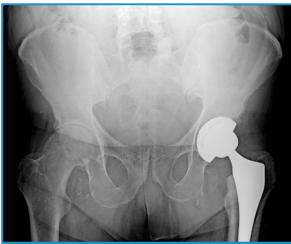


La prótesis total de cadera

El médico sugiere la colocación de una prótesis total de cadera cuando la discapacidad es severa y cuando los daños articulares están muy avanzados. El paciente debe saber en qué consiste la intervención y a qué se expone tras la misma. Tras haber sido informado, él es quien decide.

La prótesis es total* y varía según los modelos



«Total» significa que la prótesis afecta a las dos partes de la articulación de la cadera: la parte de la pelvis (cotilo) y la parte del fémur (cabeza).

Los modelos de prótesis total son numerosos. Estos varían según la forma, el material y el modo de fijación de la prótesis.

La prótesis se propone cuando la discapacidad llega a ser importante

Los dolores no se calman lo suficiente con los medicamentos analgésicos y la discapacidad que producen (molestias al caminar, reducción de las actividades) son buenas razones para contemplar la colocación de una prótesis total de cadera. Si, además, las lesiones de artrosis están muy avanzadas en las radiografías más recientes, esto ofrece una razón suplementaria para pensar en esta actuación.

Hay que tener en cuenta dos factores: la edad y la actividad

La duración de una prótesis varía entre 15 y 25 años según la edad, el peso y la actividad del paciente. Si se coloca la prótesis en un individuo joven, deberá cambiarse por lo menos una vez. Esto explica el interés de prolongar el mayor tiempo posible los medicamentos analgésicos antes de recurrir a la cirugía. Al contrario, contemplar la colocación de una prótesis a los 90 años implica correr riesgos: el de la anestesia y el de la inmovilización.

La coxartrosis crea una discapacidad que no tiene la misma gravedad en un paciente sedentario que en aquel que conserva una actividad sostenida. La propuesta de colocación de una prótesis de cadera debe tener en cuenta estos aspectos.

Dos riesgos: la infección y la trombosis

Las complicaciones son poco frecuentes. Dos de ellas son graves: la infección y la trombosis.

La infección de la prótesis se previene con medidas tomadas antes, durante y después de la intervención. En preoperatorio, es conveniente buscar una infección «muda» (sin síntomas), urinaria o dental. Durante la intervención, deben respetarse las condiciones de asepsia más rigurosas. Por último, tras la colocación (y a veces varios meses o años después), hay que tratar toda la infección distante de la prótesis, tanto pulmonar, como urinaria o dental.

La infección de la prótesis requiere una hospitalización con un tratamiento antibiótico intravenoso prolongado o, eventualmente, con la sustitución de la prótesis.

El riesgo de trombosis venosa (flebitis) permanece durante las 6 semanas posteriores a la intervención. El levantamiento precoz, el tratamiento anticoagulante y las medias de contención son las principales medidas destinadas a evitar este tipo de accidente.

Las complicaciones «mecánicas» son menos graves. La «dislocación» (luxación) de la prótesis se previene con el fortalecimiento de la musculatura que rodea la prótesis y evitando los «malos movimientos» o ciertos gestos en los meses posteriores a la intervención.

El resultado suele ser muy bueno

La lista de complicaciones no debe hacer olvidar que, en la mayoría de casos, la vida del paciente se transforma con la intervención. La ausencia de dolor permite interrumpir la toma de analgésicos y de antiinflamatorios. La recuperación de la movilidad articular normal viene acompañada de la reanudación de las actividades habituales (antes de la coxartrosis) y de un retorno a la autonomía.

* Las prótesis de cadera

La prótesis total es la prótesis de sustitución privilegiada en la coxartrosis.

La prótesis femoral (solo se sustituye la cabeza del fémur) queda reservada para las necrosis de la cabeza femoral y para las fracturas del cuello del fémur.