

Educación en pacientes adultos mayores sometidos a endoprótesis total de cadera: Un enfoque centrado en las preferencias de los pacientes

Education in older patients undergoing total hip endoprosthesis: An approach focused on patient preferences

Sergio Morales¹, Gonzalo Valdivia², Eduardo Botello¹, Ianiv Klaber¹, Maximiliano Carmona¹, María Jesús Lira¹

Resumen

Propósito del estudio: Explorar las preferencias educativas de los beneficiarios adultos de las Garantías Explícitas en Salud (GES) sometidos a una cirugía de endoprótesis total de cadera. **Material y método:** Estudio descriptivo de carácter mixto. Se diseñó una encuesta que exploró las preferencias educativas referentes a cada etapa del proceso quirúrgico de adultos mayores sometidos electivamente a endoprótesis total de cadera en un centro hospitalario universitario. La encuesta se aplicó retrospectivamente de manera telefónica por un encuestador entrenado. El tiempo transcurrido entre la aplicación de la encuesta y la cirugía fue entre 2 y 14 meses. **Resultados:** Se incluyeron 63 pacientes, cuya edad promedio fue 72,5 años y el 69,8% correspondía al sexo femenino. Con respecto a su previsión de salud el 57,2% era beneficiario de FONASA y el 42,7% de ISAPRE. Las preferencias de información descritas en nuestra muestra con respecto al proceso quirúrgico desde su inicio a fin, señalan a la cirugía propiamente tal (40,4%) y los cuidados post operatorios (29,3%) como los temas de más interés. Los temas de menor interés fueron los relacionados con cuidados preoperatorios (45,2%) y al proceso de hospitalización (31,7%). Los pacientes encuestados valoraron la información entregada previa a su cirugía como adecuada, útil y fácil de entender. **Conclusiones:** Los adultos mayores sometidos a endoprótesis señalaron la información específica referente a la cirugía y los cuidados post operatorios como los temas educativos de mayor interés. La información estándar entregada por los médicos tratantes fue bien recibida por los pacientes.

Palabras Clave: endoprótesis; cadera; adulto mayor; preferencias; educación en salud

Abstract

Purpose of the study: To explore the educational preferences of adults aged 65 years and older with hip osteoarthritis undergoing total hip replacement (THA).

Methods: Mixed descriptive study. A survey was designed to explore the educational preferences regarding each stage of the surgical process in elderly patients undergoing electively THA for osteoarthritis in a university-affiliated hospital. The survey was applied retrospectively and telephonically by a trained interviewer between 2 and 14 months after the surgery.

Results: Sixty-three patients were surveyed, whose average age was 72.5 years, and 69.8% corresponded to females. Regarding their health coverage, 57.2% were beneficiaries of FONASA and 42.7% of ISAPRE. The educational preferences described in our sample regarding the surgical process from its beginning to the end indicate that surgery (40.4%) and post-operative care (29.3%) as the most relevant topics. The topics of least interest were preoperative care (45.2%) and information related to hospitalization (31.7%). The surveyed patients rated their treating physician's education as adequate, helpful, and easy to understand before their surgery. **Conclusions:** Elderly patients undergoing THA indicated that specific surgery and post-operative care information are the most relevant educational topics.

Keywords: arthroplasty; hip; elderly; patient preferences; health education

Fecha de envío: 03-17-2022 - Fecha de aceptación: 05-24-2023

(1) Departamento de Traumatología y Ortopedia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Autor de correspondencia mulira@uc.cl



Introducción

En 2005 en Chile se realizó una reforma sanitaria, aprobándose la ley 19.996 de Garantías Explícitas en Salud (GES) cuyo propósito fue asegurar el acceso, calidad, protección financiera y oportunidad en la atención de veinticinco problemas prioritarios de salud (Bastías *et al.*, 2008). Para cada condición garantizada, se confeccionó una guía de práctica clínica con recomendaciones para asistir a los profesionales de salud y sus pacientes en el manejo y toma de decisiones clínicas (Rodríguez *et al.*, 2016).

La endoprótesis total de cadera en adultos mayores con limitación funcional severa se incluyó en el GES en el primer régimen de garantía (Bastías *et al.*, 2008). La artrosis de cadera constituye un problema de salud frecuente que causa dolor, limitación funcional e influye negativamente en la calidad de vida de quienes la padecen (Cross *et al.*, 2014). Su incidencia global se estima entre 47 a 88 casos por 100.000 habitantes al año (Wilson *et al.*, 1990; Oliveria *et al.*, 1995). En Chile, la prevalencia auto-reportada en adultos mayores aumentó de 2,2% a 3,1% entre los periodos 2009-2010 y 2016-2017, según datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud (Minsal, 2017). En los pacientes con artrosis severa el tratamiento recomendado es la endoprótesis total de cadera (Mahomed *et al.*, 2003; Minsal, 2010; Daigle *et al.*, 2012). Esta cirugía es costo-efectiva, impacta positivamente en la calidad de vida, presenta baja morbi-mortalidad y tiene una supervivencia mayor al 90% a diez años (Mahomed *et al.*, 2003; Daigle *et al.*, 2012), siendo considerada “la cirugía del siglo” (Learmonth *et al.*, 2007).

