeado por culpa de su cadera?

- 1) No
- 2) solo después de permanecer sentado por mas de 30 minutos
- 3) es evidente Necesita bastón pero lo hace sin dolor
- 4) es evidente todo el tiempo, necesita bastón y ayuda de otra persona, con dolor continuo.
- 5) no realiza marcha

8 - En el último mes usted ¿ha sido capaz de subir escaleras dando pasos alternos con sus piernas?

- 1) Sin problema
- 2) mas de 10 escalones pero despacio
- 3) menos de 10 escalones
- 4) mas de 10 escalones pero no puede dar pasos alternos
- 5) no puede subir escalones

9 - Durante el último mes ¿tuvo usted algún problema subiendo o bajando de su automóvil o transporte público?

- 1) Lo hace sin problema
- 2) necesita sostenerse de algún soporte
- 3) necesita ayuda de una persona
- 4) necesita ayuda de una persona y de un soporte.
- 5) Lo tiene que subir y bajar.

10 - En el último mes ¿pudo hacer las compras de alimentos que necesita para su casa?

- 1) Usted hace las compras de alimentos para su casa y sin problemas
- 2) compra lo necesario para una semana
- 3) compra lo necesario para el día
- 4) lo necesario para una comida
- 5) no, imposible.

11 - En el último mes ¿tuvo problema secándose o lavándose los pies?

- 1) ningún problema
- 2) se tarda pero lo hace solo
- 3) necesita de aditamentos
- 4) necesita de aditamentos y otra persona
- 5) lo tiene que hacer otra persona

12 - En el último mes ¿pudo ponerse calcetines y zapatos?

- 1) Si fácilmente
- 2) se tarda pero lo hace solo
- 3) necesita de aditamentos
- 4) necesita de aditamentos y de ayuda de otra persona

5) necesita que otra persona lo haga

13.- En el último mes ¿con que frecuencia hablo por teléfono con familiares o amigos?

- 1) siempre
- 2) casi siempre
- 3) algunas veces
- 4) casi nunca
- 5) nunca

14 - En el último mes ¿con que frecuencia tubo relaciones sexuales?

- 1) siempre
- 2) casi siempre
- 3) algunas veces
- 4) casi nunca
- 5) nunca

15.- En el último mes ¿recibió alguna visita?

- 1) siempre
- 2) casi siempre
- 3) algunas veces
- 4) casi nunca
- 5) nunca

16 -En el último mes ¿asistió reuniones o fiestas?

- 1) siempre, (mas de 4 al mes)
- 2) casi siempre (3 reuniones al mes)
- 3) algunas veces (2 reuniones al mes)
- 4) casi nunca (1 reunión al mes)
- 5) nunca (ninguna reunión en este mes)

17.- En el último mes ¿visito a parientes o amigos?

- 1) siempre
- 2) casi siempre
- 3) algunas veces
- 4) casi nunca
- 5) nunca

18.-Durante el ultimo mes ¿con que frecuencia pensó que sus familiares o amigos estarían mejor si usted muriera?

- 1) nunca
- 2) casi nunca
- 3) algunas veces
- 4) casi siempre
- 5) siempre

19 -En el último mes ¿con que frecuencia se sintió tan triste que nada le animaba?

- 1) nunca

- 2) casi nunca
- 3) algunas veces
- 4) casi siempre
- 5) siempre

20.- En el último mes ¿con que frecuencia se ha sitio decaído?

- 1) nunca
- 2) casi nunca
- 3) algunas veces
- 4) casi siempre
- 5) siempre

21 - en el ultimo mes ¿con que frecuencia pensó que nada le salía bien?

- 1) nunca
- 2) casi nunca
- 3) algunas veces
- 4) casi siempre
- 5) siempre

22.- En el último mes ¿se ha sentido desanimado?

- 1) nunca
- 2) casi nunca
- 3) algunas veces
- 4) casi siempre
- 5) siempre

23.-En el último mes ¿con que frecuencia se sintió satisfecho con las cosas que hacia?

- 1) siempre
- 2) casi siempre
- 3) algunas veces
- 4) casi nunca
- 5) nunca

24.-En el último mes ¿con que frecuencia se sintió tenso o desesperado?

- 1) nunca
- 2) casi nunca
- 3) algunas veces
- 4) casi siempre
- 5) siempre

25.- En el último mes ¿con que frecuencia se sintió nervioso?

- 1) nunca
- 2) casi nunca
- 3) algunas veces
- 4) casi siempre
- 5) siempre

26 -En el último mes ¿con que frecuencia le consto trabajo calmarse?

- 1) nunca
- 2) casi nunca
- 3) algunas veces
- 4) casi siempre
- 5) siempre

27 En el último mes ¿con que frecuencia se tranquilizó sin dificultad?

- 1) siempre
- 2) casi siempre
- 3) algunas veces
- 4) casi nunca
- 5) nunca

28.-En el último mes ¿con que frecuencia se sintió calmado y en paz?

- 1) siempre
- 2) casi siempre
- 3) algunas veces
- 4) casi nunca
- 5) nunca

29 - En el último mes ¿con que frecuencia se sintió relajado y sin preocupaciones?

