



La articulación de rodilla artificial

Editorial

Estimado lector, estimada lectora:

Hemos redactado este folleto para los pacientes, sus familiares y todos aquellos que deseen saber más sobre la sustitución de una articulación de rodilla. En él contestamos a preguntas básicas, explicamos el principio de la implantación de una articulación artificial de rodilla y solucionamos los miedos o temores que usted pudiera tener. Tenga en cuenta que esta información no puede remplazar la consulta con el especialista.

Seguramente esté leyendo este folleto porque su médico ya le ha diagnosticado a usted o a alguien cercano artrosis de rodilla. Estamos seguros de que su médico le ha recomendado también otros métodos de tratamiento, como medicamentos, fisioterapia o cinesioterapia. Sin embargo, estos tratamientos raramente tienen un efecto duradero sobre la artrosis avanzada.

El dolor, especialmente el dolor crónico, puede convertirse en un gran problema y limitar tanto la calidad de vida como la movilidad. En la artrosis avanzada de rodilla, la endoprótesis, es decir, la articulación de rodilla artificial, puede proporcionar alivio. Con ella, los pacientes pueden recuperar la movilidad perdida y liberarse del dolor, lo que se traduce en calidad de vida después de este tipo de cirugía.



Índice

1. La articulación de rodilla	4
2. ¿Qué es la artrosis?	6
3. ¿Cómo se produce la artrosis?	8
4. Métodos de tratamiento	9
5. La articulación de rodilla artificial	10
6. Antes del hospital	12
7. ¿Qué sucede en el hospital?	13
8. La intervención quirúrgica	14
9. Riesgos y complicaciones	16
10. Después de la operación	17
11. El tratamiento posterior	18
12. Deporte	19
13. El carné del implante	20
14. Consejos y ejercicios en casa	21
15. Preguntas frecuentes	31
16. Epílogo	34

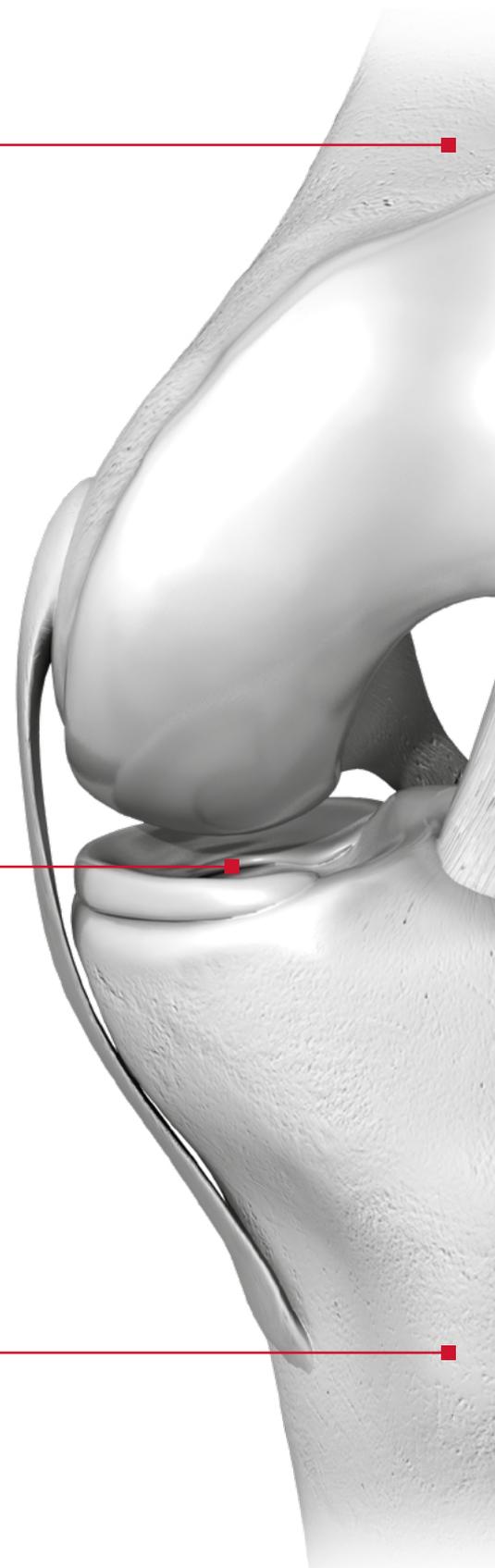
1. La articulación de rodilla

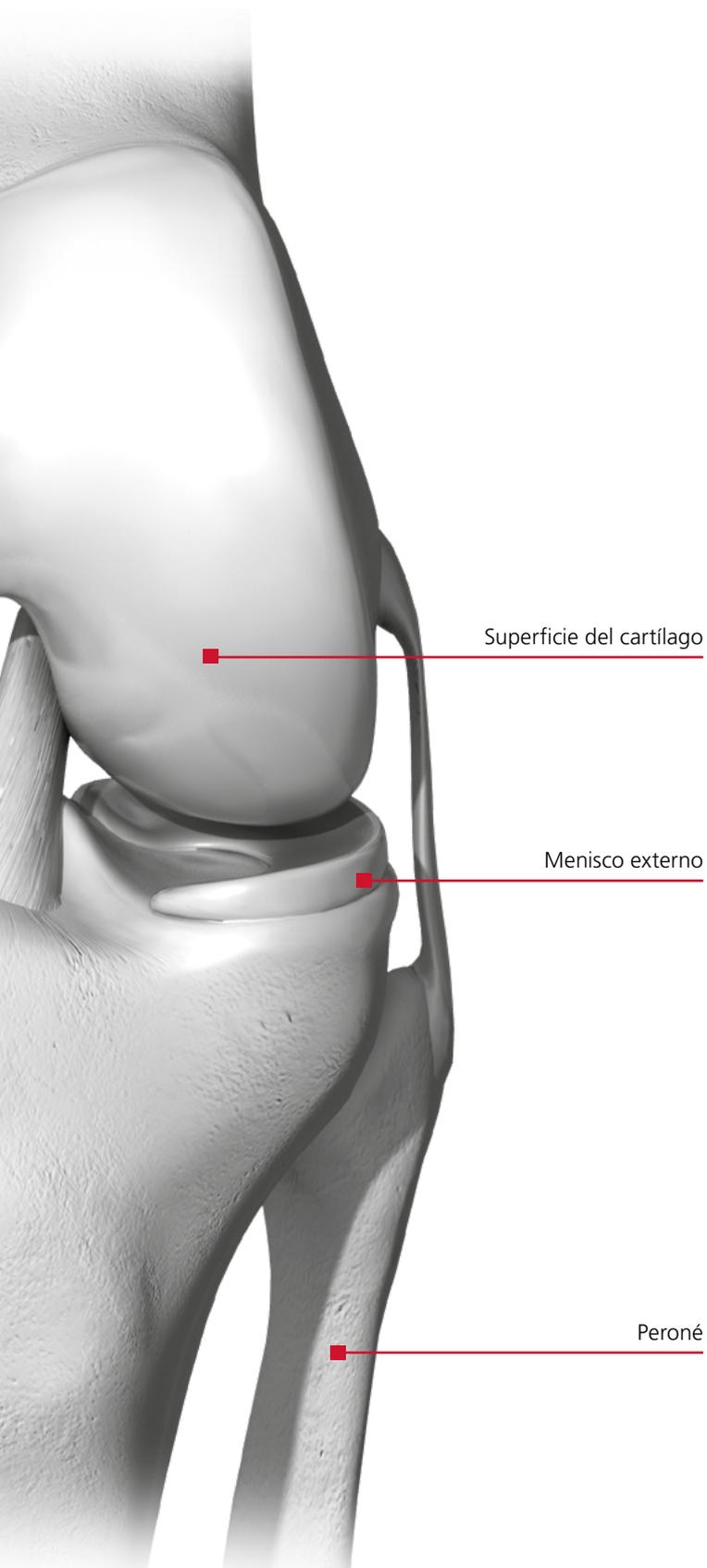
La articulación de la rodilla es la articulación de mayor tamaño del cuerpo humano y consta de tres huesos, cuyos movimientos están guiados exclusivamente por los músculos, los ligamentos y los tendones. Dos discos cartilagosos semilunares, también llamados meniscos, están situados entre los huesos femoral y tibial, en las caras interior y exterior de la articulación de la rodilla. Estos discos distribuyen la carga sobre la articulación en un área grande y actúan como amortiguador o sistema de absorción de los impactos. Su estructura es claramente diferente a la del cartílago articular. Este último es una capa de 1–2 mm que cubre toda la superficie del hueso en el interior de la articulación. El cartílago articular es un tejido elástico y acuoso que permite una secuencia de movimiento de deslizamiento de baja fricción

