

INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE PRÓTESIS DE RODILLA

Traumatología Vistahermosa

Alicante 2016



**TRAUMATOLOGÍA
VISTAHERMOSA**

Este folleto es solo orientativo, 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.

LA RODILLA NORMAL

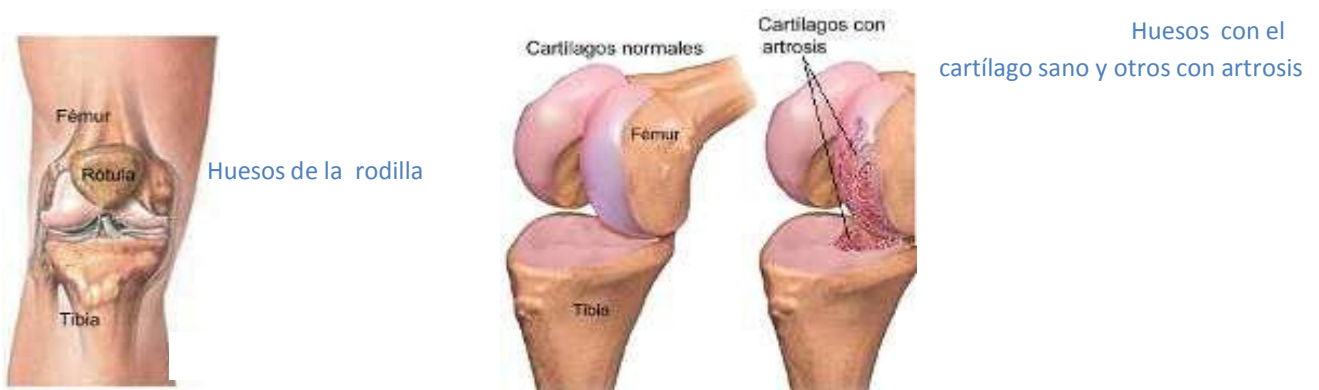
La rodilla es la articulación entre la parte final del fémur (hueso del muslo) y la parte superior de la tibia (hueso de la pierna), teniendo delante otro hueso redondeado llamado rótula.

Esa articulación se mueve doblándose (flexión) y estirándose (extensión) y para evitar que rocen los huesos (que son duros) estos están revestidos de cartílago (tejido blando) y se lubrican con un líquido (sinovial).

El movimiento se produce por los músculos. Además, para que la rodilla sea estable, tiene unos ligamentos (cruzados y laterales) que la mantienen en su posición al estar de pie o al andar o correr.

LA RODILLA CON ARTROSIS

Bien porque ha habido algún traumatismo, porque la rodilla está desviada (no recta) o simplemente por la edad, la rodilla se desgasta perdiendo el cartílago con lo que se produce roce entre los huesos. Esto produce dolor, pérdida del movimiento y puede aumentar la desviación de la rodilla.



LA PRÓTESIS DE RODILLA

La prótesis de rodilla 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 fémur y otra inferior para la tibia. Para evitar que los dos metales se rocen al mover la rodilla, entre ambas partes (y acoplada en la inferior) hay un tercer componente de un plástico especial (polietileno). Si la rótula también está dañada, puede ponerse otro pequeño componente en forma de botón para ella. Los componentes se fijan al hueso bien con un cemento especial o bien por encastre, y en este último caso el hueso al crecer debe "atrapar" y fijar a la pieza de la prótesis. Una y otra fijación tiene sus ventajas e inconvenientes, dependiendo sus indicaciones de la edad, osteoporosis, calidad y daño producido en el hueso o tipo de prótesis que sea necesario colocar.

Huesos de la rodilla con los extremos cortados



Partes de la prótesis de rodilla (sin rótula)



Prótesis de rodilla colocada (sin rótula)

QUIÉN Y CUÁNDO PUEDE OPERARSE DE PRÓTESIS DE RODILLA

No todos los enfermos pueden operarse de prótesis de rodilla. No puede colocarse cuando hay demasiado riesgo de la anestesia para la salud del enfermo, demasiado riesgo en la rodilla 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 con la rodilla rígida para siempre. Por ejemplo, no debe colocarse o con precaución:

- Por el riesgo para la salud: si enfermedades que debe valorar el anestesista
- Por el riesgo de infección de la prótesis: si ha habido antes una infección de la rodilla o de otro hueso, si toma anticancerígenos (citostáticos) u otra medicación inmunosupresora.
- Por el 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 rodilla es el último recurso, por tanto antes de ello debe haber probado con medicinas para el dolor (y rehabilitación si procede) durante un largo tiempo y que no hayan hecho efecto. Mientras el dolor sea 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 rodilla tras la operación.