- 1) siempre
- 2) casi siempre
- 3) algunas veces
- 4) casi nunca
- 5) nunca.

REFERENCIAS :

- 1.- Laxer R., What's in name: The nomenclature of juvenile arthritis. *J Rheuma* 1993;20(spl40):2-5.
- 2.- Oxford E. et al. Arthroplasty of the hip in ankylosing spondylitis. *J Bone Joint Surg* 1977;59-B(4):393-397.
- 3.- Walker L., Sledge C. Total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis. *Clin Orthop* 1991(262):198-204.
- 4.- Lang B., Shore A. A review of current concepts on the pathogenesis of juvenile heumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1990;(spl 21):1-11.
- 5.- Cassidy J. What's in a name? Nomenclature of juvenile arthritis a North American view. *J Rheumatol* 1993;20(spl 40):4-8.
- 6.- Amor B. et al. Predictive factors for the longterm outcome of spondyloarthropathies. *J rheumatol* 1994; 21:1883-7.
- 7.- Linder S., Valkenburg H., Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 1984;27(4):361-7.
- 8.- Reville J. et al. HLA in ankylosing spondylitis: Is HLA-B27 the only MHC gene involved in disease pathogenesis?. *Sem Arthritis Rheum* 1994;23(5):295-309.
- 9.- Jacobsen F., Crawford A., Brotste S. Hip involvement in juvenile rheumatoid arthritis. *J Ped Orthop* 1992;12:45-53.
- 10.-McCoillough C. Surgical management of the hip in juvenile chronic arthritis. *Br J Rheuma* 1994;33:178-83.
- 11.-Ruddlesdin C. et al. Total replacament in children with juvenile chronic arthritis. *J Bone Joint Surg* 1986; 68-B(2):218-22.
- 12.-Garcia J. La prótesis total de cadera en la espondilitis anquilosante. *Rev Ortop Trauma* 1993;37 B(2):147-50.
- 13.-Kredich D., Patrone N. Pediatric. *Pediatric spondyloarthropathies*. *Clin Orthop* 1990; (259):18-22.
- 14.-Hyman B., Gregg J. *Arthroplasty of the hip and knee in juvenile arthritis* *Rheum Dis Clin North Am* 199;17(4):971-983.
- 15.-Cage D. et al. Long-term results of total arthroplasty in adolescents with debilitating poyarthropathy *Clin Orthop* 1992;(283):156-162.
- 16.-Callaghan J. Results of primary total hip arthropasty in young patients. *J Bone Joint Surg* 1993;75-A(11):1728-34.
- 17.-Scott R. Total hip and knee arthroplasty in juvenile rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1990;(259):83-91.
- 18.-Witt J. Swann M. Ansell B. Total hip replacament for juvenile chronic arthritis. *J Bone joint Srug* 1991;73-B:770-3.
- 19.-Arden G. et al. Total hip replacement in juvenile chronic polyarthritis an ankylosing spondylitis. *Clin Orthop* 1972;(84):130-136.
- 20.-Lachewiitcz P. et al. Total hip arthroplasty in juvenile rheumatoid arthritis. *J Bone Joint Surg* 1986;68-A(4): 502-8.

- 21.-Dorr L. et al. Total hip arthroplasties in patients less forty-five years old. *J Bone Joint Surg* 1983;65-A(4):474-9.
- 22.-Harris NC. Baum J. Involvement of the hip in juvenile rheumatoid arthritis. *J Bone Joint Surg* 1988;70-A(6):821-33.
- 23.-Williams W. McCullough C. Results of cemented total hip replacement in juvenile chronic arthritis. *J Bone Joint Surg* 1993;75-B: 872-4.
- 24.-Gualtieri. G. et al. Comparison of cemented ceramic and metal-polyethylene coupling hip prostheses in ankylosing. *Clin Orthop* 1992;(282): 81-85.
- 25.-Shih L. et al. Total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis: Longterm followup. *J Rheumatol* 1995;22(9):1704-9.
- 26.-Kilgus D. et al. Total hip replacement for patients who have ankylosing spondylitis. *J Bone Joint Surg* 1990;72-A(6):834-9.
- 27.-Rissanen P. et al. Health and quality of life before and after hip knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 1995;19(2):169-75.
- 28.-Straaton K. et al. Musculoskeletal disability, employment, and rehabilitation. *J Rheumatol* 1995;22:505-13
- 29.-Long A. Scott D. Measuring health status and outcomes in rheumatoid arthritis within routine clinical practice. *Br J Rheuma* 1994;33:682-5.
- 30.-Severt R. et al. Long-Term follow-up cemented total hip arthroplasty in rheumatoid. *Clin Orthop* 1991;(265): 137-145.
- 31.-MMVR. Health-related, quality of life measures United States, 1993. *JAMA* 1995;44:195-200
- 32.-Abello-Banfi M. Quality of life in rheumatoid arthritis: Validation of a spanish version of the arthritis impact measurement scales. *J Rheumatol* 1994;21:1250-5.
- 33.-Guccione A. et al. The correlates of health perceptions in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1995;22:432-39.
- 34.-Dawson. Et al. Questionnaire on the perception of patients about total hip replacement. *J. Bone Joint Surg* 1996; 78-B: 185-90.