

Protocolo fisioterapéutico para las artroplastias totales de rodilla

C Igual Camacho. *Profesora Titular de la Escuela Universitaria. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Valencia*

F. Fernández Ramos. *Profesora Asociada. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Valencia*

RESUMEN

Un elevado número de pacientes con artrosis de rodilla, cuando el tratamiento conservador no es efectivo, sólo van a encontrar solución a sus problemas de dolor, limitación articular, etc., en la cirugía mediante la sustitución de la rodilla por una plastia articular [1].

En este artículo se expone el protocolo que actualmente se sigue en el Hospital Clínico Universitario de Valencia para el tratamiento de las artroplastias totales de rodilla, habitualmente tipo Hermes, con resultados que se pueden considerar como muy satisfactorios.

Palabras clave: Artrosis, artroplastia, rodilla, Fisioterapia, protocolo.

ABSTRACT

A great number of patients suffering from arthrosis of the knee and other physical disorders such limitations, pain, etc., can see their problems alleviated. According to our research, modern surgery can substitute the former and ineffective treatment by an arthroplasty.

Therefore, the purpose of this article is to show the techniques that we follow in the Hospital Clínico Universitario de Valencia in relation to the treatment of arthroplasties of the knee the type called Hermes. We considerer this research and the result very seccessful.

Key words: Arthrosis, arthroplasty, knee, Physiotherapy, protocol.

INTRODUCCIÓN

La Fisioterapia supone la realización de valoraciones y utilización de la terapia física adecuada al tratamiento de aquellas patologías en las que esté indicada la intervención profesional del fisioterapeuta, abarcando tanto el aspecto preventivo como curativo [3, 4].

Una de estas indicaciones es la artroplastia total de rodilla, ya que los pacientes que la reciben necesitan asesoramiento y ayuda

cualificada para conseguir, tras la intervención quirúrgica, una adaptación lo más completa posible a la prótesis implantada, desde el punto de vista físico, psíquico y de aceptación de la nueva situación.

En este artículo se expone el protocolo que se sigue en la actualidad en el Hospital Clínico Universitario de Valencia durante la fase más aguda en que el paciente acaba de ser sometido a la intervención quirúrgica y permanece hospitalizado.

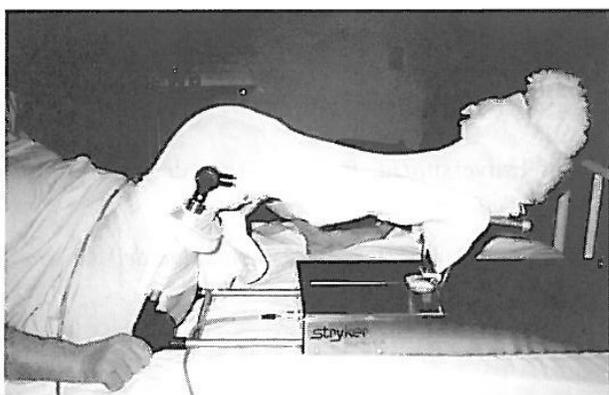


FIG. 1. Movilización pasiva continua con artromotor.



FIG. 2. Elevaciones con la rodilla extendida.

DESCRIPCIÓN DEL PROTOCOLO

Las prótesis totales de rodilla objeto de este estudio son las Hermes, con sustitución de todas las partes óseas que constituyen la articulación (fémur, tibia, peroné y rótula) [4].

El protocolo de intervención supone la utilización de anestesia general, el sujeto en decúbito supino e isquemia de la zona. Tras la colocación de la prótesis total se sutura y se comprueba la movilidad y estabilidad. Se ponen grapas en la piel y un redón. Se finaliza la operación con un vendaje compresivo ferulado.

El protocolo fisioterapéutico que se utiliza tras la intervención es el siguiente:

Tercer día. Se retira el redón y el vendaje compresivo.

