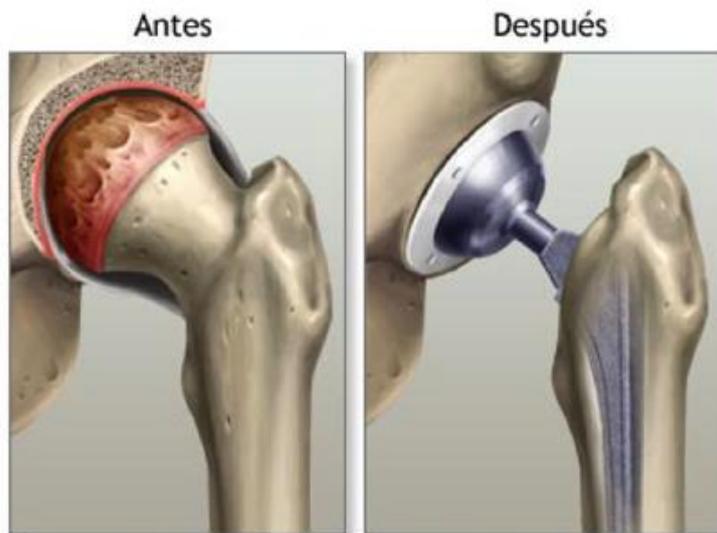


LA PRÓTESIS DE CADERA

La prótesis de cadera sustituye la articulación formada por la cabeza del fémur y el cótilo de la pelvis, por unos implantes metálicos. Permite reducir o eliminar el dolor, mejorar la movilidad articular, y volver a caminar con normalidad.

Coxartrosis



DOLOR DE CADERA. COXALGIA



1-.Consulta ambulatoria

La **artrosis** causa dolor en la ingle que se irradia hacia la rodilla y bloquea los movimientos de giro. Es muy característico que se refiera dificultad para colocarse los calcetines o los zapatos.

Presenta limitación para flexionar y girar la cadera. Puede tener dolor cuando está sentado y cuando comienza a caminar.

Inicialmente solicitamos radiografías simples; puede ser necesario realizar resonancia magnética o TAC según la sospecha diagnóstica.

Existen varias causas de daño articular:

Coxartrosis primaria: cadera normal sin malformaciones.

Coxartrosis secundaria: cadera con malformaciones:

| |
|--|
| >Trastornos del desarrollo embrionario |
| >Displasias |
| >Secuelas de enfermedades infantiles |
| >Enfermedades reumáticas |
| >Infecciones |
| >Necrosis avascular |
| >Dismetría (Diferencia de longitud de las dos piernas) |

2-.Diagnóstico diferencial

El dolor en la zona inguinal puede deberse a **otras causas**:

Fracturas, Hernia inguinal, Lesiones musculares (tendinitis, roturas fibrilares), Cólico renal, Bursitis, etc.

3-. Tratamiento

En el caso de la artrosis de cadera, existen diversos tratamientos en función de la gravedad de la misma:

3.1-CONSERVADOR

-Antinflamatorios: se utilizan en estadíos precoces y de forma puntual, o en estados avanzados, previo al tratamiento quirúrgico.

-Ejercicio: la realización de actividad física sin impacto, como caminar, se recomienda siempre que sea posible, para evitar pérdida de masa muscular, la rigidez articular y favorecer la circulación del líquido intrarticular.

-Rehabilitación: ayuda a potenciar musculatura, tratar sobrecargas musculares, mejorar el balance articular y disminuir el dolor.

-Infiltraciones: hay diversos productos que pueden utilizarse:

| | |
|--------------------------------------|--|
| CORTICOIDES | Efecto antinflamatorio , no uso excesivo |
| HIALURONICO | Efecto "amortiguador" en articulaciones de carga |
| FACTORES DE CRECIMIENTO (PRP) | Efecto antinflamatorio |
| CELULAS MADRE CONCENTRADAS | Efecto antinflamatorio, Efecto biológico |

