

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

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

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

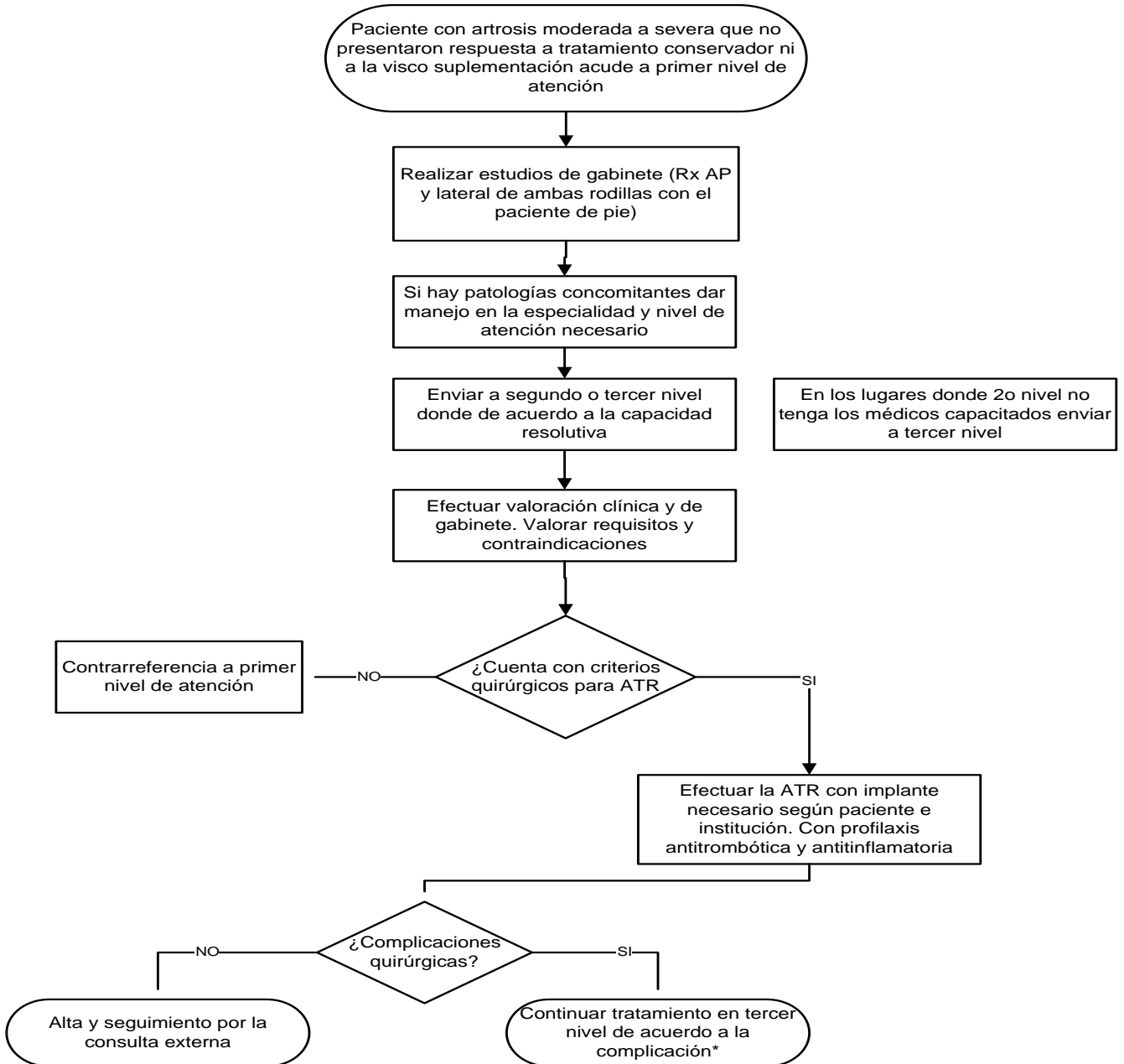
La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Tratamiento con Artroplastia Total de Rodilla en Pacientes Mayores de 60 años**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función 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://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

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://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

