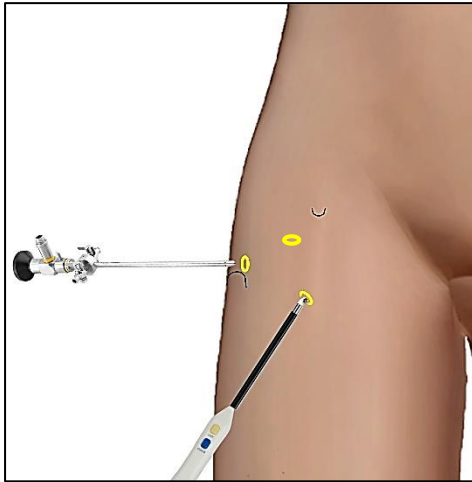


GUÍA POSTOPERATORIA – ARTROSCOPIA DE CADERA

¿Qué es una artroscopia de cadera?



La artroscopia de cadera es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que permite acceder a la articulación de la cadera mediante 3-4 pequeñas incisiones.

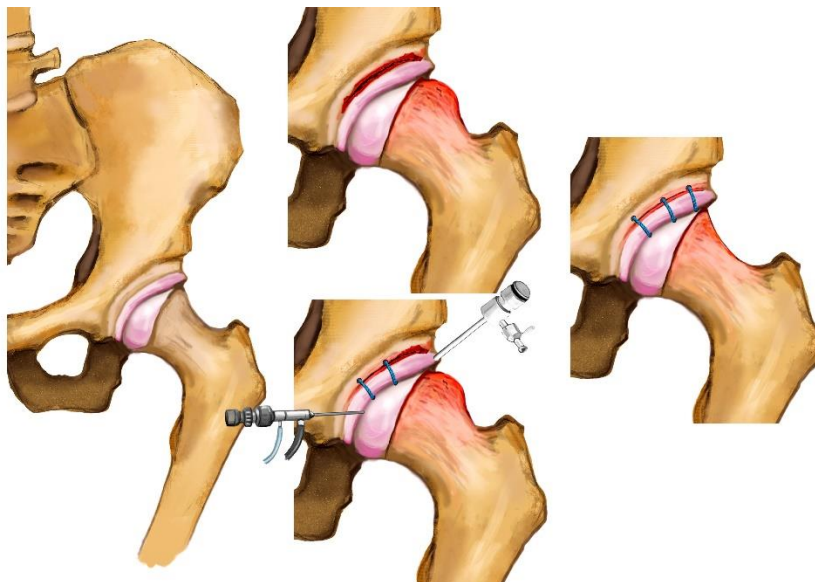
A través de una de ellas, se introduce el sistema de artroscopia que permite visualizar el interior de la articulación y valorar sus lesiones.

A través de las otras 2 o 3, se introduce diferente instrumental que permite tratar las lesiones, como “rebajar” las denominadas lesiones CAM o Pincer (propias del pinzamiento femoroacetabular), extraer cuerpos libres o suturar el labrum (o “junta” de la cadera).

¿Qué es el pinzamiento o choque femoroacetabular?

La cavidad (acetábulo) que la pelvis presenta a la cabeza femoral está “sellada” por una estructura a modo de junta que se llama labrum. El cuadro de pinzamiento o choque se produce por una alteración de nacimiento de la forma de la cabeza-cuello del fémur. Esta alteración de la forma a modo de “giba” o CAM produce un mal encaje entre la cavidad (acetábulo) y la cabeza del fémur que conforman la articulación de la cadera. Los movimientos repetidos de flexión y torsión producen un “choque” o “pinzamiento” que primero lesiona (desgarra) la junta o “labrum” y que, a la larga, puede producir un desgaste o artrosis de la cadera (dibujo central).

Este proceso es uno de los cuadros que con mayor frecuencia tratamos por artroscopia cuando todavía no se ha producido una artrosis. Se caracteriza por un dolor localizado en la ingle que se puede extender por la cara interna del muslo hasta la rodilla. Su aparición está relacionada con los movimientos de flexión, torsión o giro, frecuentemente de tipo deportivo o asociado a determinadas profesiones. Se diagnostica por radiografía, que se suele completar por Resonancia. Por artroscopia, se “rebajan” las zonas que provocan el “mal encaje” de la cadera y se sutura la lesión del labrum (dibujo derecho).



Preparación para la cirugía

Ejercicio

Permanecer activo antes de la cirugía ayuda a mantener el tono muscular y la movilidad, lo que mejora la recuperación postoperatoria.

Dieta y nutrición

Mantener una dieta equilibrada rica en hierro, calcio y vitamina C. Evitar el sobrepeso y mantenerse bien hidratado.

Tabaquismo

El tabaco retrasa la curación y aumenta el riesgo de complicaciones e infecciones. Es muy recomendable dejar de fumar antes de la cirugía.

