

Osteoartrite em idosos: estudo transversal de internações hospitalares entre 2010 e 2022

Osteoarthritis among elderly: cross-sectional study of hospitalization between 2010 and 2022

Aranzazu Cueva-G.Cantón¹ Ivanna Triay-Novelo² Montserrat Suárez-Sánchez³ Oswaldo Huchim-Lara⁴ ¹⁻³Universidad Marista de Mérida (Mérida). Lucatã, México.⁴Contato para correspondência. Universidad Marista de Mérida (Mérida). Lucatã, México. rhuchim@marista.edu.mx

RESUMO | INTRODUÇÃO: A osteoartrite é uma das doenças articulares mais comuns. Em 2020, 8% da população mundial conviveu com essa doença. O estudo teve como objetivo descrever as características de hospitalização de idosos com diagnóstico de osteoartrite no México entre 2010 e 2022.

MATERIAIS E MÉTODOS: Foi realizado um estudo transversal com os registros de hospitalização de idosos nos bancos de dados abertos da Direção Geral de Informação em Saúde do México. As variáveis incluíram aquelas relacionadas aos pacientes (sexo, peso, altura, local de residência, etnia e seguro saúde pública) e ao atendimento hospitalar (serviço de admissão, causa da alta, mês de hospitalização e internação hospitalar). Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial usando Infostat®. **RESULTADOS:** Um total de 16.056 idosos hospitalizados tinham diagnóstico de osteoartrite. A frequência foi maior em mulheres (64%) do que em homens (36%). A idade mediana foi de 69,67; 40,10% dos pacientes estavam acima do peso; 54,74% obtiveram atendimento médico; 52,16% foram internados por consulta externa; 93,21% dos pacientes idosos receberam alta por melhora clínica; e o período mediano de internação foi de três dias. A principal OA em 78,16% dos casos foi osteoartrite de joelho. **CONCLUSÃO:** No México, a osteoartrite é mais comum no início da idade adulta e tem diferenças de gênero. Lacunas nos cuidados de saúde podem prejudicar o envelhecimento bem-sucedido e agravar os problemas de saúde dos idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Osteoartrite. Idoso. Hospitalização. Estudo Observacional.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Osteoarthritis is a common joint disease and one of the main causes of years lived with disabilities as well as one of the reasons for visits to health services. In 2020, 8% of the world's population has lived with this disease; however, the demographic trend could cause the increase in OA prevalence in the next years. This study aimed to describe the hospitalization characteristics of older adults with osteoarthritis diagnosis in Mexico between 2010 and 2022. **MATERIALS AND METHODS:** This was a cross-sectional study. Records of hospitalized older adults diagnosed with OA contained in the databases of the Ministry of Health were included. Variables available were those related to patients (sex, weight, height, place of residence, ethnicity, and public health insurance) and hospital care (admission service, cause of discharge, month of hospitalization, and hospital stay). Descriptive and inferential statistical analysis was carried out using Infostat®. **RESULTS:** Sixteen thousand fifty-six hospitalized older adults' data were analyzed. The frequency was higher in women (64%) than in men (36%). The median age was 69.67; 40.10% of the patients were overweight; 54.74% had medical care; 52.16% were hospital-admitted by external consultation; 93.21% of elderly patients were discharged by clinical improvement; and the median period of hospitalization was three days. The main OA in 78.16% of the cases was knee osteoarthritis. **CONCLUSION:** In Mexico, osteoarthritis is more common in early adulthood and has gender differences. Gaps in health care can jeopardize successful aging and exacerbate older adults' health problems.

KEYWORDS: Osteoarthritis. Elderly. Hospitalization. Observational Study.

1. Introdução

A osteoartrite (OA) é uma das doenças articulares mais comuns, caracterizada por dor crônica e eventual incapacidade devido à perda gradual de função. A OA e as doenças musculoesqueléticas representaram 21,3% dos anos vividos com deficiência (YLDs) e 6,7% dos anos de vida ajustados pela incapacidade (DALYs)¹, e juntamente com a diabetes, foram responsáveis por aumentos significativos nos anos vividos com deficiência (YLDs).² Globalmente, em 2020, cerca de 8% da população mundial viveu com osteoartrite.³ No entanto, a prevalência pode ser maior, conforme relatado em um estudo que comparou os critérios radiológicos com os critérios clínicos isolados para o diagnóstico de OA.⁴