La guía de práctica clínica de endoprótesis total de cadera en adultos mayores con limitación funcional severa recomienda a los profesionales de salud educar a los pacientes durante todas las etapas del plan de tratamiento, es decir durante el diagnóstico, la etapa previa al proceso quirúrgico, y durante la rehabilitación (Minsal, 2010). Esta recomendación se basa en los beneficios de la educación en este grupo de pacientes (McDonald *et al.*, 2014), tales como reducción de los niveles de ansiedad (Majid *et al.*, 2015), disminución del requerimiento de analgésicos no esteroidales y opioides, menor tiempo de terapia física postoperatoria (Butler *et al.*, 1996; Daltroy *et al.*, 1998), menor estadía hospitalaria (Yoon *et al.*, 2010) y mayor satisfacción de los usuarios (Gammon & Mulholland, 1996; McGregor *et al.*, 2004). Sin embargo, pese a estas recomendaciones, en la práctica clínica la realización de educación en estos pacientes, así como los contenidos educativos, queda

sujeta al criterio de los profesionales tratantes. No se encontraron estudios nacionales sobre las preferencias educativas en este tipo de pacientes. En este contexto, el objetivo de este estudio fue explorar las preferencias educativas de los beneficiarios del GES que fueron sometidos a una cirugía electiva de endoprótesis total de cadera.

Materiales y Método

Estudio mixto cuanti-cualitativo (Creswell, 2003), de carácter descriptivo, aprobado por el comité ético científico de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Resolución número 180507009).

Participantes

Pacientes adultos mayores (≥ 65 años), beneficiarios del GES, sometidos durante el año 2019 a endoprótesis total de cadera, incluyendo a todas las cirugías ($n=74$) realizadas en un hospital universitario de alta complejidad por traumatólogos, sub-especialistas en cadera (figura 1). El listado de pacientes se obtuvo a partir del registro electrónico de cirugías del hospital (Software Filemaker®).

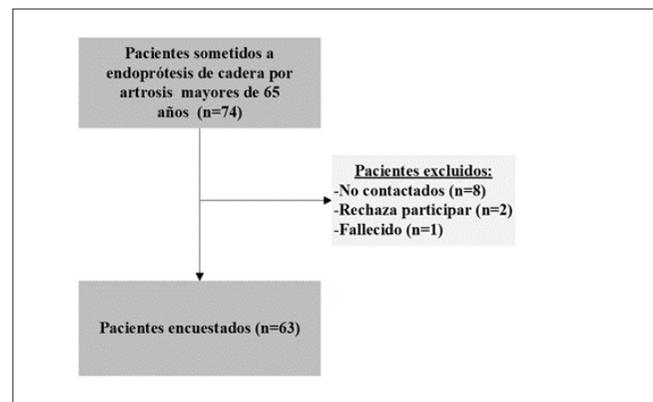


Figura 1. Flujograma inclusión y exclusión pacientes beneficiarios GES con endoprótesis total de cadera año 2019.

Instrumento de recolección de información

I. Diseño

El instrumento de recolección de información, hetero-administrado por un profesional entrenado, fue diseñado por los investigadores, basándose en antecedentes de estudios nacionales de educación preoperatoria realizadas en otras especialidades (Urrutia S *et al.*, 2006; Sartori *et al.*, 2015).

Caracterización socio-demográficas	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Previsión de salud</p>
Preferencias educativas preoperatorias	<p>a. Jerarquizar la importancia de distintos elementos del proceso quirúrgico <i>6 preguntas alternativas</i></p> <p>b. Evaluar utilidad, pertinencia y comprensión de la información <i>3 preguntas tipo Likert</i></p> <p>c. Tópicos de interés que no fueron incluidos en la información entregada <i>1 pregunta abierta</i></p>

Figura 2. Instrumento evaluación de preferencias educativas en pacientes de 65 años y más sometidos a endoprótesis total de cadera por artrosis.

