

Reemplazo Total de Cadera

El primer paso al tomar la decisión sobre el reemplazo de cadera es reunirse con su cirujano para ver si usted es un candidato para la cirugía de reemplazo total de cadera. El cirujano tomará tu historia clínica, realizará un examen físico y te hará una radiografía de la cadera. Incluso si el dolor es significativo, y las radiografías muestran artritis avanzada de la articulación, la primera línea de tratamiento es casi siempre no quirúrgica. Esto incluye pérdida de peso si es apropiado, un régimen de ejercicios, medicamentos, inyecciones, o fortalecimientos. Si los síntomas persisten a pesar de estas medidas, y con rayos X corroborantes, entonces usted puede considerar la cirugía.

La decisión de seguir adelante con la cirugía no siempre es directa y generalmente implica una conversación reflexiva con usted mismo, sus seres queridos y, en última instancia, su cirujano. La decisión final se basa en usted, basado en el dolor y la discapacidad de la artrosis, que influye en su calidad de vida y actividades diarias. Aquellos que deciden proceder con la cirugía comúnmente informan que sus síntomas les impiden participar en actividades que son importantes para ellos como caminar, subir/bajar escaleras, trabajar, dormir, ponerse calcetines y zapatos o permanecer sentados durante largos períodos de tiempo. La cirugía es la siguiente opción cuando los tratamientos no quirúrgicos han fallado. A continuación, se presentan las respuestas a las preguntas más comunes sobre la cirugía de reemplazo total de cadera.

¿Durante Cuánto Tiempo Dura?

Una respuesta común a esta pregunta es que el reemplazo total de las articulaciones dura aproximadamente 15-20 años. Una manera más precisa de pensar en la longevidad es a través de las tasas de fracaso anuales.

La mayoría de los datos actuales sugieren que los reemplazos de cadera y rodilla tienen una tasa de fracaso anual entre 0.5-1.0%. Esto significa que si usted tiene su articulación total reemplazada hoy, usted tiene un 90-95% de probabilidades de que su articulación dure 10 años, y un 80-85% que durará 20 años. Con mejoras en la tecnología, estas cifras pueden mejorar.

A pesar de estas mejoras, es importante mantener un seguimiento a largo plazo con su cirujano para asegurar que su reemplazo funcione correctamente.

¿Todos los implantes de reemplazo de cadera son iguales?

La mayoría de los implantes hoy en día se han vuelto más similares que diferentes debido que cirujanos y fabricantes han determinado qué diseños funcionan mejor. Una variable que aún permanece es la superficie del rodamiento. La superficie del rodamiento es la cabeza y el revestimiento que se fijan al tallo y a la copa y que luego se fijan al hueso.

La cabeza puede estar compuesta de metal (aleación de cromo cobalto) o cerámica, y el revestimiento de la copa puede ser de plástico (polietileno), metal o cerámica. La cabeza y el revestimiento se pueden utilizar en diferentes combinaciones y se nombran para la combinación respectiva de revestimiento de cabezas (Dupla: metal sobre poliéster, cerámica sobre poli, cerámica en cerámica, etc.).

En 2015, la gran mayoría de los rodamientos utilizaban un revestimiento de polietileno con una cabeza de metal o de cerámica, con otras combinaciones que se utilizaban con menos frecuencia. Usted puede discutir estas diferencias con su cirujano para determinar qué implante es el mejor para usted.

¿La cirugía y la recuperación son muy dolorosas?

El dolor después del reemplazo total de cadera ha recorrido un largo camino en los últimos 10-15 años con un mayor uso de bloqueos nerviosos regionales, bloqueos espinales, y otras varias modalidades utilizadas para el control del dolor. El reemplazo total de cadera generalmente se considera menos doloroso que el reemplazo total de rodilla. El rango temprano de movimiento y los protocolos de rehabilitación rápida también están diseñados para reducir la rigidez temprana y el dolor, haciendo que el procedimiento en general sea mucho menos doloroso que en años pasados. Es posible que tengas un dolor relativamente leve después del procedimiento, o que tengas un momento más difíciles que otros. Todo el mundo es único y maneja y percibe el dolor de manera diferente. Tenga en cuenta que si bien el manejo del dolor ha mejorado considerablemente, una cirugía sin dolor es poco probable. Usted querrá tomar sus analgésicos según las indicaciones de su cirujano.