A suscetibilidade à OA deve-se a uma etiologia multifatorial, onde os diferentes fatores de risco estão relacionados à pessoa e à articulação.⁵ A população idosa é um grupo vulnerável, considerando que as mudanças próprias do envelhecimento aumentam a propensão à OA, como o aumento da idade, sexo, mudanças musculoesqueléticas, comorbidades (obesidade) e estilo de vida, entre outros; tudo isso diminuirá ao longo do tempo a qualidade de vida, limitações funcionais ou incapacidade.⁵⁻⁷ O manejo terapêutico da OA é baseado na sintomatologia e geralmente inclui cirurgia, farmacológica e não farmacológica. As intervenções cirúrgicas, embora na maioria das vezes bem-sucedidas, também geram custos e complicações que podem promover um aumento na mortalidade dos pacientes.⁸ Farmacológica consiste na prescrição de analgésicos orais, tópicos e intra-articulares, mas foi descrita como alívio inadequado da dor entre pacientes com OA de joelho e quadril, principalmente aqueles com obesidade e idosos.^{8,9} A fisioterapia é não farmacológica, com poucos efeitos adversos, e uma estratégia de tratamento de baixo custo baseada no exercício, mas também na educação do paciente.^{8,10}

Nos Estados Unidos, a OA é considerada uma das principais causas de visitas aos serviços de saúde e uma das doenças mais caras, com as maiores taxas de hospitalização devido à necessidade de intervenções cirúrgicas.¹¹ Além disso, deve-se acrescentar a perda de produtividade devido ao absenteísmo no trabalho e seu valor monetário.¹² Com base no exposto, os cuidados de saúde para a OA representam

custos significativos para os serviços de saúde e para a sociedade. No México, existem alguns estudos sobre OA em termos de diagnóstico, tratamento e características clínicas da OA de mão e joelho, mas não há estudos sobre as tendências de hospitalizações de pacientes com OA.^{4,7,9} Considerando o envelhecimento da população devido ao aumento da expectativa de vida nos últimos anos, a prevalência excepcionalmente alta de OA juntamente com doenças musculoesqueléticas, e a demanda por serviços de saúde, especificamente serviços cirúrgicos e de reabilitação, é relevante abordar as internações por OA nos serviços de saúde mexicanos. Portanto, o estudo teve como objetivo descrever as características de hospitalização de idosos diagnosticados com osteoartrite no México entre 2010 e 2022.

2. Material e métodos

Contexto do estudo: Um estudo observacional transversal foi realizado com todos os registros de hospitalização de idosos com diagnóstico de OA no México que ocorreram entre 2010 e 2022. O banco de dados aberto analisado contém informações disponíveis publicamente e anônimas; portanto, não requer revisão por um comitê de ética.

Participantes: Os participantes foram selecionados a partir das bases de dados de acesso aberto da Direção-Geral de Informação em Saúde (DGIS pelo acrônimo em Espanhol).¹³ Essas bases de dados públicas contêm os registros das unidades hospitalares do Ministério da Saúde ao nível nacional. Um adulto mais velho era qualquer paciente com 60 anos ou mais.¹⁴ Os casos de OA foram selecionados usando o código alfanumérico formado pela letra M e o número entre 15 e 19, que corresponde à poliartrite, coxartrose, OA do joelho (KOA), osteoartrite da primeira articulação carpometacárpica e outras osteoartroses; o acima mencionado é pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados, décima revisão (ICD-10).¹⁵

Procedimento: De agosto a dezembro de 2023, os bancos de dados de cada ano (2010-2022) foram baixados no formato .txt e convertidos para .xls.

3. Resultados

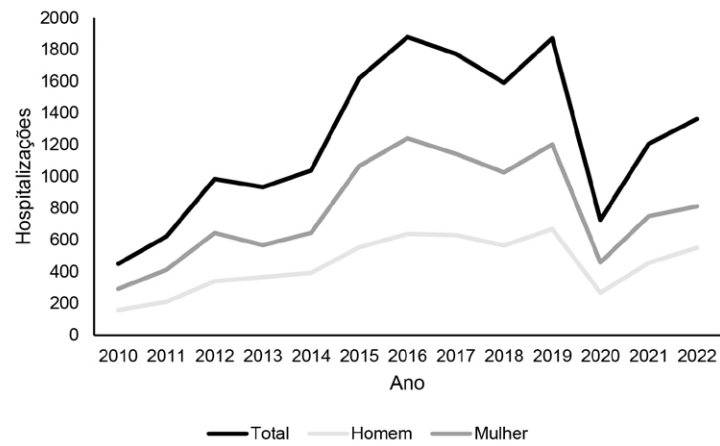
3.1 Distribuição geográfica e temporal da OA

Subsequentemente, foi filtrado por patologia e por idade. Variáveis ginecológicas-obstétricas, códigos administrativos e aqueles não relacionados à OA foram excluídos. As variáveis disponíveis e coletadas referiam-se à distribuição geográfica e temporal da OA (estado de residência do paciente e ano e mês de internação), características dos pacientes (sexo, peso, altura, se o paciente se considerava indígena, língua indígena e tipo de plano de saúde), atendimento hospitalar (serviço de origem [pronto-socorro, ambulatório, paciente encaminhado, não especificado], serviço de internação [cirurgia, clínica médica, outro], tipo de internação [primeira vez ou subsequente], motivos para alta hospitalar, infecções durante a internação [sim ou não] e dias de internação), e tipo de OA. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado a partir do peso e altura usando a fórmula peso (kg)/altura²; posteriormente, a classificação da Organização Mundial da Saúde foi utilizada para determinar o estado nutricional dos participantes. A distribuição geográfica das internações por estado de residência no México foi realizada com o software de mapas Q-Gis®. A proporção de homens para mulheres foi obtida multiplicando a proporção do número de homens liberados do hospital com OA pelo número de mulheres liberadas do hospital com OA por 100.