En ausencia de un instrumento específico relacionado con la intervención sanitaria señalada y de su contexto, se identificaron tópicos derivados de la revisión de literatura al respecto y del consenso de un experto en salud pública (GV) y un traumatólogo sub-especialista en cadera (EB), ambos coautores, los cuales se integraron en un instrumento de evaluación. La primera parte del instrumento incluyó preguntas de caracterización sociodemográfica (edad, sexo y previsión de salud) (figura 2). En una segunda parte (10 preguntas) se evaluaron las preferencias educativas preoperatorias de los pacientes. Seis de ellas fueron preguntas cerradas cuyo objetivo fue jerarquizar la importancia concedida por los participantes respecto a distintos elementos de esta intervención sanitaria desde la indicación quirúrgica hasta el término de la rehabilitación (cuidados preoperatorios, acto quirúrgico, anestesia, hospitalización y cuidados postoperatorios) (figura 3). Las siguientes tres preguntas utilizaron una escala tipo likert (con valores entre uno y diez) evaluaron que tan adecuada, útil y comprensible fue la información entregada por el profesional médico antes de la cirugía. La última pregunta fue de carácter abierto y opcional en su respuesta, recogiendo hasta dos menciones de contenidos educativos, relacionados al proceso quirúrgico, que siendo de su interés, no fueron considerados en la etapa previa a la cirugía. Para su análisis, se realizó un análisis textual, agrupando las respuestas obtenidas en categorías (grandes temas) y posteriormente, ordenando las respuestas según la frecuencia con las que fueron mencionadas (Krippendorff, 2004)

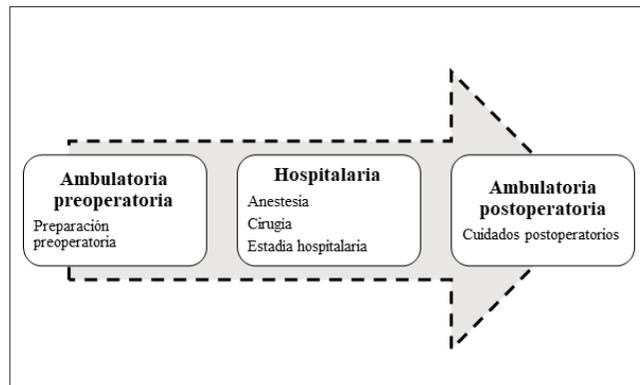


Figura 3. Temas educativos según etapa del proceso quirúrgico en pacientes beneficiarios del GES de endoprótesis total de cadera.

II. Aplicación

Preliminarmente, se realizó una aplicación piloto en una muestra intencionada de diez pacientes a quienes se aplicó la encuesta telefónicamente. En esta fase no se presentaron dificultades de comprensión ni en su desarrollo, por lo que no se precisó de ajustes o adecuaciones del instrumento.

Posteriormente, el instrumento fue aplicado telefónicamente por un interno de medicina de séptimo año entre diciembre del 2019 y marzo 2020. Todas las llamadas fueron estandarizadas, siguiendo un guion (viñeta) preestablecido, el cual fue testeado en su comprensión telefónicamente con un paciente simulado. El tiempo estimado de las llamadas fue de 15 minutos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas. Las variables categóricas fueron descritas mediante frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%). Se utilizó la prueba Shapiro Wilk para evaluar la distribución de las variables numéricas, y posteriormente fueron resumidas mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico (RIC), según correspondiese. Se utilizó el programa Stata LLC v16 para el análisis de datos.

Resultados

Características sociodemográficas de los pacientes.

El año 2019, 74 pacientes fueron beneficiarios del GES endoprótesis total de cadera en el Hospital Clínico UC-CHRISTUS, incluyendo este estudio a 63 pacientes. Se excluyeron 11 pacientes (ocho no fueron contactados, dos rechazaron participar y uno falleció a los treinta y cuatro días post-intervención por causas asociadas a la cirugía) (figura 1). La mediana de tiempo transcurrido entre la realización de la cirugía y la aplicación de la encuesta fue 7,8 meses (RIC 2,6-14,6 meses). El 69,8% de los pacientes fueron mujeres (n=44) y la edad promedio fue 72,5 años (± 5,7 años). El 57,2% de los participantes

era beneficiario del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el 42,8% (n=27) de Instituciones de Salud Previsional Privadas (ISAPRE).

Preferencias educativas proceso quirúrgico.

La cirugía y los cuidados post-operatorios fueron los temas más relevantes del proceso quirúrgico, escogidos por los pacientes,

sobre los cuales querían recibir información, mientras que los cuidados pre-operatorios y durante la hospitalización fueron los tópicos de menor interés. No se observó diferencias en las preferencias educativas según previsión y grupo etario (<80 años vs >80 años) (tabla 1).

