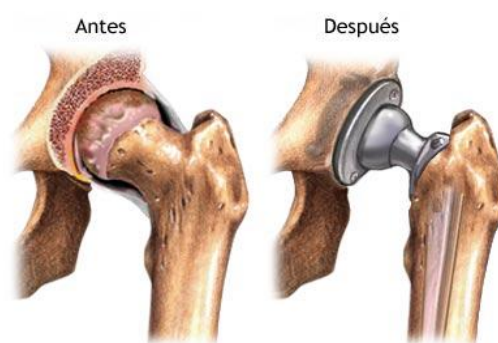


INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE PRÓTESIS DE CADERA

Traumatología Vistahermosa

Alicante 2016



TRAUMATOLOGÍA
VISTAHERMOSA

La información que se facilita es solo orientativa, para que usted entienda de manera general su enfermedad y la operación. Puede cambiar la forma de ser tratado si se considera que es mejor. La información meticulosa se la dará su cirujano.

EL DIAGNÓSTICO Y LA OPCIÓN DE LA PRÓTESIS

LA CADERA NORMAL

La cadera es la articulación entre la pelvis y la parte superior del fémur (hueso del muslo). En la pelvis existe una cavidad semiesférica (llamada acetábulo o cotilo) y la parte superior del fémur termina en forma de bola casi esférica (la cabeza del fémur).

Los dos huesos se mantienen en su posición por la cápsula que la cierra herméticamente, los ligamentos y los tendones de los músculos. Esa articulación se mueve doblándose (flexión), estirándose (extensión) y girando hacia los lados. Para evitar que al moverse los huesos (que son duros) rocen están revestidos de cartílago (que es un tejido blando) y se lubrican con un líquido (sinovial).

La cadera es muy importante, porque tiene que soportar el peso del cuerpo y a la vez moverse en casi todas direcciones para permitir andar, correr, agacharse, etc. El movimiento se produce al tensarse los músculos que están enganchados en la parte superior del fémur.



LA CADERA CON ARTROSIS



Bien porque ha habido algún traumatismo, porque está desviada, por una enfermedad reumática o simplemente por la edad, la cadera se desgasta perdiendo el cartílago con lo que se produce roce entre los huesos. Esto produce dolor, pérdida del movimiento y dificultad para andar.

LA PRÓTESIS DE CADERA

La prótesis de cadera es una articulación artificial para recambiar los extremos enfermos de los huesos y así quitar el dolor, facilitar el movimiento y poder caminar. Consta de dos partes metálicas (generalmente de un acero especial para medicina con titanio) que se colocan en los extremos de cada hueso: una superior para el cotilo y otra inferior para el fémur. Para evitar que los dos metales se rocen al mover la cadera, entre ambas partes (y acoplada en la superior) hay un tercer componente de material resistente al desgaste que puede ser de un plástico especial (polietileno) o de cerámica.

El componente superior tiene dos partes, una metálica (acetábulo) y la pieza que se coloca en su interior (inserto). La metálica es como una cavidad y se fija al hueso bien con un cemento especial o bien por encastre a presión (primero se ha fresado el hueso), y en este último caso el hueso al crecer debe "atrapar" y fijar a la pieza de la prótesis. A veces, y según la calidad del hueso, se pueden poner tornillos para agarrarlo.

El componente inferior para el fémur también tiene dos partes, una metálica para introducirla en el hueso del fémur (vástago) y la terminación en bola (cabeza) que puede ser o bien metálica o cerámica. Tras cortar la cabeza del fémur se introduce el su interior. También puede fijarse con cemento.

Cada tipo de fijación (cemento o a presión) tiene sus ventajas e inconvenientes, y sus indicaciones dependen de la edad, osteoporosis, calidad y daño producido en el hueso o tipo de prótesis que sea necesario colocar.