Análise estatística: A análise estatística descritiva e inferencial foi realizada utilizando planilhas do Microsoft Excel® e Infostat®. Para variáveis categóricas, foram utilizadas frequências e percentuais, e as medianas e intervalos interquartis para variáveis quantitativas. A distribuição dos dados foi determinada usando o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Para a comparação das medianas de idade e dias de internação, os idosos foram categorizados por sexo para realizar o teste U de Mann-Whitney (considerando resultados significativos se $p < 0,05$). O coeficiente de correlação de Pearson foi calculado para determinar a correlação entre a idade e os dias de internação hospitalar. Esta análise foi realizada apenas com pacientes que possuíam dados completos sobre as variáveis de interesse.

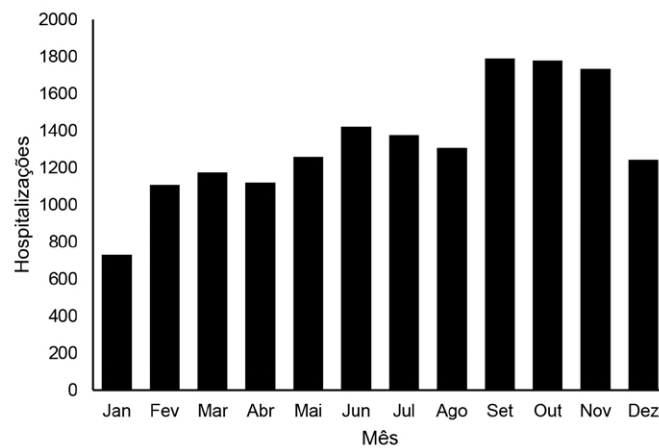
Houve 16.058 idosos hospitalizados com diagnóstico de OA entre 2010 e 2022. 35% dos casos ocorreram em 3 dos 13 anos, 2016 (1.879), 2019 (1.871) e 2017 (1.774); desde 2014, a frequência de altas superou os 1.000 (mediana 1.026; IC 970,5-1.499,9; 95%) casos até a drástica diminuição em 2020 (727); por sexo, o maior número de casos entre mulheres ocorreu em 2016, enquanto entre homens foi em 2019. (Figure 1). A tendência dos casos por mês do ano mostrou uma tendência flutuante entre janeiro e agosto, com um aumento em setembro (11,1%), outubro (11,0%) e novembro (10,8%), que foram os meses com o maior número de internações. O mês com o menor número de admissões foi janeiro (4,5% dos casos). (Figure 2). Em 2020, apenas 16 casos foram registrados durante o segundo trimestre, dois desses casos ocorrendo em maio. Por estado de residência, a Cidade do México (1.939), Jalisco (1.685) e Guanajuato (1.599) foram os que tiveram mais internações; ao contrário, Tlaxcala, Campeche e Quintana Roo tiveram menos altas, com 72, 52 e 39, respectivamente. Exceto por Guanajuato, cuja mediana foi de dois, a mediana de permanência hospitalar entre os 32 estados mexicanos foi de três dias. A idade mediana por estado de residência era de 68 (Guanajuato e Tlaxcala), 69 (Jalisco e Quintana Roo), 70 (Cidade do México) e 71 (Campeche). Portanto, não foram observadas diferenças marcantes entre as entidades com o maior e o menor número de casos. (Figure 3).