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

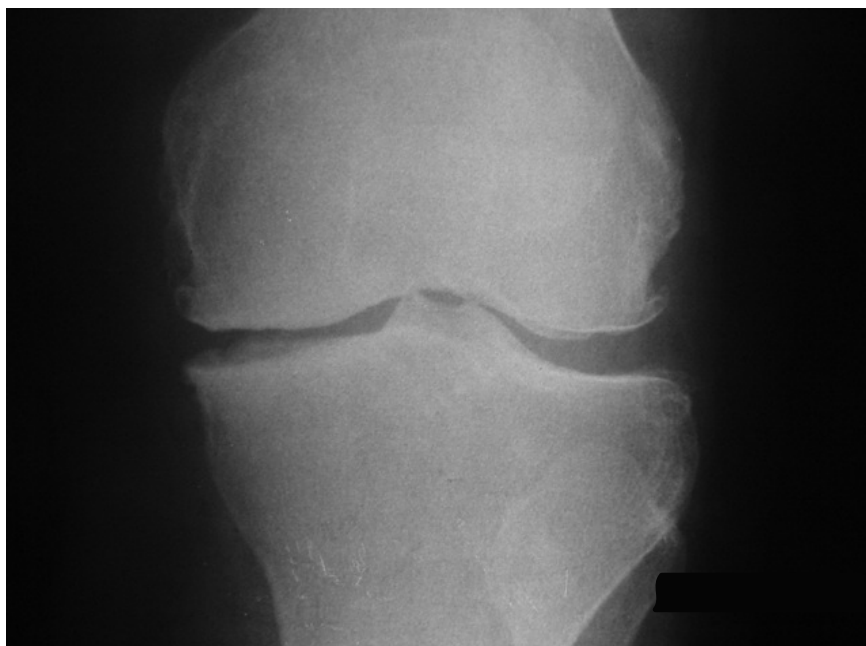
Fuente: Guermazi A. 2009; Kellgren JH, 1957;

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)

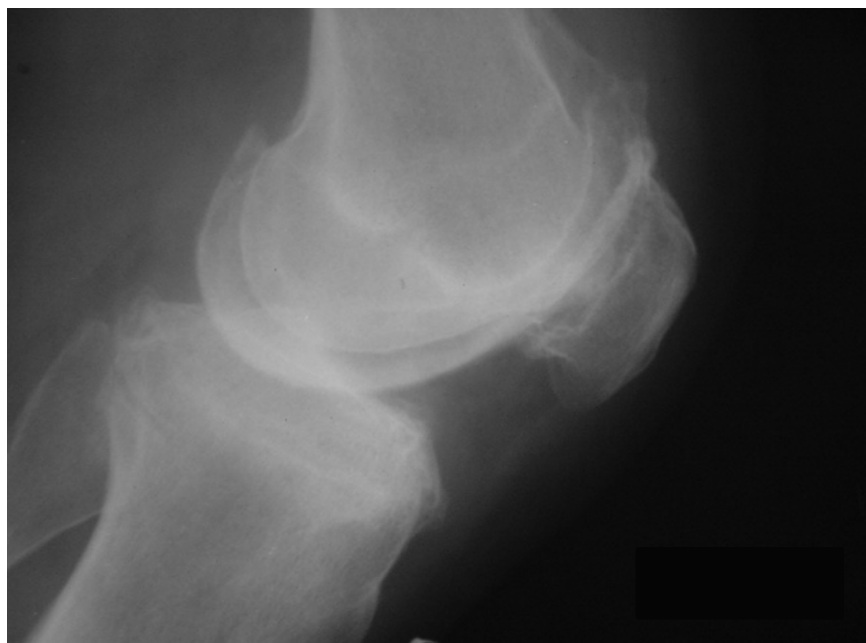
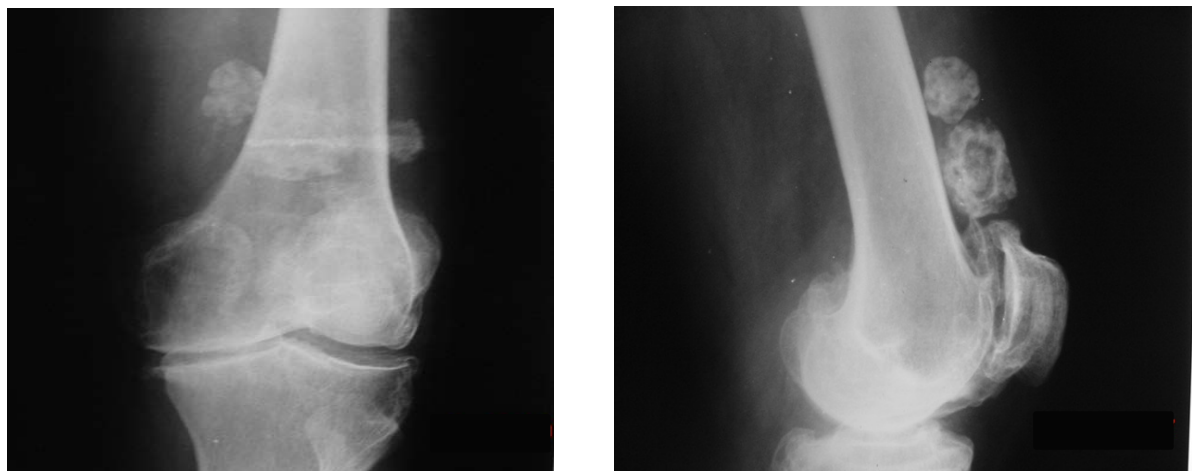
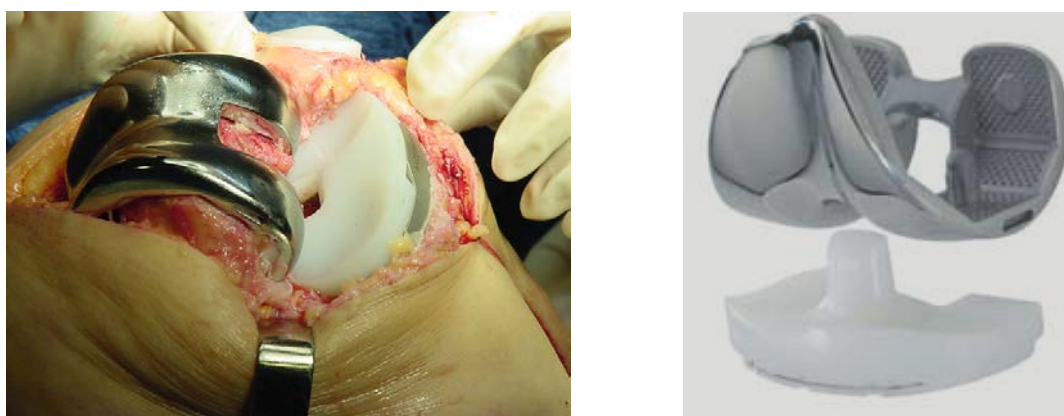