Componentes de la prótesis:
acetábulo + polietileno
y vástago + cabeza

Acetábulo fresado
y fémur cortado

Prótesis de cadera colocada

QUIÉN Y CUÁNDO PUEDE OPERARSE DE PRÓTESIS DE CADERA

No todos los enfermos pueden operarse de prótesis de cadera. No puede colocarse cuando hay demasiado riesgo de la anestesia para la salud del enfermo, demasiado riesgo en la cadera o cuando hay demasiado riesgo de que la operación salga mal. No se trata de que el cirujano prefiera no correr riesgos, se trata de que puede peligrar la vida del enfermo en unos casos, y en los otros en que es muy probable que aparezcan complicaciones (sobre todo infección y aflojamiento de la prótesis) que necesitarían de muchas operaciones pudiendo el enfermo quedar peor e incluso sin la cadera. Por ejemplo, no debe colocarse una prótesis o hacerlo con precaución:

- Por el riesgo para la salud: si hay enfermedades que debe valorar el anestesista.
- Por el riesgo de infección de la prótesis: si ha habido antes una infección de la cadera o de otro hueso, si toma medicación inmunosupresora.

- Por riesgo de fracaso de la prótesis: si excesivo peso (índice de masa corporal mayor de 30; y si es mayor de 35 hay además riesgo de complicaciones y de peligro para la vida); si enfermedades nerviosas o musculares.

La prótesis de cadera es el último recurso, por tanto debe haber estado con medicinas para el dolor (y rehabilitación si procede) durante un largo tiempo y que no hayan hecho efecto. Si el dolor es soportable para andar, no es necesario operar en ese momento. Cuanto más se retrase la operación (sobre todo en los más jóvenes) más tiempo durará sin aflojarse o desgastarse.

Si tiene sobrepeso (y más si es obeso), tiene que perder peso (si es necesario con dieta por un médico) para no sobrecargar la cadera tras la operación.

LOS RIESGOS DE LA OPERACIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA

Debe entender que la operación es de mucha envergadura y compleja, considerada de cirugía mayor, por lo que podría haber riesgos importantes durante y después de la operación y muchas veces son necesarias transfusiones de sangre. De estas posibles complicaciones se dan más detalles en la Hoja de Consentimiento Informado que deberá leer y firmar antes de que sea operado.

La mayor complicación de la prótesis es la infección, que puede ocurrir aunque se den antibióticos ya que es un mecanismo metálico muy grande introducido en el cuerpo. Es infrecuente (1-2 %), pero cuando ocurre necesita de varias intervenciones y en la mayoría de los casos con malos resultados y pudiendo ser necesario retirar la prótesis para siempre y dejar la cadera sin soporte.

La prótesis de cadera es una pieza de mecánica y por eso puede dañarse, romperse, desgastarse o aflojarse (que no se pegue bien al hueso o se desprege del mismo), en cuyo caso se mueve y produce dolor constante. En todos estos casos hay que volver a operar para colocar una nueva prótesis si es posible.

Por eso, la operación de prótesis debe ser la última alternativa, cuando el tratamiento con medicamentos no ha dado resultado y no queda otra opción.

QUE SE ESPERA DE LA PRÓTESIS Y CUÁNTO DURA

Por buena que sea, la prótesis es un elemento artificial y nunca será igual que tener una cadera sana. Se pretende en primer lugar quitar el dolor y luego darle movilidad y capacidad de andar para que pueda realizar una vida lo más natural posible dentro de su condición física y edad. No pretenda hacer trabajos pesados o volver a realizar un deporte de esfuerzo.

El tiempo de duración (para aflojarse o desgastarse) es imprevisible pues depende de muchos factores, como la edad, el estado de los huesos (osteoporosis, otras enfermedades de los huesos), actividad física (y peso), deportes, etc. En general y si no hay complicaciones, debe durar al menos 10 años (algunos solo 5 y otros 15 años o más). Con el paso del tiempo, el mayor problema es el aflojamiento (o despegamiento del hueso), de manera que hacia los 10 años una décima parte de las prótesis se aflojan algo, aunque solo la mitad de ellas hay que reoperarlas por el dolor.

El otro problema con el tiempo, y según el uso que se le dé, es el desgaste de la parte intermedia o inserto aunque cada vez se inventan mejores materiales para su fabricación.