¿Qué es la cirugía mínimamente invasiva?

La cirugía mínimamente invasiva es un término que describe una combinación de reducción de la longitud de la incisión y disminución del daño del tejido debajo de la incisión. Esto incluye seccionar menos músculo y desinsertar menos tendones del hueso. También ha habido avances en la anestesia y el manejo del dolor durante y después de la cirugía. Todas estas prácticas le permiten sentirse mejor, tener menos dolor y recuperar la función más rápido que en el pasado reciente. Si bien puede haber algunas ventajas tempranas en la cirugía mínimamente invasiva, siempre y cuando los componentes se coloquen correctamente, la cirugía tradicional en última instancia lleva a resultados similares a partir de tres meses después de la operación.

Mi cirujano habla de "abordaje". ¿Qué es esto?

La forma en que un cirujano obtiene acceso a la cadera durante la cirugía de reemplazo se conoce como un "abordaje". Hay varios tipos de abordajes nombrados de acuerdo con la dirección en que se realiza la cirugía.

El enfoque más común hoy en día se conoce como el "abordaje posterior", que se hace desde la parte posterior de la cadera. Algunas mejoras más recientes en este abordaje (pequeña incisión y menos traumatismo tisular) se han llamado "mini abordaje posterior". Otro enfoque actualmente popular se conoce como el "abordaje anterior", que se realiza desde la parte delantera de la cadera. El abordaje lateral se utiliza con menos frecuencia, pero un abordaje viable para la cirugía.

Hay pros y contras de cada abordaje y poca ciencia para apoyar uno sobre el otro. Los cirujanos tienden a tener una preferencia y un nivel de comodidad con un abordaje particular sobre los demás. La conclusión es que el mejor abordaje es el que su médico se sienta más cómodo para permitir la implantación segura y precisa de los componentes de reemplazo de cadera. Una conversación con el cirujano debe ayudar a decidir qué abordaje es el mejor para usted.

¿Mi cirujano usará una computadora, un robot o una guía de corte personalizada en mi cirugía?

Hay muchos estudios que intentan evaluar estas tecnologías emergentes y su influencia del éxito de las cirugías. Cada una de estas tecnologías tiene un objetivo específico que ha impulsado su desarrollo (es decir, más precisión en la colocación de implantes, cirugía más eficiente o más rápida, etc.).

Hasta la fecha, parece haber tanto pros como contras para cada una de estas tecnologías sin ninguna ventaja clara, pero se requiere más investigación para determinar qué ventaja, si la hay, estas pueden tener para ofrecer.

A pesar de una cantidad sustancial de marketing directo al consumidor, el mejor enfoque es discutir este tema con el cirujano. Es posible que desee saber si utilizan una de estas tecnologías, por qué han elegido hacerlo y cuál ha sido su experiencia en su uso.

¿Qué tan larga será mi cicatriz?

El tamaño de la incisión puede variar y depende de varios factores que incluyen el tamaño del paciente, la complejidad de la cirugía y la preferencia del cirujano. La mayoría de los estudios han demostrado que las incisiones más pequeñas no ofrecen ninguna mejora en el dolor o la recuperación y en realidad pueden empeorar la capacidad del cirujano para realizar adecuadamente el procedimiento.

¿Necesitaré anestesia general?

Si bien la anestesia general es una opción segura, los reemplazos de cadera y rodilla se pueden realizar bajo anestesia regional. Las opciones para la anestesia regional incluyen anestesia espinal, anestesia epidural o uno de una variedad de bloqueos nerviosos periféricos. Muchos cirujanos y anesthesiólogos prefieren la anestesia regional porque los datos muestran que puede reducir las complicaciones y mejorar su experiencia de recuperación con menos dolor, menos náuseas, menos medicamentos narcóticos requeridos, etc. Recientemente, los bloqueos nerviosos periféricos se han vuelto más populares como complemento para el control del dolor. Para el reemplazo total de rodilla esto puede incluir un bloque de canal adductor, que permite el control del dolor sin causar debilidad de los músculos. Usted debe tener una discusión con respecto a la anestesia y el manejo del dolor postoperatorio con su cirujano y equipo de anestesia antes de la cirugía.