Tabla 1. Preferencias educativas sobre etapas del proceso quirúrgico en pacientes beneficiarios del GES de endoprótesis total de cadera según previsión y grupo etario (n=63).

Tema mayor interés	Total [%(n)]	Previsión			Grupo etario		
		Fonasa (n)	Isapre (n)	valor p	<80 años (n)	>80 años (n)	valor p
Cirugía	56.25 (36)	21	11	0.95	32	4	0.849
Cuidados post-operatorios	57.81 (37)	24	13	0.128	33	4	0.714
Tema menor interés							
Cuidados pre-operatorios	89.06 (57)	30	27	0.156	51	6	0.061
Hospitalización	57.81 (37)	21	16	0.86	32	5	0.181

En la tabla 2 se describen las preferencias educativas de los pacientes, señalando los contenidos de mayor y menor interés para cada etapa del proceso quirúrgico.

En la **etapa ambulatoria pre-quirúrgica** la administración y/o suspensión de medicamentos de consumo regular, fueron los contenidos de mayor interés, mientras que la alimentación previa a la cirugía fue el de menor interés.

En la **etapa hospitalaria**, los temas de mayor interés fueron las complicaciones secundarias a la cirugía y/o anestesia y el tratamiento farmacológico y kinésico recibido durante la hospitalización. A su vez, el tiempo de duración de la anestesia, la herida operatoria y tiempo de hospitalización fueron los contenidos de menor interés.

En la **etapa ambulatoria post-quirúrgica**, la información relacionada a los controles médicos fue la de mayor interés y las curaciones, el tema menos interesante.

Tabla 2. Preferencias educativas según sub-etapas del proceso quirúrgico en pacientes beneficiarios del GES de endoprótesis total de cadera (n=63).

Etapas del proceso quirúrgico	Temas	Contenidos educativos	Mayor interés % (n)	Menor interés % (n)
1. Ambulatoria Pre-quirúrgica	Preparación pre-operatoria	Medicamentos	49 (31)*	16 (10)
		Aseo personal	30 (19)	33 (21)
		Alimentación y ayuno previos	21 (13)	51 (32)**
2. Hospitalaria	Anestesia	Eventos adversos	52 (33)*	8 (5)
		Tipo de anestesia	37 (23)	22 (14)
		Tiempo de duración anestesia	11 (7)	70 (44)**
	Cirugía	Complicaciones	67 (42)*	3 (2)
		Material prótesis e instrumental quirúrgico	25 (16)	21 (13)
		Herida operatoria	8 (5)	76 (48)**
	Hospitalización post-quirúrgica	Tratamiento médico y kinésico	71(45)	2 (1)
Vistas familiares y profesionales		21 (13)	17 (11)	
Tiempo hospitalización post cirugía		8 (5)	81 (51)	
3. Ambulatoria Post-quirúrgica	Cuidados postoperatorios	Controles médicos	46 (29)*	14 (9)
		Manejo farmacológico dolor	35 (22)	26 (16)
		Aseo personal y curaciones	19 (12)	60 (38)**

*tópico de mayor interés **tópico de menor interés

Evaluación de información entregada por el cirujano tratante

Al evaluar la información entregada por el cirujano, el 97% de los pacientes señaló que la información le parecía adecuada (puntuación

igual o mayor a 6); al 95% la información recibida le pareció útil (puntuación igual o mayor a 6) y el 90% señaló que la información fue fácil de comprender (puntuación igual o menor a 4) (tabla 3).

Tabla 3. Evaluación de información entregada por cirujano tratante realizada por los pacientes beneficiarios del GES de endoprótesis total de cadera.

Evaluación de información entregada por su médico tratante	Puntaje de 1 a 10 % (n)		
	<4	4-6	>6
¿Qué tan adecuada le pareció la información recibida?	2(1)	3(2)	97(60)
¿Qué tan útil le pareció la información recibida?	0	5(3)	95(60)
¿Qué tan difícil de entender fue la información recibida?	90(57)	8(5)	2(1)

Temas de interés sobre los cuales los pacientes no fueron informados en el proceso quirúrgico

En la última pregunta de la encuesta, de respuesta voluntaria, respondieron trece pacientes (20%), siendo los temas de mayor interés

aquellos relacionados con la técnica quirúrgica empleada y sus posibles complicaciones, las características y manejo terapéutico del dolor y el proceso de rehabilitación postquirúrgico (Tabla 4). Los pacientes refirieron no haber recibido información de estos temas durante el proceso de atención.

Tabla 4. Temas de interés en que los pacientes beneficiarios del GES de endoprótesis total de cadera señalan no haber recibido información de sus tratantes.