Fémur

Menisco interno

Tibia



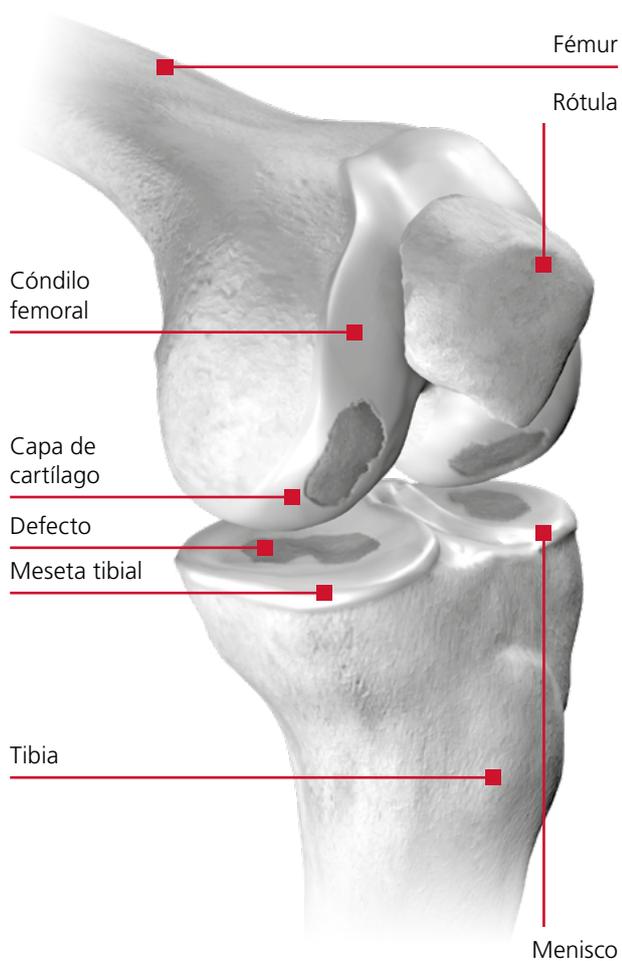


La lesión o el daño en estas estructuras suele ser irreparable y a medio o largo plazo puede provocar desgaste articular, conocido también como artrosis.

La articulación de la rodilla se subdivide en tres componentes:

- La superficie interna del fémur y la superficie interna de la tibia con el menisco interno.
- La superficie externa del fémur y la superficie externa de la tibia con el menisco externo.
- La superficie de deslizamiento de la rótula en el fémur y la parte posterior de la rótula.

2. ¿Qué es la artrosis?



El desgaste de los meniscos y del cartílago articular es un síntoma natural de la vejez y puede implicar desgaste articular. Al contrario que otros tipos de tejido del organismo (como la piel), el cartílago articular no es capaz de curarse o repararse por sí mismo, por eso, un cartílago articular dañado o desgastado se ha perdido para siempre. Esta pérdida de la capa superficial de la articulación provoca en muy poco tiempo un deterioro funcional doloroso.

El proceso artrósico es gradual y tiene lugar a lo largo de varios años. La necrosis de los condrocitos individuales provoca surcos y fisuras. Como consecuencia, el cartílago se vuelve más áspero y se deshilacha cada vez más bajo una carga normal. Los restos cartilaginosos pequeños pueden desprenderse, irritando la membrana sinovial y provocando inflamaciones articulares además de un derrame articular. La movilidad empeora de manera constante y el dolor que sufre la persona afectada es cada vez más intenso.

Además, la articulación puede desarrollar osteofitos y también hueso nuevo. Al incrementar la superficie de apoyo de la articulación, el cuerpo intenta evitar un daño adicional del cartílago, un proceso que, sin embargo, no es efectivo.

El dolor es el principal síntoma de la artrosis. Su aparición es tanto como «dolor al inicio» como, más tarde, dolor por la carga. Con frecuencia el dolor provoca que la persona que lo padece descargue la articulación. Esto, a su vez, causa el deterioro del cartílago ya que necesita el movimiento para nutrirse.

Una forma habitual de artrosis es la llamada artrosis primaria (desgaste de la articulación por causa desconocida). Actualmente esto está considerado como un síntoma típico de la vejez. Esta enfermedad se desarrolla lentamente a lo largo de los años. El cartílago está dañado de manera irremediable en cuanto aparece el dolor y se produce una limitación de los movimientos.

La poliartritis crónica (reumatismo articular) afecta a varias articulaciones y puede provocar los mismos problemas, pero sus causas son otras. En una reacción de defensa, el organismo desarrolla sustancias que inflaman la membrana sinovial y causan una inflamación crónica de la articulación con un proceso de destrucción progresiva.



3. ¿Cómo se produce la artrosis?



Todavía no se ha esclarecido el proceso complejo de la artrosis. Los ortopedistas y los cirujanos son capaces de tratar los síntomas, pero aún no es posible la curación causal.