¿Cuánto tiempo me quedaré internado en el hospital?

Es probable que permanezcas en el hospital de uno a tres días, dependiendo de tu protocolo de rehabilitación y de la rapidez con la que prograses con la fisioterapia. Esto depende en gran medida de su condición antes de la cirugía, su edad y problemas médicos que pueden influir en su rehabilitación. El equipo ortopédico le organizará un plan de alta seguro.

¿Cuánto tiempo se tarda en recuperarse?

La mayoría de las personas que se someten a reemplazo total de cadera pueden participar en la mayoría de sus actividades diarias a las seis semanas. A los tres meses, la mayoría de las personas han recuperado mucho la resistencia y la fuerza perdida alrededor del momento de la cirugía, y pueden participar en actividades diarias sin restricciones. Si bien las actividades diarias se han reanudado, es importante evitar las actividades de alto impacto para darle el mejor resultado a largo plazo con la cadera.

¿Cuándo puedo ducharme?

A la mayoría de los cirujanos no les gusta que la herida esté expuesta al agua durante cinco a siete días; sin embargo, más cirujanos están usando apósitos impermeables que permiten a los pacientes ducharse el día después de la cirugía. Puede retirar el vendaje de siete a diez días después de la cirugía. Una vez que retires los apósitos, no debes empapar la herida hasta que la incisión se cure completamente de tres a cuatro semanas después. De cualquier manera, es importante discutir esto con su cirujano para estar

seguro cuando es seguro ducharse y qué técnica de cierre de herida / apósitos se utilizará para su herida quirúrgica.

¿Cuándo puedo caminar después de la cirugía?

La mayoría de los cirujanos y hospitales de hoy en día enfatizan el levantarse de la cama rápidamente. La mayoría de las personas caminan con la ayuda de un andador el día después de la cirugía. Se ha demostrado que la ambulancia temprana reduce el riesgo de la formación de un coágulo sanguíneo postoperatorio y es una parte importante de su recuperación. La progresión al uso de un bastón o nada en absoluto ocurre típicamente dentro del primer mes o dos después de la cirugía y depende del progreso de cada individuo. A pesar de la rápida progresión a moverse sin ayuda, por lo general no se recomienda que vuelva a las actividades deportivas hasta el tercer mes después de la cirugía.

¿Cuándo puedo conducir?

La mayoría de los cirujanos permiten a los pacientes conducir a los cuatro a seis semanas después de la cirugía, y a veces antes si la pierna operada es la pierna izquierda al usar autos con cambios automáticos. Hay alguna literatura que dice que su tiempo de reacción no volverá a la normalidad antes de seis semanas. Usted no debe conducir mientras está en narcóticos, y debe discutir volver a conducir con su cirujano operativo.

¿Cuándo puedo volver al trabajo?

Volver al trabajo depende en gran medida de su salud general, nivel de actividad y de las demandas de su trabajo. Si tiene un trabajo sedentario, como el trabajo en computadora, puede esperar volver al trabajo en cuatro a seis semanas. Si tiene un trabajo más exigente que requiere levantar cosas, caminar o viajar, es posible que necesite hasta tres meses para una recuperación completa

¿Qué restricciones tengo después de la cirugía?

Dependiendo de cómo el cirujano realice la cirugía, es posible que tengas ligeras diferencias en las instrucciones de rehabilitación, incluidas las restricciones. En general, la mayoría de los cirujanos prefieren que evites ciertas posiciones de la cadera que pueden aumentar el riesgo de luxación de la cadera durante unas seis semanas luego de la cirugía. Después de seis semanas, los tejidos blandos involucrados en la cirugía se han curado, y las restricciones a menudo se levantan – permitiendo una actividad más vigorosa.

Muchos cirujanos sugieren que evites cualquier actividad de impacto repetitivo que pueda aumentar el desgaste del implante, como correr largas distancias, baloncesto o esquiar de nieve. De lo contrario, las limitaciones después de la cirugía de reemplazo de cadera son pocas; sin embargo, cuanto mejor trate a su reemplazo, más tiempo durará.

