

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Tratamiento con
Artroplastia de Rodilla
en pacientes mayores de 60 años

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-435-12**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
E IGUALDAD DE LA MUJER



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE-10: M17 Gonartrosis (artrosis de la rodilla)

CIE-9-M: 81.47 Artroplastia de rodilla,

81.42 Reparación de rodilla

GPC

Tratamiento con Artroplastia de Rodilla en pacientes mayores de 60 años
ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Artroplastia total de rodilla (ATR): Reemplazo artificial de la articulación de la rodilla en sus tres compartimientos mediante la implantación de componentes metálicos y una superficie de polietileno de ultraltradensidad.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Realizar ATR en aquellos pacientes con las siguientes características:

- 1.- Mayores de 60 años.
- 2.- Osteoartrosis con daño estructural severo.
- 3.- Sintomatología grave sin mejoría al tratamiento.

Con la finalidad de disminuir el riesgo de complicaciones. Se recomienda que los pacientes candidatos a realizar ATR su Índice de Masa Corporal sea menor a 30.

CLASIFICACIÓN

El médico deberá clasificar la severidad de la osteoartrosis de rodilla en base a la clasificación de Kellgren-Lawrence modificada para establecer el grado de severidad y utilizar la clasificación como un criterio para referir al paciente al servicio de Ortopedia.

TRATAMIENTO

Considerar candidato a ATR primaria a aquel paciente que presenta características radiográficas grado 3 y 4 en la clasificación de Kellgren-Lawrence modificada y deberán enviarse a la Unidad Hospitalaria que cuente con médico ortopedista capacitado para la realización del procedimiento.

Contraindicaciones absolutas de la ATR:

1. Antecedente de infección articular.
2. Osteomielitis del fémur distal con afección articular.
3. Historial de procesos infecciosos locales de repetición.
4. Disfunción del aparato extensor.
5. Enfermedad vascular local severa.
6. Deformidad en recurvatum secundaria a debilidad muscular.

7. Artrodesis de rodilla funcional.

Contraindicaciones relativas:

1. Condiciones médicas que ofrezcan un procedimiento anestésico no seguro.
2. Malas condiciones locales de la piel (dermatosis).
3. Artropatía neuropática.
4. Obesidad mórbida

Identificar de forma oportuna las patologías agregadas del paciente candidato a artroplastia total de rodilla.

Efectuar un estudio multidisciplinario en los pacientes con artrosis de la rodilla candidatos a artroplastia total de rodilla.

En pacientes con enfermedades cardiovasculares que requieren de artroplastia total de rodilla se recomienda la valoración por el especialista correspondiente, contando con los auxiliares de diagnóstico requeridos para dicha valoración como son: radiografía simple de tórax y electrocardiograma.

Identificar las posibles alteraciones hidroelectrolíticas en pacientes con artrosis de la rodilla; mediante la determinación de electrolitos séricos, antes de realizar la artroplastia total de rodilla.

Establecer durante la valoración preoperatoria el tipo de procedimiento anestésico a realizar en los pacientes con artrosis que serán sometidos a artroplastia total de rodilla, considerando el riesgo de complicaciones asociadas.

Considerar en la valoración preoperatoria del paciente con patología cardiovascular asociada, candidato a artroplastia total de rodilla, los posibles efectos adversos relacionados al uso de cemento óseo.

Los pacientes a realizar ATR, deberán tener protección con antibióticos desde una hora antes mediante la administración de Cefuroxima 1 gr IV previo a la cirugía y continuar a dosis de 1gr IV cada 8 hrs en las 24 horas posteriores a la cirugía. Y dos horas antes de la cirugía si se trata de Vancomicina a dosis de 1gr y posterior a la cirugía 1 gr IV cada 12 hrs las 24 hrs siguientes a la cirugía o Clindamicina 300 mg Iv una hora antes del procedimiento quirúrgico y posterior al mismo 300 mg IV cada 6 hrs las 24 hrs posteriores.