Se sabe que factores como el sobrepeso o una sobrecarga inapropiada de la articulación (por una mala posición congénita o por aguantar con frecuencia cargas pesadas) favorecen la formación de artrosis. Las personas que sobrecargan sus articulaciones de manera constante y excesiva (como los atletas de competición), o aquellos que han padecido alguna lesión con daños en la articulación, están especialmente expuestos a este riesgo.



En la rodilla particularmente, la forma y los ejes de los huesos deben estar bien coordinados. Una disfunción en este sistema, en la musculatura o en el aparato ligamentoso, favorecerá la formación de artrosis. En principio, cualquier enfermedad del cartílago articular, la membrana sinovial o el líquido sinovial puede provocar artrosis.

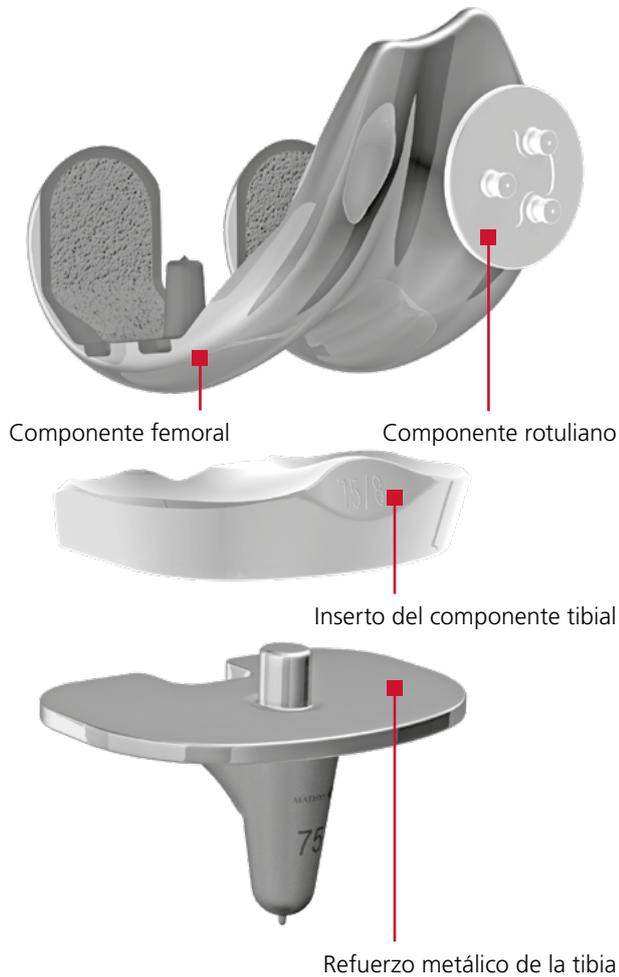
4. Métodos de tratamiento

Antes de implantar una articulación artificial, los médicos deben utilizar otros tratamientos no quirúrgicos para aliviar el dolor:

- Analgésicos, antiinflamatorios
(p. ej., Voltaren®, Brufen®, Arcoxia®, etc.)
- Un cambio de hábitos (respecto al deporte, el peso, la alimentación, etc.)
- El uso de ayudas ortopédicas como muletas, plantillas, férulas, etc.
- Fisioterapia y cinesioterapia

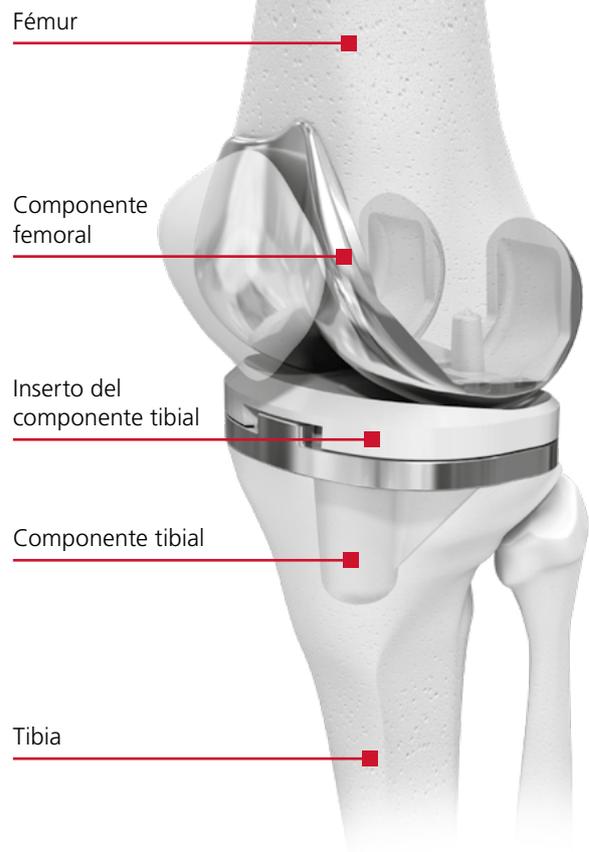
Todas estas medidas pueden tener una eficacia diferente según el paciente. En muchos casos, el alivio de las molestias y la recuperación de la movilidad solo se pueden conseguir mediante la sustitución por una articulación artificial.

5. La articulación de rodilla artificial



Su médico le explicará previamente la operación y su desarrollo, y le dirá también el tipo de prótesis que utilizará. No obstante, el estado real de la articulación solo se hará evidente durante la intervención quirúrgica. Esto significa que es posible que su médico se desvíe del procedimiento quirúrgico que le había explicado.

El objetivo de la implantación de una endoprótesis de rodilla es restablecer la ausencia del dolor, la movilidad y la capacidad de andar. No obstante, una articulación artificial nunca será capaz de igualar por completo a una articulación natural.



Existen dos opciones de endoprótesis de rodilla:

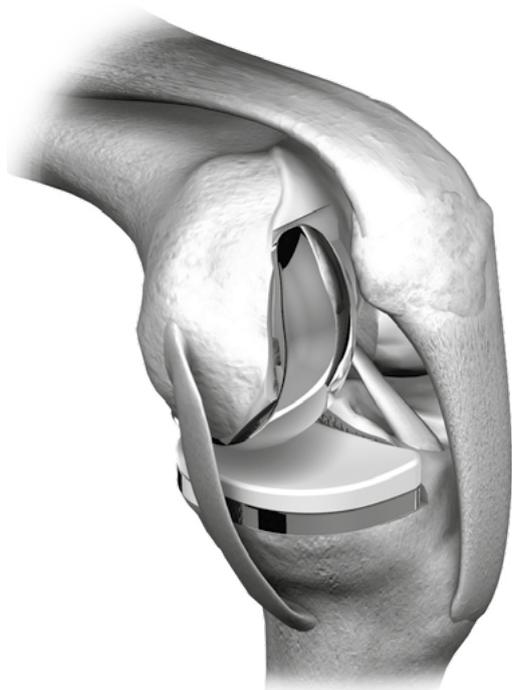
La endoprótesis total

Esta endoprótesis se utiliza cuando es necesario sustituir la articulación completa, es decir, cuando toda la superficie articular de la tibia y el fémur se ha destruido. Los ligamentos que ayudan a mantener la secuencia natural del movimiento se conservan.



