

Puntajes IV

Ernesto Bersusky^{*}, Ignacio Arzac Ulla[†], Lidia G. Loterzo[#], Guillermo Ricciardi^{##}, Gerardo Zanotti[†], Juan Martín Patiño^{}**

^{*}Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^{**}BR Traumatología, Azul, Buenos Aires, Argentina

[#]Hospital Central de San Isidro "Dr. Melchor Ángel Posse", Buenos Aires, Argentina

^{##}Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

[†]Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^{††}Hospital Militar Central "Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

El Comité Editorial quiere brindar a los lectores de la RAAOT una actualización de las escalas de uso corriente. El empleo de tablas y escalas es una práctica muy extendida en la ortopedia y traumatología. La medición y la cuantificación de los aspectos clínicos, funcionales y radiográficos se convirtieron en una herramienta imprescindible para la toma de decisiones en diferentes aspectos de la actividad asistencial. Llevamos a cabo una revisión de las escalas más utilizadas, definimos su uso e incluimos bibliografía original y actualizada.

Palabras clave: Escalas; puntajes; tablas; actualización.

Nivel de Evidencia: V

Scores IV

ABSTRACT

The Editorial Committee wants to provide its readers with an update on the commonly used scales. The use of tables and scales is a widespread practice in Orthopedics and Traumatology. The measurement and quantification of clinical, functional, and radiographic aspects have become an essential tool for decision-making in different aspects of healthcare activity. We carry out a review of the most used scales, defining their use and including original and updated literature.

Key words: Scales; scores; tables; update.

Level of Evidence: V

INTRODUCCIÓN

El Comité Editorial quiere brindar a los lectores de la RAAOT una actualización de las escalas de uso corriente. El empleo de tablas y escalas es una práctica muy extendida en la ortopedia y traumatología. La medición y la cuantificación de los aspectos clínicos, funcionales y radiográficos se convirtieron en una herramienta imprescindible para la toma de decisiones en diferentes aspectos de la actividad asistencial

Llevamos a cabo una revisión de las escalas más utilizadas, definimos su uso e incluimos bibliografía original y actualizada; en esta oportunidad, nos ocupa la sección de puntajes de cadera y rodilla.

CADERA

ESCALA DE HARRIS (MODIFICADA)

La escala de Harris fue introducida en 1969 para valorar la patología traumática de cadera a partir de cuatro variables: dolor, función, deformidad y amplitud del movimiento. Estas reciben diferentes puntajes. Valores menores de 70 puntos son resultados pobres, de 70 a 79 regulares, de 80 a 89 buenos y de 90 a 100 excelentes.

Dr. IGNACIO ARZAC ULLA • ignacioarzac@hotmail.com  <http://orcid.org/0000-0002-5038-7720>

Cómo citar este artículo: Bersusky E, Arzac Ulla I, Loterzo LG, Ricciardi G, Zanotti G, Patiño JM. Puntajes IV. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2022;87(5):731-736.
<https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2022.87.5.1663>

Tabla. ESCALA DE HARRIS (Modificada)

1. Dolor	Ninguno	40
	Leve u ocasional	35
	Moderado	20
	Grave	0
2. Función distancia caminada	10 cuadras o más	15
	6 cuadras	12
	1-3 cuadras	7
	Menos de 1 cuadra	2
	Incapaz de caminar	0
3. Función apoyos	Ninguno	5
	Bastón ocasionalmente	4
	Bastón o muleta siempre	3
	Dos bastones o muletas	2
	Andador	1
	Incapaz de caminar	0
4. Movilidad y potencia muscular. Capacidad de movilizarse en un vehículo	Sin dificultad	5
	Con dificultad	3
	Incapaz	0
5. Cuidado de los pies. Lavarse, secarse	Sin dificultad	5
	Con dificultad	3
	Incapaz	0
6. Claudicación	Ninguna	5
	Leve	3
	Grave	0
7. Escaleras	Normal	5
	Con pasamanos	4
	Escalón por escalón	2
	Incapaz	0

BIBLIOGRAFÍA

1. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am* 1969;51(4):737-55. PMID: 5783851
2. Lau BC, Scribani M, Lassiter T, Wittstein J. Correlation of Single Assessment Numerical Evaluation Score for Sport and Activities of Daily Living to Modified Harris Hip Score and Hip Outcome Score in Patients Undergoing Arthroscopic Hip Surgery. *Am J Sports Med* 2019;47(11):2646-2650. <https://doi.org/10.1177/0363546519863411>
3. Li F, Zhu L, Geng Y, Wang G. Effect of hip replacement surgery on clinical efficacy, VAS score and Harris hip score in patients with femoral head necrosis. *Am J Transl Res* 2021;13(4):3851-3855. PMID: 34017576.
4. Hersnaes PN, Gromov K, Otte KS, Gebuhr PH, Troelsen A. Harris Hip Score and SF-36 following metal-on-metal total hip arthroplasty and hip resurfacing - a randomized controlled trial with 5-years follow up including 75 patients. *BMC Musculoskelet Disord* 2021;22(1):781. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04671-1>

MERLE D'AUBIGNÉ Y POSTEL MODIFICADA

La escala de R. Merle d'Aubigné y M. Postel fue descrita por primera vez en 1954 en el trabajo "Functional Results of Hip Arthroplasty with Acrylic Prosthesis", publicado en la prestigiosa revista *Journal of Bone and Joint Surgery*. Como respuesta a la necesidad de evaluar los resultados funcionales pre- y posoperatorios de los pacientes sometidos a cirugía de cadera, los autores idearon esta escala que tenía en consideración el dolor, la habilidad para deambular y la movilidad articular. Estas categorías son calificadas con puntajes del 0 al 6, según se describe en la tabla siguiente. Al sumar el puntaje obtenido en cada una de estas categorías, se obtiene un valor global de entre 0 y 18, en el que 0 es el peor puntaje posible y 18 el ideal en términos de funcionalidad.