Figura 1. Distribuição das hospitalizações por artrite osteoartrítica por ano



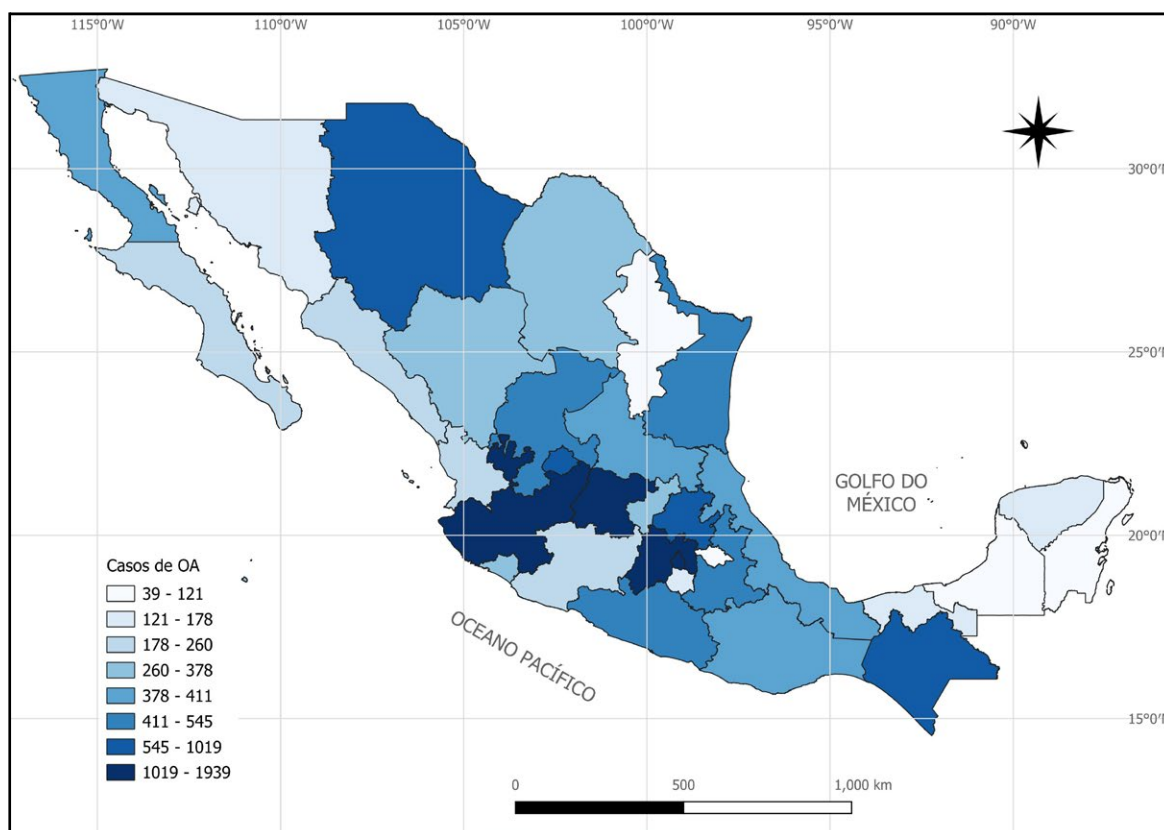
Fonte: os autores (2024).

Figura 2. Distribuição das hospitalizações por osteoartrite por mês do ano



Fonte: os autores (2024).

Figura 3. Distribuição geográfica das hospitalizações por osteoartrite nos estados mexicano



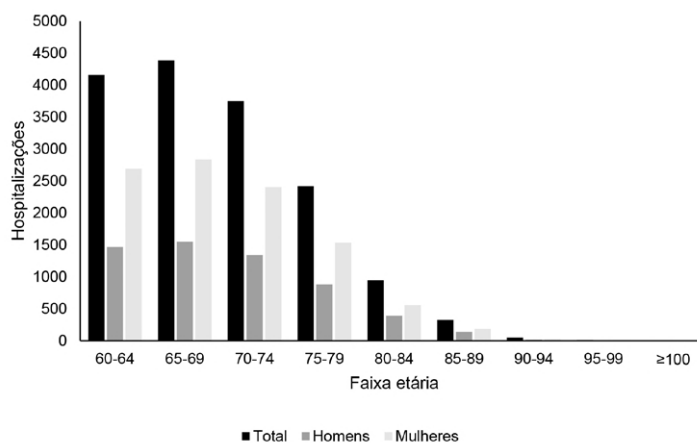
Fonte: os autores (2024).

3.2 Características dos pacientes

A frequência de OA foi maior em mulheres (10.256 casos; 64%) do que em homens (5.799; 36%), com uma proporção de 56 homens para cada 100 mulheres. Em relação à idade, a mediana para o número total de casos e por sexo foi de 69 (IC 69,5-69,7; 95%) anos. Por faixa etária, tanto para homens quanto para mulheres, os cinco anos com o maior número de casos foram 65-69. A idade entre homens e mulheres teve uma diferença estatisticamente significativa, de $p > 0,05$ (Figura 4).

Apenas 0,8% (141 idosos) se consideraram indígenas, dos quais 60% eram homens e o restante eram mulheres (40%). Apenas 1% (110 idosos) relatou falar uma língua indígena. Em relação ao IMC ($n=8.727$), verificou-se que o sobrepeso predominou (42,8%), seguido pela obesidade (32,4%), faixa ótima (24,1%) e baixo peso (0,4%). 54,7% (8.770) dos idosos tinham plano de saúde, 25,2% (4.051) não tinham nenhum, a filiação foi ignorada para 17,9%, e não foi especificada para 2,0% dos idosos. O principal tipo de seguro de saúde para 8.292 (94,5%) idosos era o concedido pelo governo federal; atualmente chamado IMSS Bienestar. Dessas internações sem seguro de saúde, 63,5% foram entre mulheres e 36,4% entre homens. Aqueles sem seguro foram atendidos com mais frequência em 2021 (15,9%) e 2022 (11,7%). Os estados de residência com mais hospitalizações de idosos sem seguro foram a Cidade do México (17,3%), Jalisco (16,4%), Hidalgo (8,2%) e o Estado do México (7,8%).

