

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2018

TRATAMIENTO CON
ARTROPLASTÍA TOTAL DE
RODILLA EN PACIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: GPC-IMSS-435-18

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600 México, Ciudad de México.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

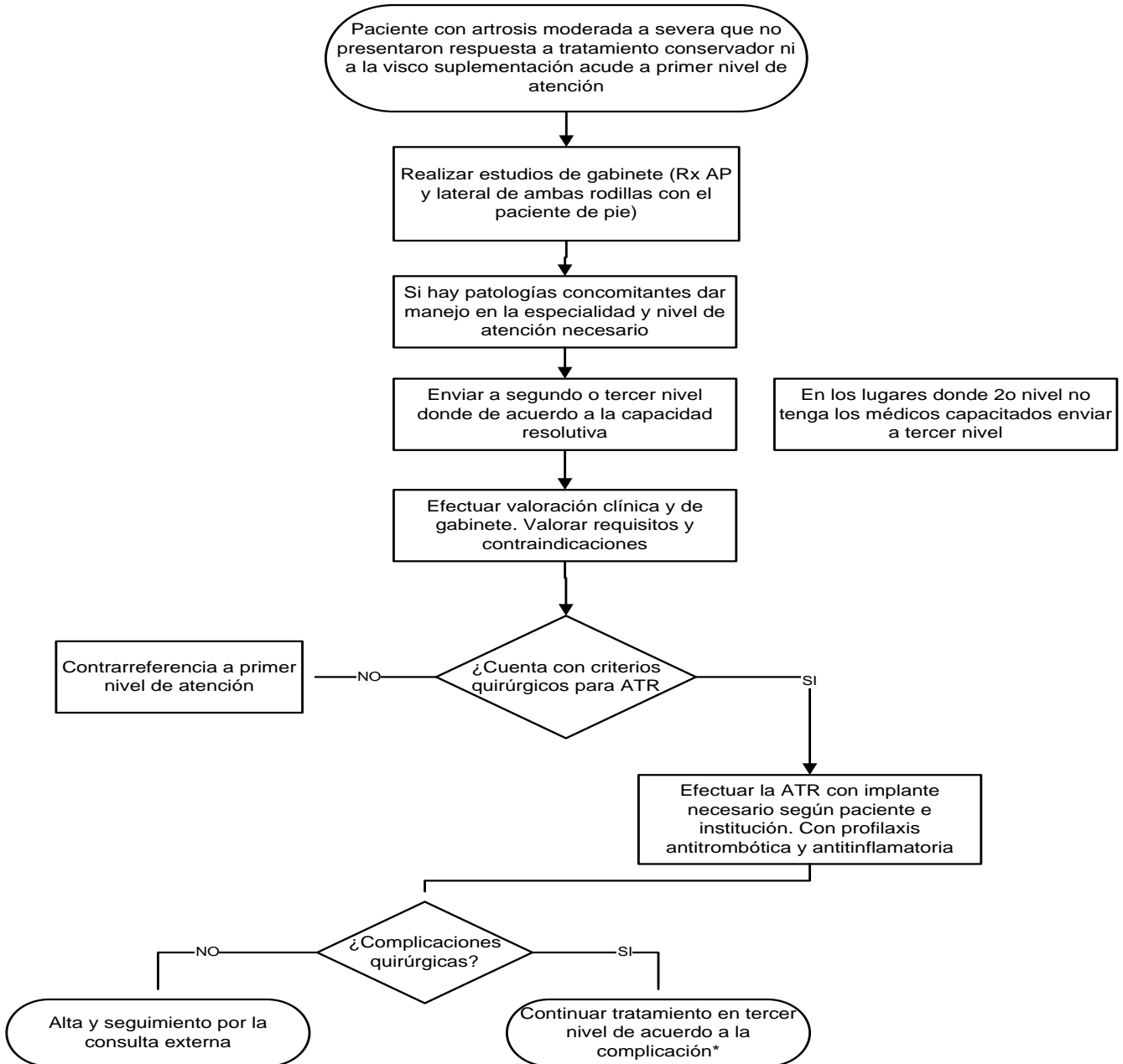
La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Tratamiento con Artroplastia Total de Rodilla en Pacientes Mayores de 60 años**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de “**Evidencias y Recomendaciones**” en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-435-18/ER.pdf>