LA OPERACIÓN DE LA PRÓTESIS

PREPARACIÓN PARA LA OPERACIÓN

- Se le realizarán unas pruebas (análisis de sangre variados, electrocardiograma para ver el estado del corazón y radiografía del pecho). Será citado en la consulta del anestesista, que estudiará esas pruebas, así como las enfermedades que tenga y las medicinas que tome. Con todo ello, valorará el riesgo para que pueda o no ser operado.

- En el momento del ingreso, el día de la operación, le realizarán de nuevo unos análisis para que vean su grupo sanguíneo y le reserven sangre, por si necesitase transfusiones durante o después de la operación.

- Si toma medicación para la coagulación de la sangre (Sintrom, Clopidogrel, etc.) debe avisarlo en la consulta lo antes posible, para que se le retire y en su caso se sustituya por otra medicina más acorde con la operación que se le va a realizar.

INGRESO PARA LA OPERACIÓN

- Habitualmente, ingresará en la Clínica la mañana de la operación (para que le preparen, si necesita alguna medicina, reserva de sangre, etc.) y se procederá a continuación a la cirugía, el mismo día.

- Debe acudir habiéndose duchado (con gel normal), con las uñas del pie bien cortadas y limpias. Lleve a la Clínica sus objetos de aseo personal, zapatilla y si lo prefiere su propio camisón, pijama o bata.

- Para poder operarle, tiene que estar en ayunas desde 12 horas antes de la operación. En ese tiempo no puede comer ni beber nada, ni un chupito de agua.

- Si está tomando medicamentos habitualmente, debe llevarlos al hospital y preguntar en la planta si puede tomarlos.

- En la planta del hospital, la enfermera valorará como está, le revisarán la temperatura, el pulso, la respiración y la presión arterial.

- Le colocarán una vía periférica (en vena) para poder darle sueros y medicamentos.

- Le darán medicinas, para prepararle para la anestesia, que esté tranquilo y para reducir el riesgo de infección y embolias.

- Debe quitarse cualquier cosa metálica (como medallas, anillos, etc.) y si usa dentadura postiza que se pueda quitar debe retirarla para ir al quirófano.

LA OPERACIÓN

- Le llevarán en camilla al quirófano una media hora antes de que empiece la operación. Esto es para que el anestesista vuelva a revisarle y vea si está en condiciones de operarse en ese momento (puede haber comido o bebido, puede haberse acelerado el corazón, puede respirar mal, podría sangrar en exceso, etc., todo lo cual podría ser peligroso para su vida).



- En la mayoría de los casos no se emplea anestesia general (salvo que por su estado de salud el anestesista lo considere necesario), sino que se realiza anestesia espinal (o epidural), mediante una pequeña punción en la espalda que le duerme de cintura para abajo. Además, suelen sedarle, para que esté adormilado y esté más tranquilo durante la cirugía.

- Dependiendo de cómo se encuentre deteriorada la cadera (las radiografías ayudan al diagnóstico, pero el verdadero estado se ve en la misma operación), la operación normalmente dura más o menos 2 horas. Pero puede alargarse si además de la prótesis hay que realizar otras cosas (por ejemplo, injerto de hueso), poner prótesis especiales, etc. Por eso los familiares tienen que tener paciencia. No se preocupe porque siempre e inmediatamente tras acabar la operación el cirujano procederá a informarles por teléfono o en persona en la habitación (aunque todavía no podrán ver al enfermo).

- Cuando acaba la operación, el enfermo todavía queda un tiempo en el quirófano para que sea atendido por el anestesista, y luego se le lleva a Reanimación para ser vigilado estrechamente y con los aparatos necesarios, donde si no hay complicaciones y el enfermo no tiene otras enfermedades estará unas 1-2 horas. Cuando el anestesista opina que está en condiciones es cuando se le lleva a su habitación en la planta, donde le esperan los familiares.