Figura 4. Hospitalizações por osteoartrite por sexo e faixa etária



Fonte: os autores (2024).

3.3 Características do atendimento hospitalar

Os idosos foram hospitalizados principalmente a partir de clínicas ambulatoriais (52,1%) e serviços de emergência (41,8%), e as referências de outras unidades médicas foram apenas 0,3%. 84,5% das hospitalizações foram admitidas pela primeira vez, e os 15,4% restantes foram visitas subsequentes. 16,9% eram do serviço de cirurgia, 3,9% do serviço de medicina interna, e não foi especificado para 78,9% dos casos. É relevante mencionar que apenas 0,1% dos pacientes tiveram infecções durante a internação. A alta por melhora representou 93,2% dos motivos de alta hospitalar, 2,7% por outros motivos, 1,8% alta por cura, 1,2% por fuga, e 0,9% divididos entre alta voluntária, transferência, óbito e não especificado. Os dias de internação hospitalar para o total e por sexo tiveram uma mediana de 3 (IC 3,5-3,3; 95%). No entanto, foram encontradas diferenças estatísticas nos dias de internação entre homens e mulheres ($p > 0,05$); o coeficiente de correlação entre idade e dias de internação foi positivo e fraco ($r = 0,02$, $p = 0,01$).

3.4 Tipo de osteoartrite

Os cinco tipos de OA registrados entre os idosos foram KOA com 78,1% dos casos, osteoartrite do quadril (coxartrose) com 15,2% dos casos, outras osteoartrites com 5,2%, osteoartrite da primeira articulação carpometacárpica com 0,7%, e poliartrite com 0,6% dos casos. Por sexo, a KOA foi predominante em ambos os grupos, representando 27,6% dos casos no sexo masculino e 50,4% no sexo feminino.

4. Discussão

O objetivo deste estudo foi descrever as características das hospitalizações por osteoartrite entre idosos no México. Exceto em 2020 (período da pandemia de Covid-19), em que mais de 1.000 internações foram registradas durante o período estudado. Os casos foram frequentes em mulheres, na faixa etária entre 65-69 anos, em indivíduos com sobrepeso ou obesidade. Os pacientes não permanecem hospitalizados por muito tempo e são liberados devido à melhora, mas um quarto dos participantes não tem plano de saúde. O tipo mais comum de OA foi a gonartrose.

A observação das internações no estudo está alinhada com a tendência global. Nas últimas três décadas, em todo o mundo, o número de pessoas com OA dobrou, passando de 256 milhões em 1990 para 595 milhões em 2020, e os YLDs aumentaram em 10%.³ Essa tendência pode ser atribuída em parte, entre outros fatores, ao envelhecimento da população, o que resulta na expansão da expectativa de vida. No México, entre 1980 e 2020, esse indicador cresceu quase dez anos; portanto, um aumento na prevalência seria esperado e poderia explicar as milhares de internações em média observadas no período estudado. A queda em 2020 pode estar relacionada à pandemia de COVID-19, um ano em que as internações hospitalares diminuíram significativamente. Isso se deve às dificuldades enfrentadas pelos idosos em obter acesso aos cuidados médicos ou em evitar a contaminação, mesmo que suas patologias subjacentes possam piorar.¹⁶

A Cidade do México, Jalisco e Guanajuato foram as entidades com mais casos de OA. Os dois primeiros ocupam a segunda e a terceira posições em relação à densidade populacional, enquanto o terceiro é o sexto. Nessas entidades, a porcentagem da população com mais de 60 anos é de 16,19%, 11,03% e 11,96%, respectivamente. No total, o índice de envelhecimento aumentou quase três vezes desde a década de 1990. O crescimento desse indicador afetaria a população com deficiências ou limitações, que é de cerca de 50% e 34%, respectivamente.¹⁷ Com relação às variáveis sazonais e climáticas, uma maior frequência de hospitalizações por OA foi relatada entre os idosos do que entre a população geral durante o inverno e em casos menores na primavera; além disso, a umidade tem sido associada a um aumento na dor nas articulações.¹⁸ Entre os idosos no México, a maioria dos casos ocorre entre setembro e novembro. Setembro e outubro representam os últimos meses da estação chuvosa, e em setembro começa a temporada de frentes frias. Possivelmente, a umidade gerada nesses meses poderia contribuir para a presença de dor e a busca por atendimento médico; no entanto, são necessários mais estudos no México que correlacionem essas variáveis com casos de OA.