LOS RIESGOS DE LA OPERACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA

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%), pero cuando ocurre puede necesitar de varias operaciones y en muchos de los casos los resultados serán malos y pudiendo ser necesario retirar la prótesis y dejar la rodilla rígida para siempre.

Otra complicación es que se produzca mucha fibrosis interna con lo que no podría mover la rodilla, o moverla muy poco, produciendo dolor al apoyar o caminar. Para recuperarla, a veces es necesaria otra operación.

La prótesis de rodilla es una pieza de mecánica y por eso puede dañarse, romperse, desgastarse o aflojarse (que no se pegue bien al hueso o se despegue 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 rodilla 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 que dura una prótesis (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 7-10 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 quinta 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 de plástico aunque cada vez se inventan mejores materiales para su fabricación.

A 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 anestésico, 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.
- Poco antes del día de la operación (generalmente el día anterior), tendrá que ir otra vez a 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, 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

- Según el enfermo, ingresará en el hospital la tarde anterior a la operación (para que le preparen, si necesita alguna medicina, por la anestesia, etc.) o bien ingresará la misma mañana de la operación.
- Debe acudir habiéndose duchado (con gel normal), las uñas del pie bien cortadas y limpias. Lleve al hospital 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 pulsera de plástico con su nombre. No debe quitársela, pues si está dormido es la única forma de identificarle.
- 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 puede 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 un pequeño pinchazo en la espalda que le duerme de cintura para abajo. Además, suelen sedarle para que esté adormilado y se entere poco de lo que pasa a su alrededor.



- Dependiendo de cómo se encuentre deteriorada la rodilla (las radiografías ayudan al diagnóstico, pero el verdadero estado se ve en la misma operación), la operación normalmente dura más o menos 1 hora. Pero puede alargarse si además de colocar la prótesis hay que hacer más cosas, como reparar los ligamentos, injertos de hueso, poner prótesis especiales, etc. Por eso, los familiares tienen que tener paciencia, no se preocupen porque siempre e inmediatamente de acabada la operación el cirujano llamará para informar a los familiares (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 anestésista, 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 3-4 horas. Cuando el anestésista 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 cómo se encuentra.
- Tendrá vendada la rodilla operada, pero la otra pierna también puede estar vendada (esto es para evitar embolias).
- 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 pastilla o pinchazos debajo de la piel para reducir el riesgo de embolias (luego continuará con ello en su casa, hasta más o menos entre quince días y un mes 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 se estimara conveniente. 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 mueva pronto la rodilla, por lo que no dude en avisar a la enfermera si los medicamentos no hacen el efecto deseado.
- A partir del tercer día después de la operación el dolor suele ser tolerable con medicación por boca, en cuyo caso se le retiraría la vía de la vena.

COMIDA Y ASEO

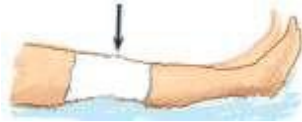
- Hasta unas horas después de la operación seguirá en ayunas. Luego la enfermera verá si tolera bien los líquidos y no vomita. Entonces se le dará una dieta blanda, y a la mañana siguiente la dieta normal del hospital.
- Después de la anestesia puede tener dificultades para orinar, avise a la enfermera.
- Si tiene estreñimiento, avise a la enfermera.
- Al principio le asearán en la cama con usted acostado y así hará sus necesidades, pero el primer día podrá levantarse e ir al cuarto de baño.

MOVER LA RODILLA, EN CAMA Y SENTADO

- Es imprescindible que la rodilla operada se mueva inmediatamente (si el dolor lo permite), para evitar que se quede rígida. Cuanto más tarde se empiece a mover, más costará y puede quedar sin la movilidad adecuada. Se considera que para poder andar adecuadamente debe doblar la rodilla al menos 90 grados (en escuadra estando sentado) y poder estirla al completo (recta).
- Esa misma tarde después de la operación debe empezar a realizar ejercicios. No se preocupe si no le ponen un aparato para mover la rodilla. Lo mejor es que usted mismo haga el esfuerzo de mover la rodilla, que es como de verdad se hace ejercicio y no que la máquina lo haga por usted.
- Es muy importante que mueva el tobillo llevando el pie adelante y atrás, para que circule mejor la sangre de la pierna.



- En la cama debe tener la rodilla estirada e intentar ponerla recta haciendo fuerza hacia el colchón (vea el dibujo): apriete lo que pueda y mantenga la fuerza durante contando hasta 5; luego suelte y descance otros 3; repita esto al menos 5 veces (mejor 10) por la mañana y otra vez por la tarde.