Temática de interés	Déficit educativo señalado por paciente
Cirugía	Ventajas y desventajas de los diferentes tipos de prótesis de cadera utilizadas en el procedimiento quirúrgico
	Complicaciones de la cirugía
Dolor	Características del dolor (ej. Intensidad, duración)
	Manejo del dolor post operatorio (control farmacológico)
	Eventos adversos de medicamentos utilizados para el control del dolor
Rehabilitación	Rehabilitación kinésica (pre y post operatoria)
	Posiciones de riesgo de luxación
	Tiempo requerido para el retorno a marcha previa (autovalentes)
Otros	Vida útil de la prótesis de cadera
	Pagos y coberturas de la canasta GES

Discusión

La endoprótesis total es el tratamiento de elección en pacientes con artrosis severa de cadera, y en Chile, ésta intervención está garantizada por el GES en personas de 65 años o más con limitación severa (Bastías *et al.*, 2008; Minsal, 2010). En la guía de práctica clínica ad hoc se establece, al nivel de recomendación, que todo paciente reciba educación (individual y/o grupal) durante el proceso quirúrgico (Minsal, 2010). Sin embargo, dicha guía hace escasa mención sobre la forma cómo debe realizarse dicha educación. El principal hallazgo de este estudio fue que, en el proceso quirúrgico, la cirugía es el tema que concita el mayor interés referente a preferencias educativas de los pacientes. Por otra parte, los contenidos de mayor interés a lo largo del proceso fueron la administración y/o suspensión de medicamentos, los eventos adversos y/o complicaciones de anestesia y cirugía,

tratamiento farmacológico y kinésico post-cirugía e información sobre los controles ambulatorios. Estos resultados son similares a los publicados en estudios previos (Johansson *et al.*, 2007; Kennedy *et al.*, 2017; Specht *et al.*, 2018).

Las intervenciones sanitarias deben conceder especial importancia a las preferencias y las características de los pacientes, elementos esenciales en las prácticas que se alinean con los procesos de seguridad y calidad asistencial (Balint, 1969; Syx, 2008; Hearn *et al.*, 2019). En este enfoque centrado en el paciente, la comunicación e información proporcionada a los pacientes en la etapa previa a la realización de procedimientos relevantes (cirugía) son globalmente beneficiosos en términos clínicos, calidad de vida, satisfacción y costo efectividad (Louw *et al.*, 2013; McDonald *et al.*, 2014). En este sentido, el énfasis en la etapa previa a la realización de la intervención mayor tiene similitud con los beneficios

propios de la incorporación de una cultura de buenas prácticas en etapas pre analíticas de un laboratorio clínico de vanguardia, en el contexto de cautelar la calidad de atención en salud (Grecu *et al.*, 2014). Conocer las preferencias educativas y los contenidos de mayor interés durante el proceso quirúrgico, así como el perfil de los pacientes sometidos a endoprótesis de cadera, permitiría al equipo de salud abordar con mayor profundidad los temas más relevantes para el paciente y aportar información en la elaboración de protocolos destinados a estandarizar el proceso educativo y mejorar la calidad de la intervención otorgada (Johansson *et al.*, 2002; Aydin *et al.*, 2015; Berg *et al.*, 2019).

En la **etapa ambulatoria pre-quirúrgica**, es relevante educar a los pacientes sobre la preparación pre-operatoria (Giardina *et al.*, 2020), evitando suspensiones de cirugías por mal administración de medicamentos, problemas de aseo personal y/o riesgo de aspiración por no realizar el ayuno requerido (Sarang *et al.*, 2022). En esta etapa, el contenido de mayor interés fue la administración y/o suspensión de medicamentos sensible por la coexistencia de multimorbilidad propia de la edad de los pacientes intervenidos (Johansson *et al.*, 2002), mientras que la alimentación previa a la cirugía fue identificada como el contenido de menor interés. La diferencia de interés de contenidos podría deberse a que los pacientes y acompañantes estén más familiarizados con el ayuno previo a una cirugía y por ende el interés de recibir más información sea menor, en comparación a la administración y/o suspensión de medicamentos, aspectos de mayor complejidad.

En la **etapa hospitalaria**, los pacientes requieren educación sobre anestesia, el tipo de cirugía a realizar (endoprótesis total de cadera) y la hospitalización post-cirugía (recuperación) (Bondy *et al.*, 1999; Krupic *et al.*, 2016; Kennedy *et al.*, 2017). Los eventos adversos y complicaciones de la anestesia y/o cirugía, así como el tratamiento farmacológico y kinésico posterior a la cirugía, fueron los contenidos de mayor interés durante esta etapa.