A maioria dos casos neste estudo foi entre mulheres, e o tipo mais frequente foi KOA. Isso é consistente com o relatório global da prevalência de OA em 2020,

que foi de 8058,9 e 5780 por 100.000 para mulheres e homens, respectivamente.³ Em Pequim, 60% dos casos de KOA eram em mulheres.¹⁹ Em estudos realizados no México sobre o tratamento inadequado da dor e a epidemiologia da KOA, as porcentagens foram superiores a 70%.^{7,9} Diferenças na OA por sexo têm sido associadas a diferentes fatores de risco, como alto IMC, consumo de álcool, aterosclerose, altos níveis de vitamina E e baixa escolaridade, que têm um impacto importante nas mulheres mais do que nos homens, enquanto nos últimos, consumo de tabaco, alta atividade física e obesidade abdominal.²⁰ Com base na diferença na carga da doença entre mulheres e homens, o papel hormonal no desenvolvimento da OA tem sido estudado. No entanto, apesar de numerosos estudos sobre o assunto, não há resultados definitivos.²¹

A idade é um dos principais fatores de risco para a OA, pois a prevalência de OA sintomática aumenta a cada década de vida.⁵ Em todo o mundo, a prevalência é maior no grupo de 70 anos e mais, seguido pelo grupo de 50-69; outro estudo afirma que o período com importante afetação é entre 55 e 64 anos de idade.²² A idade mediana relatada neste estudo foi de 69 anos, e a média de outros estudos foi entre 63 e 65 anos.^{7,9} Neste país, 12% da população tem mais de 60 anos.¹⁷ Dado que a população idosa cresceu e continuará a crescer, assim como o aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas não apenas entre os idosos, mas o cenário em breve também aumentará a prevalência de OA.^{23,24} Apesar dessas condições, há uma falta de priorização nas políticas focadas nesse tipo de patologia, especialmente em jovens adultos.

Três quartos dos idosos hospitalizados estavam com sobrepeso ou obesidade. Outro estudo no México descreveu um IMC médio de 29,2 e 19,3% já apresentavam obesidade.⁷ A prevalência da obesidade dobrou desde 1980, atingindo mais de 600 milhões de pessoas, é um preditor de KOA e aumenta o risco em até 2,9 vezes em comparação com aqueles sem obesidade.^{2,3,5} AOA e obesidade contribuem para os 2,67 milhões de YLDs em todo o mundo, com um impacto notável na faixa etária entre 60 e 74 anos e nas mulheres.²⁵

Metade dos pacientes idosos no estudo tinha seguro de saúde. Entre os segurados, o IMSS (51%) e o INSABI (35,5%) foram os serviços de saúde pública predominantes. Seguro Popular, ativo de 2004 a 2020, foi substituído pelo INSABI, mas este foi extinto em 2022, e os pacientes foram absorvidos pelo IMSS Bienestar, uma ramificação do IMSS.¹⁷ Todas essas mudanças geraram incerteza entre os pacientes devido à falta de clareza nas regras de funcionamento. Apesar dessa cobertura, foi relatada uma diminuição no atendimento nas instituições públicas e um aumento na demanda por serviços privados e farmácias, devido à dificuldade de acesso aos serviços ambulatoriais nos sistemas de saúde pública.²⁶ Isso reflete a necessidade de melhorar não apenas a acessibilidade para um grupo vulnerável, como os idosos, mas também a qualidade do atendimento, a prevenção e a redução da deficiência em um grupo etário crescente.²³ Com o aumento esperado na demanda por cuidados de saúde, os custos envolvidos e um sistema de saúde com um sistema de adesão que mudou não apenas de nome, mas também nas regras de funcionamento, um cenário desafiador se aproxima na saúde pública no México. Os idosos incluídos no estudo tiveram uma estadia hospitalar curta (mediana de três dias); metade tinha seguro de saúde, e um quarto relatou não ter um.

A OA é uma das principais doenças que causam dor e incapacidade.⁶ Foi relatado que 53% dos pacientes com OA de joelho e quadril tiveram alívio inadequado da dor com a terapia analgésica.⁹ Além disso, mais da metade das pessoas já apresenta uma progressão significativa da doença no momento do início dos sintomas, tornando-as candidatas à intervenção cirúrgica.²² As intervenções para substituições totais de quadril e joelho aumentaram em 30% e 20%, respectivamente.²⁷ Embora a artroplastia total do joelho e do quadril sejam um dos procedimentos mais bem-sucedidos, há risco de recorrência de dor, eventos tromboembólicos e cardíacos, necessidade de nova operação e morte.²⁸ Dada a sintomatologia da doença e a necessidade de intervenção cirúrgica, estima-se que a demanda por cuidados de saúde para a população com OA aumente até cerca de quatro vezes em comparação

com aqueles sem OA, assim como a necessidade de hospitalização.²⁹ Nesse sentido, nos Estados Unidos, a OA estava entre as quatro causas mais comuns de hospitalização.³⁰ Portanto, espera-se que um aumento nos custos de saúde represente uma porcentagem significativa do orçamento de saúde.²⁹

Apesar dos múltiplos fatores de risco, da diversidade de opções terapêuticas e da necessidade de intervenção terapêutica precoce devido à lenta progressão da OA, não existem critérios diagnósticos precoces disponíveis nem o uso de imagens para a previsão e escolha do tratamento.²⁴ Outros autores mencionam que o problema reside na disseminação e implementação das diretrizes além da falta destas, principalmente na atenção primária.⁸

Como alguns dos fatores de risco para a apresentação de OA são modificáveis, os benefícios da educação do paciente, do suporte nutricional e do desenvolvimento promissor da fisioterapia tornam-se relevantes.^{8,10} Isso não só ajudará a reduzir o impacto da OA tanto em adultos mais velhos quanto em mais jovens, mas também pode contribuir para a redução dos fatores de risco para outras doenças crônicas e aumentar a qualidade de vida e a funcionalidade.