La sustitución parcial

La endoprótesis unicondilar (o parcial) se usa cuando solo está afectada una mitad de la superficie articular. La parte sana de la articulación se conserva tal y como está. La prótesis parcial no se puede usar en caso de deformidades graves ni obesidad.



6. Antes del hospital

En los días y semanas posteriores a la estancia en el hospital tendrá que enfrentarse a diferentes situaciones difíciles, como aprender a andar con muletas.

En casa puede prepararse óptimamente para el tiempo después de la operación:

- Retire las alfombras y las alfombrillas, los cables que molesten y cualquier objeto donde las muletas pudieran quedar enganchadas o provocar un resbalón.
- Coloque los objetos que use diariamente (menaje, ropa, medicamentos, etc.) a una altura a la que llegue. Recomendamos usar un carrito para transportar las comidas.
- Coloque varios elementos de ayuda en el cuarto de baño: asideros, una alfombrilla antideslizante en la ducha, una silla en el plato de la ducha o un asiento en la bañera, utilice una esponja con mango largo para la higiene personal.
- En las tiendas de productos sanitarios puede encontrar productos auxiliares como ayudas para vestirse, pinzas para agarrar, calzadores de calcetines, etc. Pregunte qué es lo que le podría resultar de ayuda antes de ingresar en el hospital.
- Seguramente recibirá muchas llamadas de familiares y amigos cuando salga del hospital. Puede ser una buena idea comprar un teléfono inalámbrico (si todavía no lo tiene) que podrá llevar con usted. Así no necesitará andar para cogerlo.
- Deje cerca de su cama una linterna eléctrica si no llega al interruptor de la luz desde la cama. De esta forma no tropezará con las cosas cuando se tenga que levantar por la noche.
- Prepare comida congelada, así solo tendrá que calentarla después. Puede ahorrarse mucho trabajo en la cocina en los primeros días.

7. ¿Qué sucede en el hospital?

Antes de la intervención le examinarán de manera exhaustiva. Esto ayudará a identificar los posibles riesgos con anterioridad, y el personal médico podrá tomar las medidas profilácticas necesarias. Su médico le informará acerca de los medicamentos y la anestesia.

La exploración puede incluir las preguntas y la información siguientes:

- ¿Tiene problemas cardiovasculares o la tensión alta? En caso afirmativo, ¿tiene su medicación correctamente regulada? El personal de enfermería la evaluará y posiblemente realizará un ECG.
- ¿Tiene tendencia a sufrir infecciones? Si padece diabetes, ¿hasta qué punto sabe cómo funciona su tratamiento? Le tomarán una muestra de sangre antes de la intervención para aclarar estas cuestiones.
- Su peso influye sobre el éxito de la operación. ¿Tiene sobrepeso? Es posible que le propongan una consulta con un nutricionista.
- El tabaquismo es un factor de riesgo general, quizá sea una buena oportunidad para dejarlo. En el hospital hay asesoramiento para fumadores.
- ¿Está tomando anticoagulantes o antiplaquetarios (Aspirina®, Xarelto®, Plavix®, Marcumar®, etc.)? Si es así, le suspenderán su administración aproximadamente diez días antes de la intervención quirúrgica y, en caso necesario, le inyectarán un medicamento sustituto.
- El anestesista le informará acerca de la mejor forma de anestesia para usted.
- Siempre tendrá la oportunidad de hacer preguntas al cirujano o al médico de guardia.

8. La intervención quirúrgica

La técnica quirúrgica es parecida para todos los tipos de prótesis de rodilla mencionados: se extirpa el hueso y las partes de tejido enfermos, y se da forma al hueso remanente con el instrumental quirúrgico para que los componentes protésicos encajen exactamente y se fijen.

La intervención en la articulación abierta consta de los siguientes cuatro pasos:



La articulación de la rodilla está preparada para la prótesis; el defecto puede verse claramente.

Paso 1

El cirujano abre la rodilla lateralmente desde la parte anterior y la flexiona. Extirpa los meniscos, el ligamento cruzado anterior de la rodilla y los posibles osteofitos y, a continuación, da a los huesos la forma correcta usando plantillas para serrar.

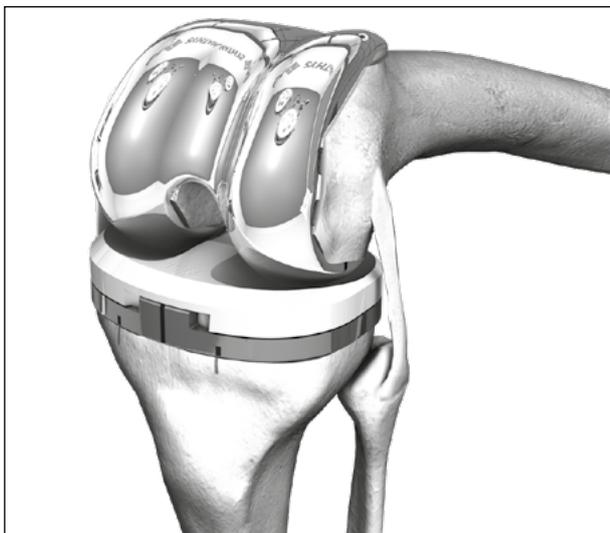


El fémur y la tibia se cortan de modo que la prótesis encaje después exactamente.

Paso 2

Después de practicar el último corte y de taladrar todos los orificios introduce una prótesis de prueba. Esto le permite determinar el tamaño exacto y la posición óptima de la endoprótesis permanente. Este paso es decisivo para la movilidad y estabilidad posteriores.

Para esta operación los cirujanos a menudo obstruyen el flujo sanguíneo. Se utiliza un manguito inflable de presión arterial para que el cirujano tenga una mejor visibilidad del campo operatorio.



Se colocan los tres componentes individuales de la prótesis; la rodilla vuelve a estar funcional.



Después de una intervención con éxito se hace una radiografía del implante.

Paso 3

La prótesis de prueba se retira y se implantan los componentes definitivos. Dependiendo de la calidad del hueso y de la situación, los implantes se anclan con o sin cemento: las prótesis no cementadas están provistas de un recubrimiento especial en el que el hueso penetrará para fijar el implante de manera permanente. Hasta entonces, la prótesis se mantiene en su sitio por un encaje a presión. Si la calidad ósea es insuficiente para la penetración del hueso, los implantes se pueden fijar utilizando cemento.