Figura 2. Osteoartrosis Grado IV en la clasificación de Kellgren-Lawrence modificada

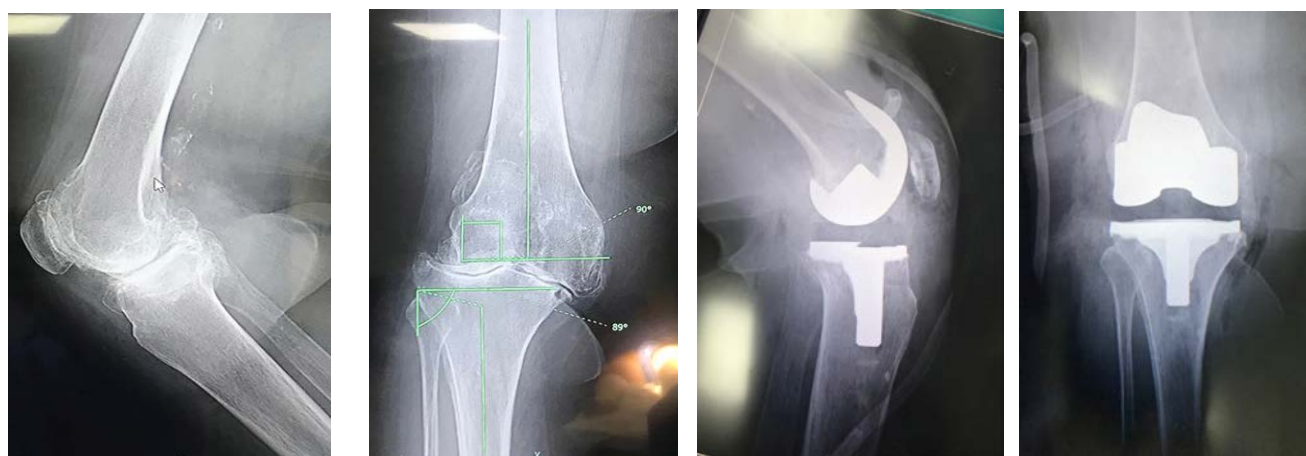


Fuente: Archivo fotográfico del grupo que elaboró la GPC (versión publicada 2011 y de actualización 2018)

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.