Efectuar profilaxis antitrombótica empleando heparina de bajo peso molecular (enoxaparina o nadroparina) a dosis de 20 mg (2,000 UI) 2 horas antes del procedimiento quirúrgico y 40 mg (4,000 UI) cada 24 hrs posterior al procedimiento quirúrgico hasta por 21 días en los casos que así lo ameriten.

Utilizar componentes metálicos en aleaciones de cromo cobalto y en algunos casos de aleaciones de titanio y con insertos de polietileno de ultra alta densidad con enlaces cruzados de diferentes tipos.

Seleccionar el implante que, a criterio y experiencia del médico, mejor convenga al paciente en relación a seleccionar entre un implante estabilizado y un no estabilizado, ya que no existe evidencia clínica significativa de superioridad entre ambos implantes.

Administrar analgésicos antiinflamatorios con la potencia necesaria de acuerdo a la intensidad del dolor, combinando no esteroideos con esteroideos según el caso. Iniciando desde el quirófano, el posoperatorio inmediato y durante el tiempo de hospitalización, para finalmente disminuir dosis y terminar por vía oral.

La dosis de indometacina es de 25 mg, cada 8 horas, tenoxicam 20 mg una vez al día, diclofenaco 75 mg.

Intramuscular en dolor severo y luego 100 mg por vía oral, ketorolaco por vía intramuscular o intravenosa 30 a 60 mg de inicio y de 10 a 30 mg. Cada 4 a 6 hrs sin exceder de 120 mg al día, ibuprofeno 400 mg cada 6 hrs o mas sin exceder de 3200 mg al día. Codeína 15 a 60 mg cada 6 horas como máximo 360 mg, combinado con paracetamol, destropropoxifeno se recomiendan 65 mg cada 4 horas sin exceder 360 mg, morfina 10 a 30 mg cada 6 hrs, bupremorfina 0.3 mg cada 8 horas y en caso de dolor intenso 0.3 a 0.6 mg cada 6 a 8 horas, Nalbufina 10 mg cada 6 a 8 horas.

Valorar el uso de la Ropivacaina, intra-articular, para mejor control del dolor en el postoperatorio inmediato en la ATR.

Referir a los pacientes que sean candidatos a realizar ATR a un hospital de 2° o 3er nivel de atención donde se cuente con un Cirujano Ortopedista capacitado en dicho procedimiento quirúrgico.

Contrarreferir a los pacientes post operados una vez que la herida se encuentre cicatrizada y sin evidencia de complicaciones, a su Unidad de Medicina Familiar (primer nivel de atención) con las indicaciones necesarias para mejoramiento de los rangos de movilidad, marcha y actividades a realizar.

Solicitar la toma de radiografías de la rodilla sometida a ATR primaria en proyección antero posterior y lateral, para evaluar radiográficamente la alineación de la prótesis.

Vigilar por parte del médico Ortopedista la integridad neurovascular en el postoperatorio mediato, así como las pérdidas hemáticas a través del drenaje.

Aplicar vendaje algodonado en el postquirúrgico inmediato para evitar el edema y como medida anti-embólica en la extremidad operada

Indicar por el médico y bajo su vigilancia la movilización activa y pasiva a las 24 o 48 horas del postoperatorio, disminuyendo la inflamación y mejorar la fuerza muscular; y al tercer día de post operado iniciar el apoyo y la marcha con un auxiliar tipo andadera.

Vigilar a los 5 a 6 días de postoperado que el paciente se pueda sentar llevando la flexión de la rodilla operada a 90°, para considerar el alta del paciente.

El médico Ortopedista deberá indicar el retiro de puntos a los 10 días de postoperado con una primera evaluación a las 6 semanas del post operatorio y posteriormente a las 12 semanas, evaluando la flexión que sea entre 90° y 110° y la extensión a 0°, valorando la herida, y la marcha asistida con uso de bastón. Se indicarán valoraciones a los 3 meses y a los seis meses por los siguientes 3 años.

En los casos que así lo requieran cubrir con certificado de incapacidad laboral al paciente post operado de ATR por 45 a 90 días.

ALGORITMOS

Algoritmo 1. Artroplastia total de rodilla en pacientes mayores de 60 años.