Paso 4

Por último, el cirujano abre el bloqueo del flujo sanguíneo y detiene las hemorragias que haya. En caso necesario se introducen drenajes en la articulación de la rodilla para drenar la hemorragia. El cirujano sutura la articulación capa a capa aplicando un vendaje de compresión.

9. Riesgos y complicaciones

Su cirujano está obligado a informarle de todas las circunstancias fundamentales para su consentimiento. Esto incluye en particular el tipo de tratamiento, las consecuencias esperadas y los posibles riesgos de la operación, así como su necesidad, urgencia, idoneidad y perspectivas de éxito teniendo en cuenta el diagnóstico y la terapia. El cirujano también le explicará opciones terapéuticas alternativas. Hable con su médico si tiene alguna pregunta sin responder o no está seguro de los riesgos del tratamiento o de los efectos adversos.

Los factores siguientes pueden provocar el fracaso de la implantación o de la recuperación de la cirugía:

- Ejercicio físico intenso
- Incumplimiento de las instrucciones de su médico
- Deformidades graves
- Trastornos metabólicos
- Sistema inmunitario en general debilitado
- Drogadicción o alcoholismo
- Trastorno neuromuscular o mental
- Obesidad

Si padece alguno de estos factores, su cirujano hablará de ellos con usted y trabajará con usted para encontrar la mejor opción de tratamiento.

Estrictamente hablando, cualquier intervención quirúrgica tiene riesgos generales y específicos. El equipo quirúrgico siempre se esfuerza por tratarlo de la mejor forma posible y evitar cualquier complicación.

Informe a su cirujano o al hospital inmediatamente si experimenta algún efecto adverso.

10. Después de la operación

Normalmente los drenajes se dejan en la articulación de la rodilla durante uno o dos días, hasta que se hayan detenido los últimos hilos de las hemorragias. De este modo se evita la formación de hematomas, que limitan la movilidad.

Por lo general, la fisioterapia se inicia el primer día posterior a la cirugía. Un fisioterapeuta le guiará y practicará diariamente con usted. Estos ejercicios ayudarán a la articulación de su rodilla a recuperar una movilidad y una capacidad de carga óptimas lo antes posible.

Aproximadamente a partir del cuarto día será capaz de andar por sí mismo con la ayuda de muletas. Esta carga parcial sobre la pierna operada durante las siguientes cuatro a seis semanas ayuda a una curación más rápida de las capas de tejido de la articulación de la rodilla. Tomará analgésicos (medicamentos contra el dolor) durante varios días, y le administrarán diariamente anticoagulantes (medicamentos que hacen la sangre menos espesa) a través de inyecciones o comprimidos para la tromboprolifaxis (prevención de la formación excesiva de coágulos de sangre), hasta que la rodilla operada sea capaz de soportar de nuevo su carga completa.

Aproximadamente una semana después de la operación le darán el alta para que vuelva a su casa o vaya al centro de rehabilitación. Le quitarán las suturas como muy pronto dos semanas después de la intervención.

Observe las siguientes medidas de precaución para no poner en peligro la curación:

- ¡No lleve objetos muy pesados!
Se recomienda usar una mochila para distribuir mejor la carga, especialmente durante el periodo de uso de las muletas.
- Largos periodos de pie, subir muchas escaleras y dar paseos largos (excursiones por la montaña) suponen un mayor esfuerzo para la rodilla: mantenga este tipo de actividades en un mínimo razonable.
- Evite que se le inflame la rodilla (p. ej., debido a paseos demasiado frecuentes, etc.).
- No cruce las piernas cuando esté sentado.
- Evite la actividad física pesada así como las situaciones de riesgo (subir una escalera, etc.).
- ¡No se arrodille!
- **Unos buenos zapatos protegen la articulación de la sobrecarga y le mantienen seguro.**

11. El tratamiento posterior

Los controles regulares por un especialista son importantes y ayudan a monitorizar el proceso de cicatrización. Coordine detalladamente el procedimiento con su médico. Si entre los controles o después de ellos se produce algún problema, póngase en contacto inmediatamente con el médico.

Es muy normal experimentar algunas limitaciones hasta un año después de la operación (p. ej., inflamación, dolor al subir las escaleras, etc.). La mejora es gradual pero constante.

Necesitará muletas durante un tiempo (uno o dos meses) después de la intervención. Durante el tiempo que dependa de ellas necesitará ayuda en casa y para hacer las compras. Si vive solo puede contratar un servicio de enfermería. El hospital le informará de los diferentes servicios que ofrece.

12. Deporte

Recomendamos hacer ejercicio físico porque mejora la calidad de su vida social y física y previene las enfermedades.

Después de la implantación de una prótesis de rodilla debe aspirar a una movilidad óptima y a una mayor fortaleza muscular. Una musculatura femoral bien desarrollada estabiliza considerablemente la articulación de la rodilla.

Es importante prestar atención a un incremento adecuado de la carga física, y entender el dolor y la hinchazón como signos de advertencia. En general, la falta de ejercicio físico se considera una influencia negativa sobre la articulación de la rodilla artificial.

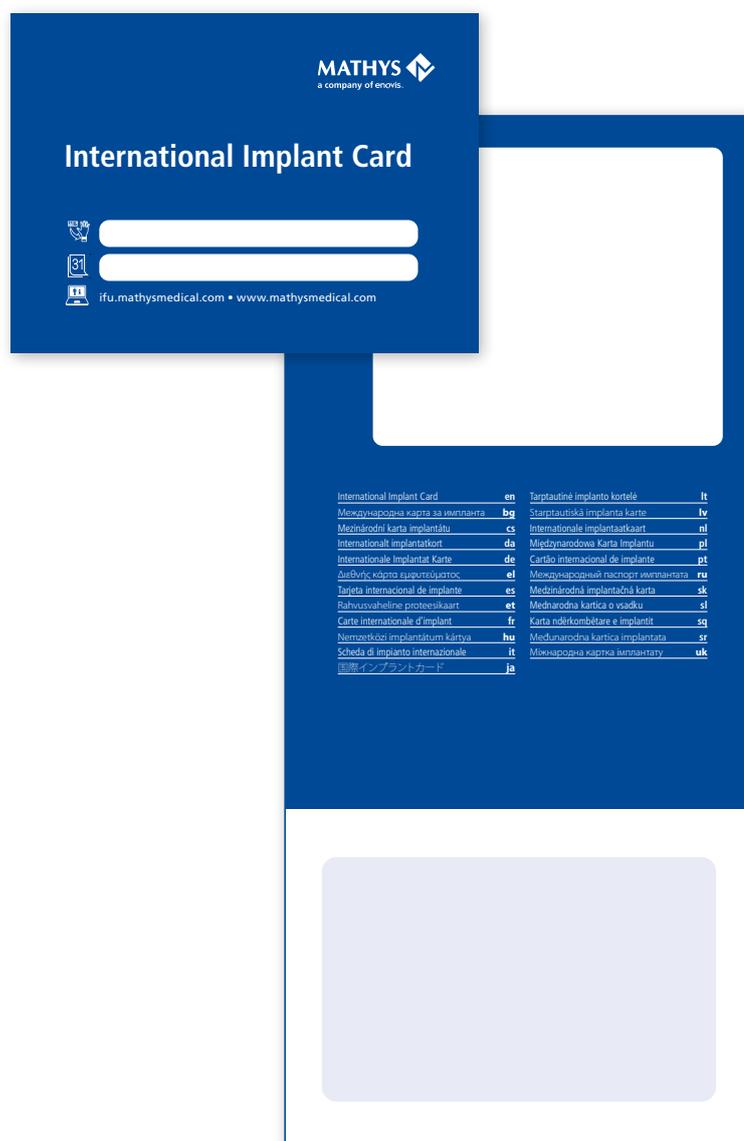
Quizás usted ya practicase algún deporte antes de la intervención. Si es así, su médico puede indicarle si puede continuar con él ahora que tiene una endoprótesis. En cualquier caso, no debe practicar ningún deporte en el que las articulaciones se sometan a un esfuerzo excesivo o que impliquen un riesgo alto de lesión (como el fútbol, artes marciales, esquí alpino, etc.).