Los resultados obtenidos en esta escala son de gran utilidad cuando se comparan los valores pre- y posoperatorios, ya que permiten objetivar los resultados. Por su simplicidad y practicidad, esta escala es una de las más aceptadas y es ampliamente utilizada por los cirujanos de cadera de todo el mundo como método de medición de los resultados funcionales de sus pacientes.

Puntaje	Dolor	Movilidad	Habilidad de caminar
0	Dolor intenso y permanente	Anquilosis en posición anormal	Imposibilidad
1	Dolor grave, altera el sueño	Anquilosis en posición normal, o levemente anormal	Solo con muletas
2	Dolor grave al caminar, impide realizar cualquier actividad	Flexión <40° (Abducción 0°) o leve deformidad articular	Solo con 2 bastones
3	Dolor grave pero tolerable, disminución de la actividad	Flexión <40° - 60°	Limitada con un bastón (menos de 1 hora). Muy dificultosa sin bastón.
4	Dolor solo después de caminar, desaparece en reposo	Flexión >60°-80° (logra atarse los cordones)	Prolongada con un bastón; limitada con un bastón (cojera)
5	Poco dolor e intermitente, no limita la actividad diaria	Flexión > 80°- 90°. Abducción limitada (25°)	Sin bastón, pero con cojera
6	Sin dolor	Normal. Flexión >90°, abducción <25°	Normal

BIBLIOGRAFÍA

1. Kerboull M, Gardes JC, Postel M, D'Aubigné RM. Bilan de l'arthroplastie totale de la hanche [Evaluation of total arthroplasty of the hip]. *Presse Med* (1893). 1970 Dec 26;78(55):2457-61. French. PMID: 5532842
2. Merle d'Aubigné JH, Postel M. The classic: functional results of hip arthroplasty with acrylic prosthesis. 1954. *Clin Orthop Relat Res*. 2009;467(1):7-27. <https://doi.org/10.1007/s11999-008-0572-1>

RODILLA

KSS (Knee Society Score)

Desarrollada en 1989 por la sociedad estadounidense de rodilla (AKS, por sus siglas en inglés), es la escala más usada en reemplazos articulares. Modificada por Insall, consta de dos partes. Una primera parte incluye dolor, contractura en flexión y extensión, rango de movilidad, alineamiento y estabilidad. La segunda parte evalúa la marcha, el subir escaleras y el uso de bastones. Esta escala incluye dos valoraciones, una prequirúrgica y otra posquirúrgica. Puntuaciones menores de 60 son consideradas pobres; entre 60 y 69, regulares; de 70 a 79, buenas y de 80 a 100, excelentes.

PARTE 1	
Dolor	Ninguno
	Ocasional
	Al utilizar escaleras
	Al caminar y utilizar escaleras
	Moderado - ocasional
	Moderado - continuo
	Grave
Contractura en flexión	Nada
	5 a 10
	10 a 15
	16 a 20
	Más de 20
Déficit de extensión	Ninguna
	Menos de 10
	10 a 20
	Más de 20
Rango de movilidad	
Alineación (Varo - Valgo)	
Estabilidad ántero-posterior	Menos de 5 mm
	5 a 10 mm
	Más de 10 mm
Estabilidad medio-lateral	Menos de 5
	De 6 a 9
	De 10 a 14
	Más de 15
PARTE 2	
Caminar	Sin límite
	Más de 10 cuabras
	De 5 a 10 cuabras
	Menos de 5 cuabras
	Intradomiciliario
	No camina
Escaleras	Sube y baja con normalidad
	Sube normal, baja con pasamanos
	Sube y baja con pasamanos
	Sube con pasamanos y es imposible bajar
	Imposible subir y bajar
Función con apoyo	No usa
	Usa bastón
	Usa dos bastones
	Utiliza andador

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

ORCID de E. Bersusky: <http://orcid.org/0000-0002-3121-9326>
ORCID de L. G. Loterzo: <https://orcid.org/0000-0001-5465-1747>
ORCID de G. Ricciardi: <https://orcid.org/0000-0002-6959-9301>

ORCID de G. Zanotti: <https://orcid.org/0000-0001-8090-4832>
ORCID de J. M. Patiño: <https://orcid.org/0000-0002-9036-0442>

BIBLIOGRAFÍA

1. Analan PD, Ozdemir H. The Effect of Patellar Height by Using Insall Salvati Index on Pain, Function, Muscle Strength and Postural Stability in Patients with Primary Knee Osteoarthritis. *Curr Med Imaging*. 2021;17(4):532-538. <https://doi.org/10.2174/1573405616999200817172649>
2. Goh GS, Bin Abd Razak HR, Tay DK, Lo NN, Yeo SJ. Early post-operative Oxford Knee Score and Knee Society Score predict patient satisfaction 2 years after total knee arthroplasty. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2021;141(1):129-137. <https://doi.org/10.1007/s00402-020-03612-2>
3. Culliton SE, Bryant DM, MacDonald SJ, Hibbert KM, Chesworth BM. Validity and Internal Consistency of the New Knee Society Knee Scoring System. *Clin Orthop Relat Res*. 2018;476(1):77-84. <https://doi.org/10.1007/s11999-0000000000000014>