Debe ser citado como: **Tratamiento con Artroplastia Total de Rodilla en Pacientes Mayores de 60 años** Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; **2018** [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-435-18/RR.pdf>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO



2. TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Es recomendable que la persona disminuya su peso corporal a un IMC por debajo de 30 kg/m ² , para mejor control del dolor postoperatorio.	C
En pacientes con enfermedades cardiovasculares que requieren de ATR se recomienda contar con la valoración previa del especialista, así como los estudios auxiliares de diagnóstico específicos (radiografía simple de tórax y electrocardiograma, entre otros).	C
Se recomienda prescribir profilaxis antimicrobiana 60 minutos antes de la incisión quirúrgica y de la aplicación del torniquete, y por un periodo no mayor a 24 horas después del procedimiento.	B
Se recomienda iniciar profilaxis antitrombótica con HBPM (enoxaparina o nadroparina) a dosis de 20 mg (2,000 U.I.), 2 horas antes del procedimiento quirúrgico y 40 mg (4,000 U.I.) cada 24 horas después del mismo, así como continuar después del egreso hospitalario, con HBPM por vía subcutánea o bien, con algún inhibidor del factor Xa, por vía oral.	C
Se recomienda elegir el implante con base en las condiciones clínicas y en las necesidades individuales de la persona con artrosis de rodilla.	B
Se recomienda para el manejo analgésico en el postoperatorio inmediato la prescripción de AINE.	D
Ante la presencia de dolor crónico de origen neuropático, se recomienda emplear pregabalina o gabapentina, y en quienes se considere necesario prescribir analgésicos opiáceos, dado por la cronicidad del dolor.	D
Se recomienda realizar radiografías de la rodilla con ATR en proyección antero posterior y lateral para evaluar la alineación de los implantes protésicos, y los resultados radiológicos.	C
Se recomienda al paciente operado de ATR: <ul style="list-style-type: none"> • A las 24 ó 48 horas del postoperatorio, movilización activa y pasiva. • Al tercer día, iniciar el apoyo y la marcha con un auxiliar tipo andadera. Al quinto y sexto día, realizar flexión de la rodilla operada a 90°.	B
Se recomienda enviar a pacientes candidatos a realizar ATR a la unidad hospitalaria, que cuente con el personal calificado, de preferencia médico ortopedista, y los recursos e insumos para dicho procedimiento.	B

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro I. Clasificación radiográfica de Kellgren-Lawrence modificada para la Gravedad de la Artrosis de la Rodilla/ modificada.

CATEGORIAS	ORIGINAL	MODIFICADA
Grado 0	Ningún rastro de osteoartritis	Ningún rastro de osteoartritis
Grado I	Dudosa disminución del espacio articular y posible	Dudoso osteofito
Grado II	El osteofito definido y posible el estrechamiento del espacio articular	Osteofito definido
Grado III	Osteofito múltiple moderado, definido, con pérdida del espacio articular, alguna esclerosis y posible deformidad de las epíffisis del hueso	Pérdida del espacio articular
Grado IV	Osteofitos grandes, marcada pérdida del espacio articular, esclerosis severa y marcada deformidad de las epíffisis de los huesos	Apariencia de hueso-hueso

Fuente: Guermazi A. 2009; Kellgren JH, 1957;

Cuadro II. Contraindicaciones para la artroplastia total de rodilla

Absolutas	Relativas
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de infección articular. • Osteomielitis del fémur distal con afección articular. • Historial de procesos infecciosos locales de repetición. • Disfunción del aparato extensor. • Enfermedad vascular local severa. • Deformidad en recurvatum secundaria a debilidad muscular. • Artrodesis de rodilla funcional 	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones médicas/anatómicas que ofrezcan un procedimiento anestésico no seguro. • Malas condiciones locales de la piel (dermatosis). • Obesidad. • Artropatía neuropática.