Cuarto día. Movilización pasiva continua con artromotor (fig. 1), empezando con una flexión de aproximadamente 60° y extensión de 0° . La frecuencia en este primer período es de 2 horas por la mañana y 2 por la tarde. La máquina dispone de un mando a distancia para que el paciente pueda interrumpir el tratamiento en caso de mala tolerancia. Además, en cama se realizará:

- Flexoextensión del tobillo.
- Ejercicios isométricos del cuádriceps.
- Elevaciones del miembro inferior con la rodilla extendida (figs. 2 y 3).
- Iniciación de la flexión activa de la rodilla y de la cadera estando en la cama.
- El paciente, sentado en el borde de la cama, realizará ejercicios activos asistidos y libres para completar la extensión e ir ganando arco flexor (fig. 4).

Al finalizar la sesión de Fisioterapia, se le coloca la ortesis, insistiendo en que no debe quitársela ni de día ni de noche; sólo podrá hacerlo para asearse o para realizar ejercicios,

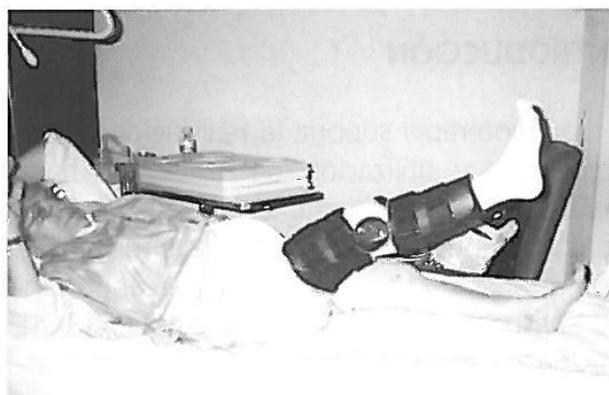


FIG. 3. Elevaciones con la rodilla extendida.



FIG. 4. Flexoextensión de rodilla en sedestación.

que deberá ejecutar al menos dos veces más al día, intercalando las sesiones de movilización pasiva continua con el artromotor.

Quinto día. Se sigue con la misma pauta de ejercicios. La bipedestación se realiza con la ortesis funcional bien apretada y se inicia la marcha. Se aumentan 5° para la flexión en el artromotor.

Sexto día. De nuevo se incrementa la flexión en 5°, de tal manera que el artromotor, en este momento, permite una flexión de 70°. Se le recomienda al paciente que realice al menos dos veces al día paseos por el pasillo del hospital con la ortesis bien apretada.

Séptimo día. Se llega a los 75° si lo permite el dolor, indicando al paciente que debe aumentar los paseos cortos en función de sus posibilidades.

Octavo día. El artrómetro se coloca en 80° de flexión.

Noveno día. Se alcanzan los 85° de flexión de rodilla.

Décimo día. Se llega a los 90° de flexión, que determina el alta hospitalaria del pa-

ciente, instruyéndole para que continúe con su programa de ejercicios en plan ambulatorio y para que camine con la ortesis hasta completar las 6 semanas.

CONSIDERACIONES FINALES

El protocolo fisioterapéutico aquí expuesto que se está aplicando en el Hospital Clínico Universitario de Valencia ha demostrado ser eficaz en el tratamiento agudo de las plastias totales de rodilla, puesto que prácticamente la totalidad de los pacientes así tratados han sido dados de alta con una capacidad flexora mínima de 90°.

Asimismo, se puede asegurar que al alcanzar esta flexión (hacia el décimo día tras la intervención) las posibilidades de conseguir una mejor recuperación se ven incrementadas, alejándose en gran medida el fantasma de la pérdida o limitación de la movilidad que hasta ahora estaba latente en este tipo de patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adams, J. C.: *Manual de ortopedia*. Toray, Barcelona, 1987.
2. Igual, C.; Muñoz, E., y Aramburu, C.: *Fisioterapia general: cinesiterapia*. Síntesis. Madrid, 1996.
3. Neiger, H., y cols.: *Cinesiterapia*. Panamericana. Buenos Aires, 1988.
4. Viladot, R.: *Ortesis y prótesis del aparato locomotor. Extremidad inferior*. Masson, Barcelona, 1990.