Se ha estudiado que educar a los pacientes sobre posibles complicaciones disminuyen síntomas ansiosos y de estrés e impacta en un mejor manejo del dolor (Spalding, 2003), mientras que el tener conocimientos sobre los tratamientos recibidos hace más partícipes a los pacientes, impactando positivamente su adherencia durante la rehabilitación (Johansson *et al.*, 2002; Kearney *et al.*, 2011; Jappinen *et al.*, 2017).

En la etapa **ambulatoria post-quirúrgica** es relevante educar a los pacientes sobre los cuidados domésticos post-operatorios (Johansson *et al.*, 2002; Sendir *et al.*, 2013). La información relacionada a los controles médicos concitó el mayor interés, mientras que las curaciones y cuidados de la herida operatoria el menor.

Es interesante que en ésta última etapa, los contenidos de mayor necesidad educativa fueron aquellos en los cuales el paciente y/o cuidador tienen roles más protagónicos. En este caso dependerá de que el paciente conozca cuándo, dónde y quién debe realizar los controles médicos para poder asistir, mientras que la curación y cuidados de la herida, pueden ser percibidos como una responsabilidad propia del equipo de salud. Éste resultado es relevante, ya que se ha estudiado que la participación del paciente es crucial para ayudar a las personas a administrar su salud, tomar decisiones informadas sobre su atención médica y mitigar la presión sobre los servicios de salud (Syx, 2008; De Oliveira *et al.*, 2015).

Un objetivo secundario del estudio fue el evaluar cualitativamente la información entregada por el médico tratante. En este estudio cada cirujano del equipo (n=5) informó a sus pacientes durante el proceso quirúrgico, de forma no estandarizada, tal como lo realizan en su práctica habitual. En este contexto, es difícil asegurar que efectivamente se haya realizado educación del paciente en todos los casos, para lo cual se requiere de una planificación conocida, con objetivos de aprendizaje, contenidos, actividades de aprendizaje, tiempo destinado y evaluación de aprendizajes (Syx, 2008). No obstante, la escasa o nula estandarización de la información recibida, destaca que los pacientes la consideraron adecuada, útil y fácil de comprender. Esto podría explicarse porque los pacientes satisficieron sus preferencias educativas, o bien por las reducidas expectativas que basalmente pueden presentar los pacientes de recibir educación, evaluando positivamente cualquier información recibida. Sería interesante evaluar en futuros estudios la asociación entre satisfacción asociada a la educación recibida y el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje (conocimiento adquirido por los pacientes). Por otra parte, pudiesen existir sesgos de medición al no utilizar un cuestionario validado que permita a los pacientes evaluar la información entregada por sus médicos tratantes.

El presente estudio presenta algunas limitaciones. No se dispuso de un instrumento validado que evalué las preferencias educativas en pacientes sometidos a endoprótesis de cadera. Por esta razón, los coautores utilizaron una encuesta elaborada por el equipo. Por otra parte, los pacientes encuestados presentaban distintos tiempos transcurridos entre la cirugía y la encuesta, pudiendo existir un sesgo de memoria respecto a la evaluación de la educación recibida y preferencias positivas condicionadas por un mejor estado funcional dado el tiempo de evolución. Además, la naturaleza retrospectiva de la captura de antecedentes puede no detectar adecuadamente la variabilidad de temas relevantes que puedan tener los pacientes en la fase temprana del proceso terapéutico. No obstante, el estudio aporta información no disponible previamente sobre las preferencias educativas de los pacientes de

65 años o más con indicación de endoprótesis total de cadera por artrosis severa. Esto constituye un primer paso para planificar e implementar intervenciones educativas sistemáticas, las cuales han demostrado beneficiar a los pacientes y que son recomendados en la guía de prácticas clínicas elaborada por el Ministerio de Salud.

Conclusión

A partir de los resultados obtenidos en nuestro estudio se concluye que tanto la cirugía, como los cuidados post operatorios, fueron señalados como los temas educativos de mayor interés por beneficiarios del GES, sometidos a endoprótesis de cadera. La información entregada por los médicos tratantes fue evaluada como adecuada, útil y fácil de entender, a pesar de la falta de estandarización de la educación entre los cirujanos del equipo.

La participación del paciente es central para ayudar a las personas a administrar su salud, tomar decisiones informadas sobre su atención médica y disminuir la presión en los sistemas de salud. Sin embargo, para que logre su objetivo esta educación debe ser centrada en las preferencias de los pacientes, generando conocimiento nuevo, permitiéndoles decidir y tomar el control de su salud y bienestar. La educación de alta calidad por ende es precisa, es basada en evidencia y debe ser desarrollada con los usuarios. Constituye un imperativo de toda institución de salud adscritas a las buenas prácticas, poner el centro de su interés en los pacientes y sus preferencias (Porter, 2010; Porter & Lee, 2013).