Fuente: Tibbo ME, 2018

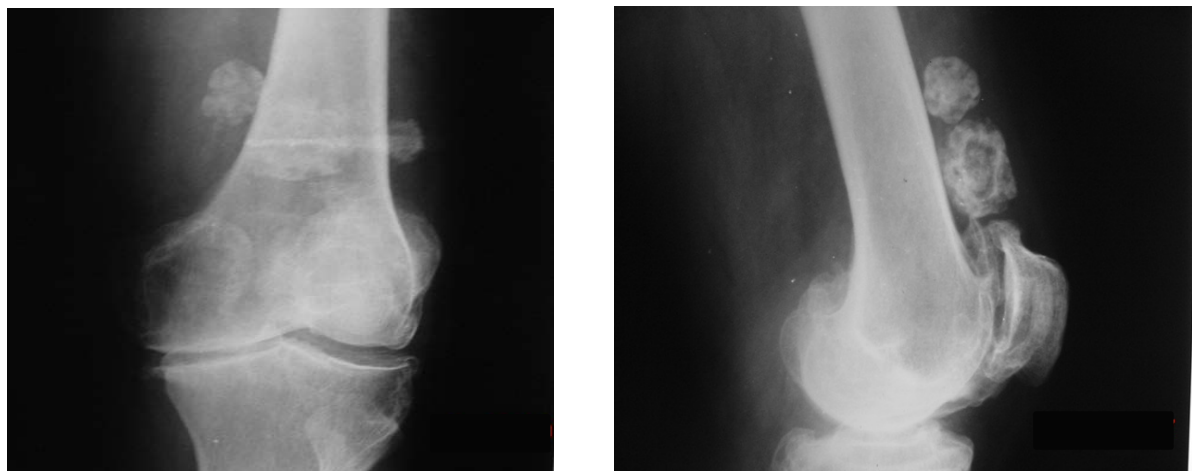
Figura 1. Osteoartrosis Grado III en la Clasificación de Kellgren-Lawrence Modificada



Fuente: Archivo fotográfico del grupo que elaboró la GPC (versión publicada 2011 y de actualización 2018)

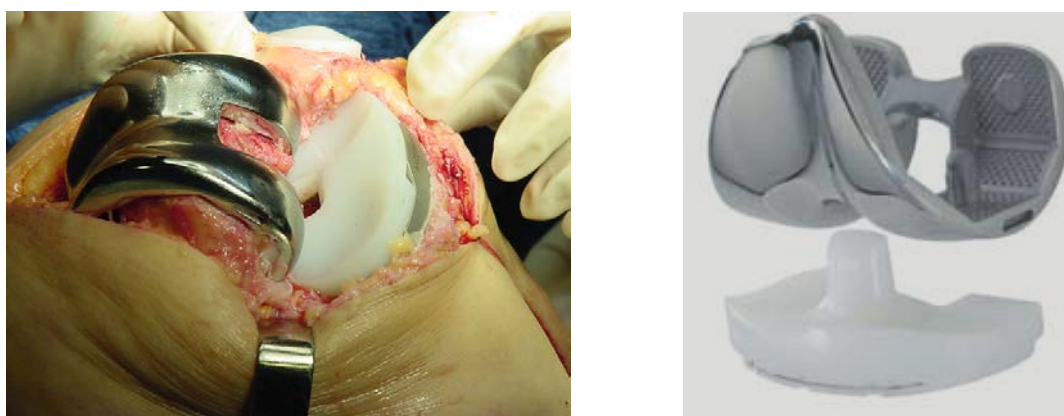


Figura 2. Osteoartrosis Grado IV en la clasificación de Kellgren-Lawrence modificada