3.2-QUIRÚRGICO

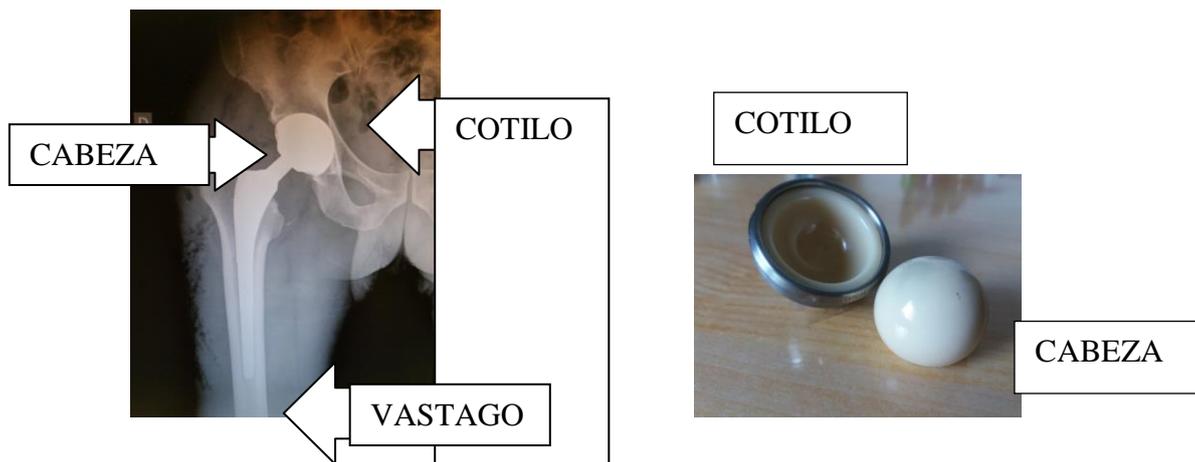
Consiste en sustituir el hueso dañado de la articulación, por una prótesis.

Las prótesis tienen los siguientes componentes:

-**cabeza**: parte esférica que sustituye a la cabeza femoral, y que permite la movilidad. Puede ser de metal (aleaciones de cromo-cobalto) o de cerámica.

-**cótilo**: parte que se implanta en el hueso pélvico. Puede ser metálico o polietileno (un tipo de plástico), y contribuye a la congruencia articular.

-**vástago**: parte que se introduce dentro del hueso femoral y será solidario con la cabeza de la prótesis. Siempre es metálico (cromo-cobalto, titanio).



-entre la cabeza protésica y el cótilo debe existir una superficie, que puede ser de polietileno, cerámica o metal, donde se establece el contacto y la fricción de la nueva articulación.



Las prótesis de cadera pueden ser de dos tipos, en función del tipo de contacto que mantengan con el hueso del paciente:

-cementadas: necesitan una sustancia o resina sintética que llamamos cemento (polimetilmetil metacrilato- PMMA) para su fijación al hueso. Se usan principalmente en pacientes de edad avanzada y/o con insuficiente calidad ósea.

-no cementadas (press fit): la superficie de la prótesis está tratada especialmente para permitir una correcta adhesión al hueso. Se coloca a presión en el mismo. Pueden utilizarse si la calidad ósea es aceptable, incluso en pacientes de edad avanzada (mayores de 70 años)

En ocasiones la decisión de utilizar un tipo de implante u otro se realiza en el mismo quirófano en función de la calidad ósea que se aprecia durante la intervención.

PROTOCOLO PRÓTESIS DE CADERA

1-Consentimiento informado: Si el tratamiento requerido es quirúrgico, el paciente es informado de los riesgos de la intervención quirúrgica y se procede a la firma del documento, donde acepta ser tratado con la intervención indicada. **VER CONSENTIMIENTOS INFORMADOS**

2-Solicitud de preoperatorio: el paciente realizará, previo a la cirugía, una analítica, un electrocardiograma y será visitado por el Anestesiólogo.

3-Programación del día de intervención: nos pondremos en contacto con usted para informarle del día y hora de la intervención quirúrgica.

HOSPITALIZACIÓN

DIA DE INGRESO

1-Debe realizar **8 horas de ayuno** (alimento y líquidos) previo a la cirugía.

2-El paciente ingresa en nuestro centro aproximadamente dos horas antes de la intervención quirúrgica.

3-Antes de la intervención, el paciente **se duchará con un jabón de clorhexidina**, para reducir el riesgo de infección a través de los gérmenes de nuestra propia piel.

3-**Traslado a quirófano:** aproximadamente 30 minutos antes de la intervención. A su llegada se colocará una vía endovenosa para administrar medicación y se procederá a realizar la anestesia previamente informada al paciente (normalmente epidural).

4-**Intervención quirúrgica:**

-este procedimiento suele requerir entre 1.5 a 2 horas de duración.

-el paciente se coloca de lado sobre la mesa de intervención quirúrgica.