¡Su seguridad es la máxima prioridad! Las lesiones y las fracturas articulares en personas con prótesis suelen tener graves consecuencias. Aprenda a moverse un poco más lento e intente hacer secuencias de movimiento más lentas. Puede seguir haciendo marcha nórdica y gimnasia, jugar a los bolos, al golf, montar en bici, etc., y realizar deportes de equipo, pero con limitaciones. En caso de duda pregunte a su especialista o en el hospital donde le han operado.

¡No olvide que su nueva vida sin dolor se puede traducir rápidamente en una sobrecarga!

13. El carné del implante

Cuando salga del hospital recibirá el carné del implante. Puede resultar de ayuda en caso de lesiones o complicaciones en la articulación fuera de su entorno habitual (durante las vacaciones o en los controles en el aeropuerto).



14. Consejos y ejercicios en casa

Entre las primeras seis a ocho semanas posteriores a la intervención, la nueva articulación está todavía desprotegida porque la musculatura se ha atrofiado. Ahora es necesario recuperarla y reforzarla, para restablecer también la estabilidad necesaria y proteger la rodilla contra los movimientos incorrectos.

Las páginas siguientes incluyen consejos y recomendaciones prácticas para seguir con sus rutinas diarias. El objetivo es que usted recupere su libertad de movimiento lo antes posible, por lo que su cooperación activa es indispensable.

Si se siente inseguro en alguna de las situaciones siguientes, o no comprende algo, consulte a su médico o fisioterapeuta.

Asegúrese de llevar un buen calzado para evitar tropezar.

Utilice las muletas correctamente

- Para permanecer de pie coloque las dos muletas un poco avanzadas y a los lados de los pies.
- Mantenga las caderas lo más rectas posible. Los codos ligeramente flexionados le permitirán adoptar esta postura.
- Apóyese firmemente sobre los mangos de las muletas cuando ande.
- **Importante:** Lleve su peso sobre las manos, ¡no sobre los antebrazos!
- Cargue siempre la rodilla operada como le indicaron en el hospital, pero ande de la manera más normal posible. Es decir, cada paso debe tener la misma longitud, aunque los pasos sean más cortos que durante una marcha normal.
- Si le permiten usar una sola muleta, utilícela en el lado sano.





Subir y bajar escaleras

Importante: ¡Las primeras veces no intente subir o bajar las escaleras solo! Normalmente le indicarán cómo hacerlo en el hospital.



Subir escaleras

- Coloque la pierna sana en el primer escalón.
- Empuje su peso con la pierna sana y con las manos, de modo que pueda elevar la pierna operada hasta el mismo escalón.
- Repita estos pasos hasta que haya llegado hasta la mitad del tramo de escaleras o hasta el final.
- Si las escaleras tienen barandilla: coja las dos muletas con una mano y agárrese a la barandilla con la otra. La secuencia del movimiento es la misma, pero la barandilla cumple la función de una muleta.



Bajar escaleras

- Coloque las dos muletas en el primer peldaño.
- Ponga la pierna operada en el mismo peldaño.
- Ponga el máximo peso posible sobre las muletas.
- Coloque la pierna sana en el mismo peldaño.

Sentarse correctamente

- No se siente en sillones profundos, especialmente en los primeros días.
- Lo ideal son sillas altas y estables con reposabrazos. Si fuera necesario, puede aumentar la altura del asiento con un cojín con forma de cuña.
- **Para sentarse:** Vaya hacia atrás hacia la silla hasta que note su borde.
- Mueva ambas muletas hacia el lado de la pierna sana.
- Apóyese en los reposabrazos para sentarse, estire ligeramente la pierna operada hacia adelante.
- Flexione las piernas solo ligeramente; siéntese erguido y evite doblar el tronco.
- Deslícese hacia delante para levantarse. Use los reposabrazos para levantarse sobre su pierna sana. Siga estirando ligeramente la pierna operada.
- Coja las muletas en ambas manos para ponerse de pie sobre la pierna operada.



Ir al cuarto de baño

- Durante los primeros días y semanas es recomendable utilizar un asiento elevado en el inodoro.
- Mueva las dos muletas hacia el lado sano. Ahora, agarre firmemente un elemento anclado (p. ej., asidero, reposabrazos, etc.) que esté cerca del inodoro, si dispusiera de un objeto así. De lo contrario, conserve las muletas en sus manos.
- Siéntese lentamente y estire la pierna operada ligeramente.
- Levántese igual que de la silla: apóyese en un objeto firmemente anclado o en las muletas. Ponga la pierna ligeramente hacia delante.





Ducharse

- Utilice una alfombrilla antideslizante y las muletas para mantener el equilibrio.
- Antes de ducharse ponga el agua a la temperatura adecuada.
- Comience metiendo primero la pierna sana en la ducha. Las muletas se quedan fuera de la ducha, aunque cerca.
- Si es posible ponga un asiento en la ducha; quizá se sienta más seguro si se ducha sentado.
- Una esponja con un mango largo evita que se tenga que inclinar hacia delante.
- Salga de la ducha con la pierna operada primero.
- Asegúrese de que los pies de goma de las muletas están secos y que el suelo no está húmedo. De lo contrario existe mayor riesgo de resbalar.

Bañarse

En las primeras seis semanas posteriores a la intervención no se recomienda bañarse. Si no tiene ducha, los consejos siguientes le mostrarán como entrar y salir de la bañera.