A perspectiva não parece encorajadora, por isso a colaboração multidisciplinar é necessária para o cuidado abrangente do paciente com OA, a melhoria na prevenção da doença e nos serviços de saúde em termos de infraestrutura e orçamento.

Limitações: As bases de dados analisadas careciam de variáveis importantes descritas na literatura, como tabagismo, menopausa em mulheres, histórico familiar de OA, ocupação da pessoa, prática de atividade física, presença de comorbidades e intervenção cirúrgica. Essa ausência representa uma limitação para uma compreensão mais abrangente da OA. É importante mencionar que, para avaliar o estado nutricional, foi utilizado o Índice de Massa Corporal com base no peso em quilogramas e altura em metros obtidos do banco de dados. No entanto, tem sido descrito na literatura que este índice não é o mais adequado

para determinar o estado nutricional entre os idosos; portanto, os achados devem ser interpretados com cautela. Não obstante as limitações descritas, esta é uma visão geral de uma patologia que mostra uma tendência de aumento e será um problema de saúde pública no México nos próximos anos.

5. Conclusão

As características dos pacientes e das patologias foram semelhantes às relatadas na literatura, mas constatou-se que muitos idosos não possuem seguro de saúde, e a tendência de hospitalização tem aumentado na última década, conforme a prevalência relatada em muitos estudos. Isso é importante para consideração por profissionais de saúde e fisioterapeutas. No México, alguns estudos já relatam a epidemiologia da OA de joelho e mão, os resultados da terapia para dor e a prevalência com base nos critérios clínicos e radiológicos. No entanto, até onde sabemos, não há estudos que descrevam as internações de pacientes idosos com OA.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Dr. Alfonso Cuevas pelo seu apoio com o mapeamento.

Contribuições dos autores

Os autores declararam que fizeram contribuições substanciais para o trabalho em termos de concepção ou desenho da pesquisa; a aquisição, análise ou interpretação dos dados para o trabalho; e a redação ou revisão crítica do conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesse

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas privadas e fundações, etc.) foi declarado para qualquer aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Pesquisa em Fisioterapia é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#), [LILACS](#) e [Scopus](#).



Referências

1. Woolf AD. Global burden of osteoarthritis and musculoskeletal diseases. *BMC Musculoskel Dis*. 2015;16(Suppl 1):S3. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-16-S1-S3>
2. GBD 2015 Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New Engl J Med*. 2017;377(1):13-27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
3. Steinmetz JD, Culbreth GT, Haile LM, Rafferty Q, Lo J, Fukutaki KG, et al. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(9):E508-E522. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00163-7](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00163-7)
4. Macías-Hernández SI, Zepeda-Borbón ER, Lara-Vázquez BI, Cuevas-Quintero NM, Morones-Alba JD, Cruz-Medina, et al. Prevalence of clinical and radiological osteoarthritis in knee, hip, and hand in an urban adult population of Mexico City. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2020;16(2):156-160. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.06.001>
5. Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2013;39(1):1-19. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2012.10.004>
6. Bernad-Pineda M, Las Heras-Sotos J, Garcés-Puentes MV. Quality of life in patients with knee and hip osteoarthritis. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2014;58(5):283-9. <https://doi.org/10.1016/j.recot.2014.04.005>
7. Espinosa R, Alcántar E, Álvarez E, Arce A, Díaz A, Esquivel J, et al. Clinical and epidemiologic characteristics of patients with osteoarthritis from the Mexican Initiative of Patients with Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis (IMPACTAR) [Internet]. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2016;24:S219-S220. Disponível em: [https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584\(16\)00442-8/fulltext](https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584(16)00442-8/fulltext)