DESPUÉS DE LA OPERACIÓN

- Al llegar a la planta, la enfermera volverá a revisarle para ver como se encuentra.
- La vía periférica (en vena) se mantendrá por si necesita líquidos y medicación. También en los primeros días para antibióticos y para el dolor. Generalmente se mantiene la vena el día de la operación y el primero o segundo días después.
 - Diariamente le darán pinchazos debajo de la piel para reducir el riesgo de embolias (luego continuará con ello en su casa, hasta más o menos un mes y medio desde la operación).
 - Le dirán si puede seguir tomando las medicinas que habitualmente tomaba.
 - Se le harán radiografías de control de la operación.
 - Puede que sea necesario realizarle análisis de sangre, para valorar su estado y cuanto ha perdido (por si necesita transfusión).
 - Diariamente, le visitará el cirujano por la mañana para ver como está. Hágale las preguntas que considere necesarias.
 - Las enfermeras están en la planta las 24 horas, y por las mañanas le curarán, si lo consideraran conveniente (sangrado excesivo...). Hágale las preguntas que considere necesarias.

CONTROL DEL DOLOR

- Es una operación importante, pero el mayor dolor dura uno o dos días, y durante ese tiempo se le dará medicación por vena. El dolor debe ser soportable y es imprescindible que se mueva pronto por lo que no dude en avisar a la enfermera si los medicamentos no hacen el efecto deseado.
 - A partir del segundo día después de la operación suele calmarse el dolor con medicación por boca, en cuyo caso se le retiraría la vía de la vena.

COMIDA Y ASEO

- Hasta unas horas después de la operación seguirá en ayunas, para luego ver si tolera bien los líquidos y no vomita. Luego se le dará dieta blanda, y a la mañana siguiente la dieta normal del hospital.
 - Después de la anestesia puede tener dificultades para orinar, avise a la enfermera.
 - Si tiene estreñimiento, avise a la enfermera.
 - En condiciones normales, al día siguiente de la cirugía podrá levantarse e ir al cuarto de baño.

MOVERSE EN CAMA Y SENTADO

- Dependiendo de la operación, el médico le dirá si puede moverse en la cama o debe estar quieto.
- El día de la operación estará en reposo en cama, pudiendo ser necesario colocarles algo para que separe las piernas (aunque no siempre es necesario).

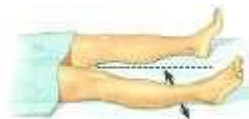


- En el primer día después de la operación le ayudarán a sentarse en sillón. Es importante para evitar las embolias. Además, cuanto antes se siente podrá comenzar a intentar andar y recuperarse. En el sillón debe estar el mayor tiempo posible, y comer sentado.

- Cuando esté en la cama debe hacer ejercicios con la pierna para que circule mejor la sangre y evitar embolias: mover el tobillo llevando el pie adelante y atrás, estirar la rodilla haciendo fuerza contra el colchón contando hasta 5, flexionar la rodilla arrastrando el talón en la cama, separar y juntar las piernas. Es difícil al principio y puede que no lo consiga de inmediato, pero debe hacer el esfuerzo de intentarlo.



Mover el tobillo



Juntar y separar las piernas



Flexionar la rodilla

- Cuando esté sentado debe tener la rodilla doblada para que no se agarrote y el pie apoyado en el suelo o sobre un cojín. Si eleva la pierna (por ejemplo en una silla), luego le dolerá mucho la corva de la rodilla y no podrá moverla. Sólo debe tener la pierna elevada (sobre una silla) para descansar.



Sentado, doblar la rodilla e intentar levantar la pierna



Sentado, el pie tiene que estar la mayor parte del tiempo apoyado en el suelo.



APOYAR Y ANDAR



- El fisioterapeuta y los familiares le ayudarán a levantarse de la cama y sentarse, que suele hacerse el primer día después de la operación. Se necesitan unas muletas o andador para empezar a apoyar y andar.

- No se preocupe, pues la prótesis aguanta perfectamente el peso. Si su operación lo permite (se lo dirá el cirujano), con el andador o las muletas podrá levantarse y comenzar a apoyar el peso y caminar por la habitación, para ir al aseo, etc., el día siguiente a la operación.

- No ande con las rodillas dobladas (intente estirarlas) porque apoyará más inseguro y le dolerá la corva.