Diabetes

Es importante un buen control de la glucosa para reducir riesgos en el postoperatorio.

Pruebas de preoperatorio

Previo a la cirugía, es obligatorio realizar un estudio preoperatorio a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente (Analítica ECG y Rx tórax).

Realizará una consulta con un@ anestesista, que le preguntará acerca de su historia clínica, cirugías previas, enfermedades y el estado actual de salud.

Preparación del hogar



Aunque el ingreso será breve (<24 horas), es importante preparar el entorno doméstico para facilitar la movilidad y evitar caídas.

Obstáculos

Retire alfombras, cables sueltos y muebles bajos. Cree un camino libre entre cama, baño y cocina.

Baño

Puede ser útil contar con una silla de ducha y barra de apoyo si hay molestias al flexionar la cadera.

Sentado

Evite sillas bajas o blandas. Use sillas con respaldo firme y apoyabrazos.

Equipo médico útil

Obligatorio: Muletas (2).

Recomendado: Calzador largo, esponja de mango largo, zapatos sin cordones o con cierre de velcro.

Qué llevar al hospital

- Ropa cómoda y fácil de poner.
- Zapatillas cerradas.
- Artículos de aseo personal.
- No traer objetos de valor.

Día de la cirugía

- Usted va a recibir una llamada por la tarde del día previo a la cirugía, para confirmar la hora de ingreso en la que debe llegar al hospital.
- Tome solo los medicamentos que le indicaron tomar.
- Retire el esmalte de uñas y depile la zona a intervenir incluyendo la ingle.
- Tome una ducha y lave el cabello la noche anterior.
- NO coma ni beba nada después de la hora que le indicaron.
- NO utilice lociones, cremas o polvos. No use maquillaje ni joyas.

La cirugía

La cirugía se completa en aproximadamente una hora y media; hay que añadir el tiempo de preparativos que pueden conllevar otras dos horas extra. Mientras esté en el quirófano, sus familiares podrán esperar en la habitación. El cirujano hablará con la persona designada al finalizar la cirugía (verifique la exactitud del teléfono de contacto).

Postoperatorio inmediato

- Recuperación en Unidad de Reanimación (1–2 horas).
- Control del dolor y signos vitales. Control de temperatura.
- Alta del Hospital al día siguiente, si se encuentra estable y camina con muletas.

Movilización y deambulación

Primeras 4 semanas:

- Caminar con apoyo parcial con dos muletas.
- Progresar gradualmente según tolerancia.
- Evitar apoyar completamente el peso en la pierna operada.



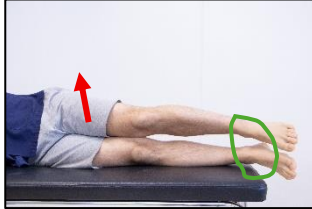
Semana 4 en adelante:

- Disminuir progresivamente el uso de muletas.
- Avanzar hacia marcha independiente.

Ejercicio y rehabilitación

Fase inicial (día 1 a semana 2)

- Ejercicios isométricos: Cuádriceps, glúteos, aductores (contracciones sin mover la pierna). Series de 10 ejercicios 4-5 veces al día.
- Movilizaciones asistidas: Flexión suave (hasta 90°), evitar giros - rotaciones.
- Bicicleta estática sin resistencia (si no hay dolor, a partir de 7–10 días).
- Crioterapia frecuente (hielo local).



Semana 2 a 4

- Progresar con ejercicios de movilidad activa y pasiva.
- Bicicleta con leve resistencia.
- Iniciar ejercicios de fortalecimiento progresivo (sin impacto).



Semana 4 en adelante

- Habrá acudido a consulta de revisión y se le habrá prescrito el comienzo de Fisioterapia.
- Marcha sin ayudas.
- Ejercicios de equilibrio y propiocepción (con Fisioterapeuta).
- Actividades funcionales adaptadas (con Fisioterapeuta).

Medicación

- Analgésicos y antiinflamatorios según prescripción médica.
- Antitrombóticos (según prescripción médica).

Cuidado de heridas quirúrgicas

- Mantener los apósitos secos.
- Revisar la herida diariamente, cura sencilla con Betadine o clorhexidina.
- Retirada de puntos o grapas a los 14 días (ambulatorio o centro de salud).

Seguimiento

- Primera visita de control a las 3–4 semanas.
- Valoración funcional y revisión de la cicatrización.
- Ajuste de la rehabilitación (fisioterapia).

Signos de alarma

Acuda a Urgencias si presenta:

- Dolor intenso que no cede con medicación.
- Fiebre mayor de 38 °C.
- Inflamación o enrojecimiento en la zona quirúrgica.
- Secreción purulenta o aumento del sangrado.
- Dolor o hinchazón persistente en la pantorrilla.