8. Nelson AE, Allen KD, Golightly YM, Goode AP, Jordan JM. A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: the chronic osteoarthritis management initiative of the US bone and joint initiative. *Semin Arthritis Rheum.* 2014;43:701-12. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2013.11.012>
9. Burgos-Vargas R, Aggarwal J, Johnson KD, Ramey D, Lozano F, Macahilig C, et al. (2021). Results from a cross-sectional, observational study to assess inadequate pain relief in patients with knee and/or hip osteoarthritis in Mexico. *Reumatol Clin (Engl Ed).* 2021;17(7):397-403. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.11.008>
10. Wang W, Niu Y, Jia Q. Physical therapy as a promising treatment for osteoarthritis: A narrative review. *Frontiers in Physiology.* 2022;13:1-14. <https://doi.org/10.3389/fphys.2022.1011407>
11. Neogi T. The epidemiology and impact of pain in osteoarthritis. *Osteoarthr Cartilage.* 2013;21(9):1145-53. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2013.03.018>
12. Ghanjal A, Ghanjal M, Meskarpour-Amiri M. Measuring and valuing the lost productivity due to knee osteoarthritis and its effective factors among military personnel [Internet]. *J Military Med.* 2019;21(3):234-242. Disponible em: https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000822.html?lang=en
13. Dirección General de Información en Salud (Mexico). Datos abiertos. Base de datos de egresos hospitalarios 2010-2022 INEGI/SS [Internet]. Mexico City: Dirección General de Información en Salud; 2010-2022. Disponible em: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_egresoshosp_gobmx.html
14. Gobierno de Mexico. Día del adulto mayor. Pensionisste. Disponible em: <https://www.gob.mx/pensionisste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>
15. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE-10), volúmenes 1, 2 y 3. *Rev. Esp. Salud Publica.* 2003;77(5):661-661. Disponible em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000500015&lng=es
16. Mistry SK, Ali AM, Yadav UN, Ghimire S, Hossain MB, Shuvo S, et al. Older adults with non-communicable chronic conditions and their health care access amid COVID-19 pandemic in Bangladesh: Findings from a cross-sectional study. *PLoS One.* 2021;16(7):e0255534. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255534>
17. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (Mexico), Demografía y sociedad [Internet]. Mexico City: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2020. Disponible em: https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiciencia/#informacion_general
18. Timmermans EJ, Schaap LA, Herbolzheimer F, Dennison EM, Maggi S, Pedersen NL, et al. The influence of weather conditions on joint pain in older people with osteoarthritis: results from the European Project on OsteoArthritis. *J Rheumatol.* 2015;42(10):1885-92. <https://doi.org/10.3899/jrheum.141594>
19. Chen J, Li J, Li R, Wang H, Yang J, Xu J, et al. Efficacy and safety of tanezumab on osteoarthritis knee and hip pains: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Med.* 2017;18(2):374-85. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw262>
20. Szilagyi IA, Waarsing JH, van Meurs JB, Bierma-Zeinstra SM, Schiphof D. A systematic review of the sex differences in risk factors for knee osteoarthritis. *Rheumatology.* 2023;62(6):2037-47. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keac688>
21. Nguyen US, Saunders F, Martin K. Sex difference in OA: Should we blame estrogen?. *Eur J Rheumatol.* 2023;11(Suppl 1):S7-S14. <https://doi.org/10.5152/eurjrheum.2023.20193>
22. Deshpande BR, Katz JN, Solomon DH, Yelin EH, Hunter DJ, Messier SP. Number of persons with symptomatic knee osteoarthritis in the US: impact of race and ethnicity, age, sex, and obesity. *Arthrit Care Res.* 2016;68(12):1743-50. <https://doi.org/10.1002/acr.22897>
23. Parra-Rodríguez L, González-Meljem JM, Gómez-Dantés H, Gutiérrez-Robledo LM, López-Ortega M, García-Peña C, et al. The burden of disease in Mexican older adults: premature mortality challenging a limited-resource health system. *J Aging Health.* 2020;32(7-8):543-553. <https://doi.org/10.1177/0898264319836514>
24. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet.* 2019;393(10182):1745-59. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30417-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30417-9)
25. Zhao G, Zhu S, Zhang F, Zhang X, Zhang X, Li T, et al. Global Burden of osteoarthritis associated with high body mass index in 204 countries and territories, 1990–2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Endocrine.* 2023;79:60–71. <https://doi.org/10.1007/s12020-022-03201-w>
26. Flores-Hernández S, Mendoza-Alvarado LR, Vieyra-Romero WI, Moreno-Zegbe E, Bautista-Morales AC, Reyes-Morales H. La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. *Salud Publica Mex.* 2021;61(6):716-25. <https://doi.org/10.21149/10562>
27. Piscitelli P, Iolascon G, Di Tanna G, Bizzi E, Chitano G, Argentiero A, et al. Socioeconomic burden of total joint arthroplasty for symptomatic hip and knee osteoarthritis in the Italian population: a 5-year analysis based on hospitalization records. *Arthrit Care Res.* 2012;64(9):1320-7. <https://doi.org/10.1002/acr.21706>

28. Madry H. Surgical therapy in osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2022;30(8):1019-34. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2022.01.012>

29. Menon J, Mishra P. Health care resource use, health care expenditures and absenteeism costs associated with osteoarthritis in US healthcare system. *Osteoarthritis Cartilage*. 2018;26(4):480-4. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2017.12.007>

30. Murphy L, Helmick CG. The impact of osteoarthritis in the United States: a population-health perspective: a population-based review of the fourth most common cause of hospitalization in US adults. *Orthop Nurs*. 2012;31(2):85-91. <https://doi.org/10.1097/NOR.0b013e31824fcd42>