¿Necesitaré rehabilitación con terapia física, y si es así, por cuánto tiempo?

Inicialmente, usted recibirá algo de terapia física mientras esté en el hospital. Dependiendo de su acondicionamiento y apoyo preoperatorio, es posible que necesite o no terapia adicional como paciente ambulatorio. Gran parte de la terapia después del reemplazo de cadera es caminar con estiramiento general y fortalecimiento muscular del muslo, que se puede hacer por su cuenta sin la ayuda de un fisioterapeuta.

¿Hay complicaciones para Reemplazo Total de Cadera?

El reemplazo total de cadera es un excelente procedimiento de alivio del dolor, y la mayoría de los pacientes tienen aproximadamente un 95% de alivio del dolor.

Aunque las complicaciones son relativamente raras (1-5% de los pacientes), los pacientes pueden experimentar una complicación en el período postoperatorio. Estos incluyen complicaciones- muy graves y posiblemente mortales como ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, embolia pulmonar e insuficiencia renal.

La infección (1%) es una de las complicaciones más debilitantes y a menudo requiere antibióticos prolongados con varias cirugías adicionales para eliminar la infección.

Un coágulo de sangre en la pierna también es una complicación relativamente común que requiere algún tipo de anticoagulante después de la cirugía para reducir la incidencia.

Los implantes utilizados también pueden fallar con el tiempo debido al desgaste de los componentes del rodamiento o al aflojamiento de los componentes del hueso, que generalmente ocurren durante muchos años de operado.

Otra complicación específica para el reemplazo de cadera es la luxación de la articulación (1%) que puede requerir cirugía adicional si la dislocación se vuelve recurrente.

Las diferencias en la longitud de las piernas después de la cirugía también es una posibilidad y pueden ser difíciles de evitar a veces con el fin de asegurar una cadera estable. A menudo, esta discrepancia en la longitud de la pierna es leve rara vez necesita tratamiento.

[Vivir con su nueva articulación](#)

¿Mi implante activará detectores de metales en aeropuertos y juzgados?

Por lo general, los pacientes con reemplazos articulares activarán los detectores de metales. Es razonable que informe al agente de detección de las autoridades en el aeropuerto que ha tenido un reemplazo articular con un implante metálico; sin embargo, todavía necesitará que le realicen pruebas de detección y tendrá que seguir las instrucciones del agente correspondiente. Obtenga más información sobre la seguridad en los aeropuertos.

Hay millones de individuos con reemplazos articulares, y los protocolos de detección reconocen que las personas que han tenido reemplazos protésicos pueden activar los detectores. No es necesario llevar documentación específica para demostrar que usted tiene una prótesis articular.

Los aparatos detectores de metales siguen protocolos universales que permiten que las personas con reemplazos articulares procedan libremente después de la confirmación de que no existe ninguna amenaza.

¿Tendré que tomar antibióticos antes de ver a un dentista o tener otros procedimientos invasivos?

La Academia Americana de Cirugía Ortopédica (AAOS) y la Asociación Dental Americana (ADA) generalmente han recomendado antibióticos a corto plazo antes de los procedimientos dentales (una dosis una hora antes del procedimiento dental) para los pacientes que han tenido reemplazos articulares. Esta recomendación continúa hasta dos años después de su reemplazo articular.

Dos o más años después del reemplazo, el uso continuado de antibióticos antes de los procedimientos dentales se basa en la discreción del cirujano tratante y el paciente. El cirujano considerará muchos factores, como si tienes o no un mayor riesgo de infección debido a una inmunosupresión (es decir, pacientes diabéticos, trasplantados y con artritis reumatoidea).

El uso de antibióticos profilácticos antes de las limpiezas dentales y otros procedimientos invasivos sigue siendo controversial. La mayoría de los cirujanos ortopédicos ahora recomiendan la supresión de por vida. Los pacientes deben discutir si necesitan o no antibióticos antes de los procedimientos dentales u otros procedimientos invasivos con su cirujano ortopédico de tratamiento. Vea también "Prevenir la infección en su articulación en el consultorio del dentista."



Escanea con tu teléfono y visita AAHKS.org para más artículos y videos.



Rev. 2017
Total Hip Replacement