DE VUELTA A SU CASA

- Si la operación ha salido bien, y si están controladas otras enfermedades que tuviera, estará en el hospital 3 días. No es un tiempo corto, es el tiempo que internacionalmente se ha visto que es mejor. La estancia en el hospital puede desorientar al enfermo y puede coger infecciones. El día del alta el cirujano le revisará y se asegurará que está en condiciones de darle de alta. El cirujano y las enfermeras le darán las instrucciones y recomendaciones necesarias, así como cuándo y dónde le curarán y cuándo debe volver para radiografías y para revisión en la consulta.

- Le darán por escrito un Informe de Alta, con instrucciones. En él se especifica el tratamiento realizado y el tipo de prótesis implantada, se adjuntan las instrucciones con la medicación que necesitará tomar en el postoperatorio, así como una hoja con normas posturales sobre qué está permitido y qué no está permitido hacer.

- El fisioterapeuta, que le visitará durante su estancia en el hospital, le dirá si es necesario que vaya a rehabilitación y cómo hacer para gestionarlo.

- Para el traslado a su domicilio, habitualmente no es necesaria ambulancia.

EN SU CASA

- Se le mandará una medicación para evitar la embolia, que deberá tomar diariamente. Habitualmente será con una inyección bajo la piel y durante el tiempo que le haya dicho su cirujano.

- Siga con las medicinas que tomaba habitualmente, bajo el control de su médico de cabecera.
- Retire de su casa todo con lo que pueda tropezar, como alfombras, cables, etc.
- Debe estar el mayor tiempo posible sentado o andando, la cama es para dormir por la noche.
- No cruce las piernas ni se sienta en sillas bajas ni en sillones muy blandos, pues le será difícil levantarse al tener que hacer mucha fuerza y corre peligro de que la prótesis se salga de su sitio (luxación).



- Al ir al baño, tenga cuidado con no resbalarse, para ducharse, mejor sentado. Para sentarse en el aseo no lo haga cayendo de golpe, mantenga el peso y haga fuerza con la pierna no operada.

- Con los apósitos que empleamos en la Clínica, que son impermeables, podrá ducharse, y de forma habitual se cambiarán una vez por semana. Para ducharse, mejor sentado y cuando le hayan quitado los puntos puede lavar la herida con jabón normal.
- Debe seguir practicando andar con el andador, un rato por la mañana y otro por la tarde.
- Hacia la segunda-tercera semana empezar a dejar el andador e ir con muletas.
- A partir de las 2-3 semanas debe intentar salir a la calle con muletas, al menos media hora cada día.
- En cuanto pueda, debe practicar el subir y bajar escaleras o bordillos. Cuanto antes, mejor.



En cuanto pueda, deje el andador y use las muletas.
Practique en subir y bajar escalera.

CONTROLES Y ALTA DEFINITIVA

- Se le irá revisando en consultas, siendo dado de alta de la operación (y laboral, si procede) aproximadamente a los 4-6 meses.
- Para el traslado a consultas, habitualmente no es necesaria ambulancia.
- Aunque se le dé de alta (en el sentido de no tener que tomar más medidas médicas), la prótesis tiene que seguir siendo revisada anualmente al menos hasta 2 años, y en general se recomienda durante toda la vida, una vez cada año o dos años.

FUTURO DE LA PRÓTESIS

Las prótesis de cadera actuales son muy eficaces. Pero debe tener en cuenta que es un mecanismo de ingeniería y por tanto no puede durar para siempre, por lo que aunque pueda hacer una vida normal no debe castigarla.

- No debe engordar, para que la prótesis no soporte más peso del necesario.
- Debe evitar agacharse en cuclillas, arrodillarse, levantar pesos, etc.
- No debe realizar deportes que exigen un gran esfuerzo.
- No debe sentarse en sillas bajas ni cruzar las piernas (puede luxarse al cabo de mucho tiempo)
- Debe tener en cuenta que aunque la operación haya sido un completo éxito, usted está discapacitado con una cadera artificial. El mejor ejercicio es andar, aunque no por terreno muy irregular (senderismo con riesgo). Puede también ir en bicicleta (si no se cae), bailar, etc.