Reconocimientos

Esta investigación fue realizada sin apoyo financiero.

Contribuciones de los autores

Sergio Morales: Concepción y diseño del trabajo; recolección de resultados; Análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito; revisión crítica del manuscrito; aprobación versión final manuscrito. Gonzalo Valdivia: Concepción y diseño del trabajo; redacción del manuscrito; revisión crítica del manuscrito; aprobación versión final manuscrito; asesoría técnica. Eduardo Botello: Revisión crítica del manuscrito; aprobación versión final manuscrito; aporte de pacientes. Ianiv Klaber: Concepción y diseño del trabajo; revisión crítica del manuscrito; aprobación versión final manuscrito; aporte de pacientes. Maximiliano Carmona: Concepción y diseño del trabajo; revisión crítica del manuscrito; aprobación versión final manuscrito; aporte de pacientes. María Jesús Lira: Concepción y diseño del trabajo; Análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito; revisión crítica del manuscrito; aprobación versión final manuscrito; asesoría estadística.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés asociados a esta investigación.

Agradecimientos

Se agradece a Macarena Sepúlveda Riedl por sus aportes en la elaboración del instrumento de recolección de información y a Víctor Meza, interno de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile quien contacto telefónicamente a los pacientes.

Referencias

- Aydin D, Klit J, Jacobsen S, Troelsen A & Husted H. (2015). No major effects of preoperative education in patients undergoing hip or knee replacement – a systematic review. *Dan Med J* **62**, 5.
- Balint E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners* **17**, 8.
- Bastías G, Pantoja T, Leisewitz T & Zárata V. (2008). Health care reform in Chile. *CMAJ* **179**, 1289-1292.
- Berg U, Berg M, Rolfson O & Erichsen-andersson A. (2019). Fast-track program of elective joint replacement in hip and knee — patients' experiences of the clinical pathway and care process. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research* **8**, 8.
- Bondy LR, Sims N, Schroeder DR, Offord KP & Narr BJ. (1999). The Effect of Anesthetic Patient Education on Preoperative Patient Anxiety. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* **24**, 7.
- Butler GS, Hurley CA & Smith-VanHorne J. (1996). Prehospital education: effectiveness with total hip replacement surgery patients. *Patient Education and Counseling* **29**, 9.
- Creswell JW. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Cross M, Smith E, Hoy D, Nolte S, Ackerman I, Fransen M, Bridgett L, Williams S, Guillemin F, Hill CL, Laslett LL, Jones G, Cicuttini F, Osborne R, Vos T, Buchbinder R, Woolf A & March L. (2014). The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases* **73**, 7.
- Daigle ME, Weinstein AM, Katz JN & Losina E. (2012). The cost-effectiveness of total joint arthroplasty: a systematic review of published literature. *Best practice & research Clinical rheumatology* **26**, 9.