- Así mismo, en la cama debe comenzar a intentar levantar la pierna con la rodilla estirada, aunque no pueda haga el esfuerzo.
- A partir de la mañana de ese primer día después de la operación debe seguir los ejercicios de la rodilla. Además se le sentará en sillón. Es muy importante porque reduce el riesgo de sufrir embolias. Debe comer sentado.



- De vez en cuando (vea el dibujo) intente doblar la rodilla lo que pueda (arrastrando el pie por el suelo), luego levante la pierna con la rodilla estirada haciendo fuerza para mantenerla en el aire hasta contar 3 (es difícil al principio, pero debe intentarlo aunque no lo consiga completamente). Este ejercicio debe repetirlo cuanto más mejor, en el hospital y cuando esté en su casa.



Sentado,
doblar la
rodilla todo lo
que pueda



y luego levantar la
pierna estirando la
rodilla. Aunque al
principio no pueda,
inténtelo

APOYAR Y ANDAR

- La enfermera y sus familiares le ayudarán a levantarse de la cama y sentarse, que suele hacerse el primer día después de la operación.
- Se le recetará un andador o un par de bastones ingleses, que sus familiares deben traer. No se preocupe, pues la prótesis aguanta perfectamente el peso. Si su operación lo permite (se lo dirá el cirujano), con el andador podrá levantarse y comenzar a apoyar el peso y caminar por la habitación, para ir al aseo, etc.
- No ande con la rodilla doblada (intente estirla) porque apoyará más inseguro, le dolerá la corva y puede quedarse encogida con el tiempo.



DE VUELTA A SU CASA

- Si la operación ha salido bien, y si están controladas otras enfermedades que tuviera, estará en el hospital 4 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. Ese cuarto día el cirujano le revisará y si está en condiciones le dará el 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. Este informe puede tardar unas horas, pues debe realizarlo el cirujano después de pasar visita a todos los enfermos de la planta. Si fuera conveniente, el enfermo puede irse a su casa, quedando un familiar para recibir el Informe y las instrucciones.
- El fisioterapeuta, que le visitará durante su estancia en el hospital, le dirá recomendaciones para los ejercicios y le explicará la ayuda de la rehabilitación
- 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.
- Recuerde que debe seguir haciendo los ejercicios para mover la rodilla todos los días.
- No se sienta en sillas bajas ni en sillones muy blandos, pues le será difícil levantarse al tener que hacer mucha fuerza con la rodilla.



- Al ir al baño, tenga cuidado con no resbalarse. Para sentarse en el aseo no lo haga cayendo de golpe, mantenga el peso y haga fuerza con la pierna no operada.
- Para asearse, hágalo con cuidado. Habitualmente no podrá ducharse hasta que le quiten los puntos, que suele ser a las 2-3 semanas. Para ducharse, mejor sentado y cuando le hayan quitado los puntos puede lavar la herida con jabón normal.
- Desde el primer día en su casa, debe seguir realizando ejercicios con la rodilla y andar cada vez un poco más con el andador o mejor con bastones (en cuanto pueda). Haga los ejercicios un rato por la mañana (media hora) y otro por la tarde (media hora).
- Usted solo, con el andador o bastones, debe ir al aseo y moverse por su casa.
- Después de las 2-3 semanas debe dejar de utilizar el andador y usar solo bastones. Debe intentar salir a la calle con 2 bastones (si sólo usa uno mejor en el lado de la pierna sana) 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.

- Si conduce, podrá volver a hacerlo en unos 2-3 meses, cuando maneje bien la pierna estando sentado.

CONTROLES Y ALTA DEFINITIVA

- Se le irá revisando en consultas, siendo dado de alta de la operación (y laboral, si procede) aproximadamente a los 6 meses.
- Para el traslado a consultas, habitualmente no es necesaria ambulancia.
- Algunos pacientes que al principio no han recuperado totalmente la movilidad de la rodilla pueden ir ganando con el tiempo, pero más lentamente.
- 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 toda la vida.

FUTURO DE LA PRÓTESIS

Las prótesis de rodilla 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.

- No debe realizar deportes de contacto, ni los que exigen un gran esfuerzo en la rodilla (tenis, esquí, fútbol, etc.).
- Debe evitar agacharse en cuclillas, arrodillarse, levantar pesos, etc.
- Debe tener en cuenta que aunque la operación haya sido un completo éxito, usted está discapacitado con una rodilla artificial. El mejor ejercicio es andar, aunque procurando que el piso sea llano (cuidado con el terreno irregular, el campo, etc.). Puede ir en bicicleta (si no se cae), bailar, etc.