- Diríjase hacia el lado ancho de la bañera con las muletas.
- Antes de entrar en la bañera ponga el agua a la temperatura adecuada.
- Para entrar en la bañera siéntese en el borde o en una silla (no se muestra imagen) que sea más alta que la bañera y sitúese justo a su lado.
- Levante sobre el borde primero la pierna operada y después la sana. Si coloca las manos debajo de los muslos podrá levantar la pierna para meterla en la bañera. Si es posible, siéntese frente al grifo cuando esté en el borde de la bañera.
- Levante con cuidado las piernas sobre el borde para salir de la bañera.

Irse a la cama

- Siéntese hacia atrás en la cama, cerca del cabecero.
- Deslícese sentado un poco hacia atrás y levante la pierna sana para colocarla sobre la cama.
- Siga ahora con la pierna operada: si no tiene suficiente fuerza para levantarla sola, ayúdela con la pierna sana o coloque sus manos bajo el fémur para sostenerla. Ahora puede tumbarse.
- **Importante:** Mueva la pelvis y las piernas de manera uniforme. Mantenga las piernas ligeramente separadas.

Levantarse

- Salga de la cama con la pierna operada primero. De nuevo, mueva la pierna operada con la ayuda de las manos o de la pierna sana. Ahora estire la pierna ligeramente hacia delante y saque la pierna sana de la cama.





Dormir

- Lo mejor es dormir sobre la espalda.
- Si prefiere dormir de lado, coloque una almohada entre las rodillas y los pies para no torcer la pierna mientras duerme.



Vestirse

- Elija ropa cómoda y suelta.
- Al principio necesitará asistencia de otras personas, o una ayuda para vestirse. Si tiene unas pinzas para vestirse: use el gancho para agarrar la cinturilla de los pantalones o la falda, tire de la prenda primeramente sobre la pierna operada hasta por encima de la rodilla.
- Utilice una muleta para apoyarse sobre la pierna sana y termine de ponerse la prenda.

Desvestirse

- Quítese la prenda primero de la pierna sana.

Calcetines y medias

- Ponga primeramente los calcetines en el calzador de calcetines. Las partes del talón y de la punta de los dedos deben quedar firmemente ajustadas en la parte delantera.
- Sujete firmemente los lazos laterales, meta el pie en el calcetín y tire del calzador para subir el calcetín.
- Levante el pie del lado sano y póngase el calcetín.
Importante: ¡No se incline hacia abajo!
- **Quitarse el calcetín:** Para quitarse el calcetín, enganche las pinzas o la muleta en la parte posterior de la talonera y quítese el calcetín del pie.



Zapatos

- Utilice zapatos planos y firmes fáciles de poner y que no tengan cordones, porque así no tendrá que inclinarse para atarlos.
- Preste atención a unas suelas óptimas. Las suelas de cuero no son adecuadas porque son muy duras y no absorben los impactos.
- Utilice una ayuda para vestirse o un calzador de zapatos con un mango extralargo.





En la cocina

- Puede resultar de ayuda un delantal con varios bolsillos.
- Transporte los líquidos calientes en envases con tapa.
- En lugar de llevar las cosas deslícelas sobre la encimera.
- Dé pequeños pasos en lugar de girar el cuerpo; haga lo mismo cuando ande.
- Utilice pinzas de agarre para recoger objetos.
- No se incline para llegar a las cosas que haya en un armario bajo o en el horno; coloque la pierna estirada delante.
- También puede sentarse en una silla. Colóquela de modo que la pierna operada esté ligeramente estirada y tenga suficiente espacio.
- Utilice un carrito para transportar la vajilla. También le ayudará a no hacer viajes adicionales innecesarios.



En el coche

- No conduzca hasta que el médico se lo permita y cuando ya no lleve muletas.
- Siéntese hacia atrás en el asiento del coche.
- Levante las piernas con cuidado y lentamente para meterlas en el coche. Ayúdelas con las manos bajo el fémur o con la pierna sana.
- **Importante:** Mueva la pelvis y las piernas de la manera más uniforme posible y mantenga el cuerpo lo más erguido posible.



Pasear

- Comience a pasear por caminos bien acondicionados poco después de la operación. Empiece con un paseo breve de cinco a diez minutos.
- Aumente gradualmente la distancia.
- **Importante:** Evite los caminos irregulares y resbaladizos. Lleve siempre un calzado robusto.





Ejercicios

El fisioterapeuta del hospital y durante el postoperatorio le indicarán los ejercicios que mejoran la movilidad o aceleran la recuperación.

Un primer ejercicio posible

- Mueva lo suficiente la articulación de la rodilla a menos que tenga dolor. No flexione la pierna hasta un grado que le duela.
- Siéntese en una silla y coloque un paño en el suelo. «Limpie» el suelo moviendo el paño hacia delante y hacia atrás.
- Túmbese en la cama y levante ligeramente la rodilla. Ahora extienda y flexione la rodilla de manera alternante, como si estuviera pasando un paño por el colchón. «Pase el paño» hacia delante y hacia atrás.
- Si tiene un entrenador en casa y consigue suficiente flexión en la articulación de la rodilla: haga ejercicios diarios contra una resistencia para mover suficientemente la rodilla.



15. Preguntas frecuentes

En las páginas siguientes encontrará las respuestas a las preguntas formuladas más frecuentemente por los pacientes. Algunas respuestas pueden resultarle de ayuda.

¿Cuánto dura la operación?

La implantación de la articulación de rodilla artificial es una intervención de rutina y dura aproximadamente una hora.

¿Cuánto tiempo tengo que permanecer ingresado?

La duración del ingreso depende en gran medida de su estado de salud general. Prepárese para estar aprox. 1 semana en el hospital, aunque su médico podrá darle información más precisa.

¿Durante cuánto tiempo estaré incapacitado para trabajar?

Después del alta hospitalaria hay una estancia en un centro de rehabilitación. Posteriormente, la actividad física será limitada durante otras cuatro a seis semanas. Debería aprovechar este tiempo para la cinesioterapia. Si tiene empleo, la vuelta al trabajo dependerá del estrés físico diario que tenga. Podrá empezar antes a trabajar si su trabajo implica estar sentado largos periodos y andar solo distancias cortas; tardará más en retomar un trabajo pesado.

¿Cuándo podré andar de nuevo sin muletas después de la operación?

Como regla general puede levantarse de la cama uno o dos días después de la operación. En el tercer día aprenderá a andar con muletas o con otras ayudas. Esto le ayudará a evitar una carga incorrecta de la rodilla operada y le hará sentirse también más seguro. La mayoría de los pacientes son capaces de andar sin muletas seis semanas después de la operación.

¿Cuánto dura un implante?