- Daltroy LH, Morlino CI, Eaton HM, Poss R & Liang MH. (1998). Preoperative Education for Total Hip and Knee Replacement Patients. *Arthritis Care & Research* **11**, 10.
- De Oliveira GS, Jr., McCarthy RJ, Wolf MS & Holl J. (2015). The impact of health literacy in the care of surgical patients: a qualitative systematic review. *BMC Surg* **15**, 86.
- Gammon J & Mulholland CW. (1996). Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on post-operative physical coping outcomes. *J Nurs Stud* **33**, 16.
- Giardina JL, Embrey K, Morris K & Taggart HM. (2020). The Impact of Preoperative Education on Patients Undergoing Elective Total Hip and Knee Arthroplasty: The Relationship Between Patient Education and Psychosocial Factors. *Orthop Nurs* **39**, 7.
- Greco DS, Vlad DC & Dumitrascu V. (2014). Quality indicators in the preanalytical phase of testing in a stat laboratory. *Lab Med* **45**, 6.
- Hearn J, Dewji M, Stocker C & Simons G. (2019). Patient-centered medical education: A proposed definition. *Med Teach* **41**, 5.
- Jappinen AM, Hamalainen H, Kettunen T & Piirainen A. (2017). Postoperative Patient Education in Physiotherapy after Hip Arthroplasty: Patients' Perspective. *Musculoskeletal Care* **15**, 8.
- Johansson K, Hupli M & Salanterä S. (2002). Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing* **11**, 6.
- Johansson K, Salanterä S & Katajisto J. (2007). Empowering orthopaedic patients through preadmission education: results from a clinical study. *Patient Educ Couns* **66**, 7.
- Kearney M, Jennrich MK, Lyons S, Robinson R & Berger B. (2011). Effects of preoperative education on patient outcomes after joint replacement surgery. *Orthop Nurs* **30**, 7.
- Kennedy D, Wainwright A, Pereira L, Roberts S, Dickson P, Christian J & Webster F. (2017). A qualitative study of patient education needs for hip and knee replacement. *BMC Musculoskelet Disord* **18**, 7.
- Krippendorff K (2004). *The logic of content analysis designs*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Krupic F, Rolfson O, Nemes S & Karrholm J. (2016). Poor patient-reported outcome after hip replacement, related to poor perception of perioperative information, commoner in immigrants than in non-immigrants. *Acta Orthop* **87**, 7.
- Learmonth ID, Young C & Rorabeck C. (2007). The operation of the century: total hip replacement. *The Lancet* **370**, 12.
- Louw A, Diener I, Butler DS & Puentedura EJ. (2013). Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: review of content and educational delivery methods. *Physiother Theory Pract* **29**, 20.
- Mahomed NN, Barrett JA, Katz JN, Phillips CB, Losina E, Lew RA, Guadagnoli E, Harris WH, Poss R & Baron JA. (2003). Rates and outcomes of primary and revision total hip replacement in the United States medicare population. *The Journal of bone and joint surgery American volume* **85**, 6.
- Majid N, Lee S & Plummer V. (2015). The effectiveness of orthopedic patient education in improving patient outcomes: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep* **13**, 12.
- McDonald S, Hetrick SE & Green S. (2014). Pre-operative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 31.
- McGregor AH, Rylands H, Owen A, Dore CJ & Hughes SP. (2004). Does preoperative hip rehabilitation advice improve recovery and patient satisfaction? *J Arthroplasty* **19**, 5.
- Minsal. (2010). Guía Clínica: Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y mas con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa., pp. 67. Ministerio de Salud de Chile.
- Minsal. (2017). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Primeros resultados. Ministerio de Salud de Chile.
- Oliveria SA, Felson DT, Redd JJ, Cirillo PA, Walker AM. (1995). Incidence of symptomatic hand, hip, and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. *Arthritis & Rheumatology* **38**, 8.
- Porter ME. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England journal of medicine* **363**, 5.
- Porter ME & Lee TH. (2013). The strategy that will fix health care. *Annals of the rheumatic diseases* **73**, 8.
- Rodríguez MF, Pineda I & Rozas MF. (2016). Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica de los 80 problemas de salud del régimen de garantías explícitas en salud. *Revista médica de Chile* **144**, 8.

- Sarang B, Bhandoria G, Patil P, Gadgil A, Bains L, Khajanchi M, Kizhakke Veetil D, Dutta R, Shah P, Bhandarkar P, Kaman L, Ghosh D, Mandrelle K, Kumar A, Bahadur A, Krishna S, Gautam KK, Dev Y, Aggarwal M, Thivalapill N, Roy N & IndSurg C. (2022). Assessing the Rates and Reasons of Elective Surgical Cancellations on the Day of Surgery: A Multicentre Study from Urban Indian Hospitals. *World J Surg* **46**, 7.
- Sartori J, Espinoza P, Díaz MS, Ferdinand C, Lacassie HJ & González A. (2015). ¿Qué información preoperatoria desean los padres de niños que serán operados? *Rev Chil Pediatr* **86**, 5.
- Sendir M, Buyukyilmaz F & Musovi D. (2013). Patients' discharge information needs after total hip and knee arthroplasty: a quasi-qualitative pilot study. *Rehabil Nurs* **38**, 8.
- Spalding NJ. (2003). Reducing anxiety by pre-operative education: Make the future familiar. *Occupational Therapy International* **10**, 16.
- Specht K, Agerskov H, Kjaersgaard-andersen P & Jester R. (2018). Experiences during the first 12 weeks after discharge in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 7.
- Syx R. (2008). The Practice of Patient Education: The Theoretical Perspective. *Patient Education Corner* **27**, 5.
- Urrutia S MT, Riquelme G P & Araya G A. (2006). Educación De Mujeres Histerectomizadas: ¿Qué Desean Saber? *Revista chilena de obstetricia y ginecología* **71**, 410-416.
- Wilson MG, Michet CJ, Ilstrup DM, Melton LJ. (1990). Idiopathic symptomatic osteoarthritis of the hip and knee: a population-based incidence study. *Mayo Clinic Proceedings* **65**, 9.
- Yoon RS, Nellans KW, Geller JA, Kim AD, Jacobs MR & Macaulay W. (2010). Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. *J Arthroplasty* **25**, 5.