-se procede a la sustitución de la articulación dañada por los componentes de la prótesis.

-se realiza el cierre de la musculatura y de la piel. Se cubre la herida con un apósito.

-se traslada al paciente en su cama a la sala de reanimación.

-se colocan una almohada entre las piernas para evitar que gire el pie hacia dentro y evitar la luxación de la prótesis.

5-**Reanimación:** tras la cirugía, el paciente permanece entre 1.5 y dos horas en la sala de reanimación donde se realiza una analítica de sangre, se controlan las constantes vitales y se optimiza la analgesia. Posteriormente se traslada a su habitación, donde pasadas unas horas podrá comenzar a ingerir líquidos (aproximadamente 6 horas después de finalizar la intervención quirúrgica).

El paciente podrá levantarse para ir al baño si lo necesita, caminando con ayuda de muletas, y siempre previo conocimiento del personal sanitario. Si tiene mucho dolor o siente mareos se podrá utilizar una cuña en la cama.

PRIMER DIA

1-**Analítica:** control de hemoglobina durante los dos primeros días. Si las cifras son insuficientes, puede precisar una transfusión sanguínea o suplementación farmacológica.

2-**Inicio de rehabilitación:** los rehabilitadores le mostrarán los ejercicios adecuados para fortalecer la musculatura, entrar y salir de la cama, subir escaleras,.. y que movimientos NO debe realizar para evitar la luxación de la cadera. Comenzará utilizando dos muletas o un caminador. Según el tipo de prótesis se autorizará un apoyo distinto de la extremidad: cementada (podrá cargar todo el peso sobre la cadera operada) o no cementada (cargará parte del peso sobre la cadera, y se ayudara de muletas o caminador para evitar la carga total, y evitar el hundimiento inicial de la prótesis).

3-. Realizamos una radiografía de control postoperatorio. Se entregará al paciente una copia de la misma.

SEGUNDO –TERCER DÍA

- 1- Ejercicios de **rehabilitación** diarios.
- 2- **Cura de la herida** quirúrgica cada 48 h o cuando el apósito esta empapado
- 3- **Analgesia:** la medicación para el dolor se administra via endovenosa durante 48 horas, y posteriormente via oral. El paciente podrá pedir medicación de rescate si tiene dolor mal controlado.

ALTA

- 1-El paciente será dado de alta cuando no exista ninguna situación de riesgo, tanto general (fiebre, malestar, control del dolor, ...) como local (herida quirúrgica, trofismo de la extremidad, ...).
- 2-. Deberá continuar utilizando las muletas hasta que su médico se lo indique.
- 3-.Le informaremos de la medicación analgésica recomendada para controlar el dolor según precise.
- 4-.Profilaxis Antitrombótica: durante el ingreso se administrará mediante inyección subcutanea. Al alta se susituirá por medicación oral que debe continuar **durante un mes**.

CONTROL AMBULATORIO

- 1-.Visita a los 10 dias para control de la herida quirúrgica y trofismo de la extremidad.
- 2-Segunda visita al mes de la intervención.
- 3-.Visitas sucesivas a los 3,6, 12 meses, y anualmente despúes. Se indicará cuando se necesitan exploraciones radiológicas de control.

TRATAMIENTO REHABILITADOR

En general, durante los primeros dos meses es suficiente con caminar, y no se requieren ejercicios especiales. Puede comenzar caminando en superficies planas y posteriormente en rampas o escaleras.

Progresivamente puede reiniciar actividad deportiva adecuada: no se recomienda en general ejercicios de impacto o con alto riesgo de caídas (deportes de equipo como el fútbol, básquet, hockey)

RECOMENDACIONES

-Evitar asientos bajos (riesgo de luxación de prótesis).

-Mientras realiza el movimiento de sentarse, evite flexionar la rodilla hasta que se apoye totalmente en la silla, como muestran las imágenes.



No girar el pie hacia dentro/ No cruzar las piernas/ No coger objetos del suelo

Como entrar y salir de la cama

- Acercarse al borde de la cama con ayuda de muletas o caminador.
- Sentarse poco a poco sin flexionar la rodilla de la pierna operada (como si se sentase en una silla).
- Tumbarse y girar sobre la cama con ayuda de la pierna no operada.



- Para salir de la cama movilizar primero la pierna operada, girando poco a poco el cuerpo hasta colocarnos sentados, y posteriormente ponerse de pie con ayuda de las muletas

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS



Subir primero con la pierna operada

Bajar con la pierna sana