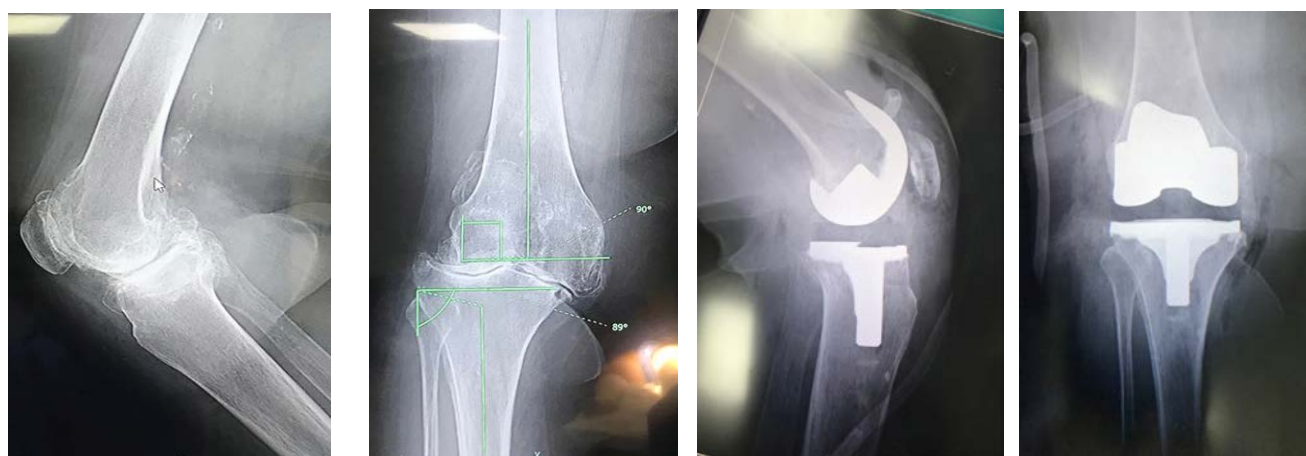


Fuente: Archivo fotográfico del grupo que elaboró la GPC (versión publicada 2011 y de actualización 2018)

Figura 3. Prótesis total de rodilla: no estabilizada y estabilizada



Fuente: Archivo fotográfico del grupo que elaboró la GPC (versión publicada 2011 y de actualización 2018)











Fuente: Archivo fotográfico del grupo que elaboró la GPC (versión publicada 2011 y de actualización 2018)



Fuente: Archivo fotográfico del grupo que elaboró la GPC (versión publicada 2011 y de actualización 2018)

Cuadro III. Recomendaciones para la Movilización Postoperatoria

<p>1.-El primer día después de la cirugía, el paciente deberá realizar ejercicios isométricos colocándose, una toalla doblada debajo del tobillo y tratando de tocar la cama con la parte posterior de la rodilla.</p>	
<p>2.-El segundo día el paciente podrá colocarse al borde de la cama e iniciar la flexión de la rodilla a tolerancia. Ayudado por el médico o un familiar.</p>	
<p>3.-En el tercer día el paciente deberá iniciar la marcha auxiliado de una andadera y de ser posible asistido por un terapeuta o familiar.</p>	
<p>4.-Se le enseñara al paciente a tomar la andadera con ambas manos y adelantar la misma antes de realizar el paso el cual será con la pierna operada y tomando la andera con firmeza, adelantará la pierna no operada.</p>	
<p>5.- Una vez fortalecida la masa muscular el paciente podrá iniciar el uso de muletas. Tomadas con firmeza las muletas el paciente deberá adelantar ambas muletas y al mismo tiempo la pierna operada, posteriormente adelantará la pierna no operada</p>	

<p>6.-Inicio al subir escaleras, el cual se realizará apoyando con firmeza las muletas y la pierna no operada para iniciar con la pierna operada.</p>	
<p>7.-Bajar escaleras con muletas, colocando estas y la pierna operada en el escalón de abajo y posteriormente la pierna no operada.</p>	
<p>8.-Una vez dominadas las muletas se retiran las mismas dejando por ultimo un bastón en la mano opuesta a la rodilla operada en forma definitiva de ser posible, sin muletas y con un bastón en mano derecha</p>	

Fuente: Grupo que elaboró la GPC versión publicada 2011.