El esfuerzo físico, la calidad de sus huesos, su estilo de vida y, especialmente, su peso influyen sobre la longevidad de la articulación artificial. Los registros de implantes nacionales y los estudios muestran que diez años después de la implantación/la cirugía de una endoprótesis total de rodilla no ha sido necesaria la revisión (sustitución de la articulación artificial o de componentes individuales) en aproximadamente el 90 % de los pacientes. En pacientes con prótesis de rodilla unilaterales (llamadas unicondilares) esta tasa fue alrededor del 70 %.

**Alguna vez he
tenido una reacción
alérgica al metal.
¿Supone esto un
problema?**

Informe a su médico de sus alergias a metales específicos. Enseñe a su médico su carné de alergias si lo tuviera. Los materiales que usamos para los implantes y los revestimientos muy raramente causan una reacción alérgica. Solo en muy pocos casos se necesitan soluciones especiales.

**Me siento muy bien
después de la
operación, ¿aún así
tengo que hacer el
postoperatorio?**

Debe acudir sin falta a las citas del seguimiento, aunque no tenga dolores y se sienta bien. En ellas el especialista puede hacer un seguimiento de su rehabilitación y reconocer a tiempo las complicaciones. En el primer año después de la operación hay varios exámenes de seguimiento. Después estas exploraciones solo serán necesarias una vez al año y posteriormente cada cuatro o cinco años. Su médico determinará el intervalo ideal.

**Tengo muchos
dolores, por eso me
indicaron que
esperase a implan-
tarme una articula-
ción artificial.
¿Es correcto?**

Aunque la última decisión de implantarse una prótesis o no es del paciente, esta deberá tomarse después de consultar al especialista. Los factores fundamentales que influyen sobre una decisión así son los siguientes:

- En las revisiones médicas y en las radiografías su especialista ha observado una artrosis avanzada de la rodilla.
- El dolor le supone una merma tal en su calidad de vida que ya no es capaz de asumir la rutina diaria sin malestar cotidiano y permanente. La distancia que usted anda y la movilidad se han reducido notablemente.
- Los métodos de tratamiento alternativos (p. ej., fisioterapia) ya no tienen éxito.
- Usted depende de la toma diaria de medicamentos. La medicación es insuficiente a pesar del aumento de la dosis.

Si estos factores son aplicables en su caso deberá considerar una operación con independencia de su edad.

Si las circunstancias mencionadas no son aplicables para usted, entonces se recomienda posponer la intervención y probar con métodos de tratamiento no quirúrgicos.

¿Qué riesgos implica la implantación de una endoprótesis?

En Europa se implantan de media 550 000 articulaciones de cadera artificiales y 230 000 articulaciones de rodilla al año. Actualmente, esta intervención es de rutina.

No obstante no es posible excluir del todo riesgos como hematomas, alergia a los medicamentos, trombosis, embolias o infecciones.

Las medidas preventivas, como la administración de medicamentos y fisioterapia, limitan ampliamente estos riesgos. Su médico le proporcionará información exhaustiva acerca del tema.

¿Voy a necesitar una transfusión de sangre durante la operación o inmediatamente después?

Actualmente la transfusión de sangre solo es necesaria si el paciente ha perdido mucha sangre durante la intervención. Gracias al excelente sistema de control, el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en la transfusión de sangre ajena es muy bajo.

¿Qué tengo que hacer si quiero donar mi propia sangre?

Actualmente, la mayoría de los hospitales pueden recoger la sangre de los drenajes, limpiarla con una máquina especial y readministrársela a los pacientes. Por tanto ya no se hace la donación de sangre propia.

¿Cuándo podré conducir de nuevo?

Vuelva a conducir solo cuando se sienta preparado para ello. ¡Usted es el único responsable de esta decisión! Le recomendamos que consulte antes a su especialista. La mayoría de los pacientes puede conducir transcurridas seis semanas, pero esto puede variar mucho de un paciente a otro. ¡Nunca conduzca bajo los efectos de analgésicos fuertes!

¿Cuándo puedo ser sexualmente activo otra vez?

Durante las primeras seis a doce semanas no deberá hacer flexiones fuertes de la rodilla para evitar que la articulación se irrite o tener una sensación de tensión.

Aparte de esto no hay nada que le impida tener relaciones sexuales. Su médico le responderá a todas sus preguntas.

16. Epílogo

Usted es, junto con los médicos, el responsable de su articulación de rodilla artificial y puede contribuir en gran medida al éxito terapéutico. Su colaboración es fundamental. Esperamos que este folleto le haya explicado los factores y los procedimientos más importantes. En www.mathysmedical.com encontrará más información interesante y útil. Si ha quedado alguna pregunta sin contestar en este folleto o en nuestra página web, pregunte a su médico.



Australia Mathys Orthopaedics Pty Ltd
Artarmon, NSW 2064
Tel: +61 2 9417 9200
info.au@mathysmedical.com

Austria Mathys Orthopädie GmbH
2351 Wiener Neudorf
Tel: +43 2236 860 999
info.at@mathysmedical.com

Belgium Mathys Orthopaedics Belux N.V.-S.A.
3001 Leuven
Tel: +32 16 38 81 20
info.be@mathysmedical.com

France Mathys Orthopédie S.A.S
63360 Gerzat
Tel: +33 4 73 23 95 95
info.fr@mathysmedical.com

Germany Mathys Orthopädie GmbH
«Centre of Excellence Sales» Bochum
44809 Bochum
Tel: +49 234 588 59 0
sales.de@mathysmedical.com

«Centre of Excellence Ceramics» Mörsdorf
07646 Mörsdorf/Thür.
Tel: +49 364 284 94 0
info.de@mathysmedical.com

«Centre of Excellence Production» Hermsdorf
07629 Hermsdorf
Tel: +49 364 284 94 110
info.de@mathysmedical.com

Italy Mathys Ortopedia S.r.l.
20141 Milan
Tel: +39 02 4959 8085
info.it@mathysmedical.com

Japan Mathys KK
Tokyo 108-0075
Tel: +81 3 3474 6900
info.jp@mathysmedical.com

New Zealand Mathys Ltd.
Auckland
Tel: +64 9 478 39 00
info.nz@mathysmedical.com

Netherlands Mathys Orthopaedics B.V.
3001 Leuven
Tel: +31 88 1300 500
info.nl@mathysmedical.com

P. R. China Mathys (Shanghai) Medical Device Trading Co., Ltd
Shanghai, 200041
Tel: +86 21 6170 2655
info.cn@mathysmedical.com

Switzerland Mathys (Schweiz) GmbH
2544 Bettlach
Tel: +41 32 644 1 458
info@mathysmedical.com

United Kingdom Mathys Orthopaedics Ltd
Alton, Hampshire GU34 2QL
Tel: +44 8450 580 938
info.uk@mathysmedical.com

Local Marketing Partners in over 30 countries worldwide...

Publicado por:

Mathys Ltd Bettlach
Robert Mathys Strasse 5
P. O. Box
2544 Bettlach
Switzerland

www.mathysmedical.com

Presentado por: