



PROTESIS DE CADERA

MANUAL DE CUIDADOS

UCAL

UNIDAD DE CIRUGIA DEL APARATO LOCOMOTOR

CENTRO DE PROTESIS DE RODILLA Y CADERA

ASOCIACION



ESPAÑOLA

> INTRODUCCION

¿En qué consiste la cirugía de prótesis de cadera?

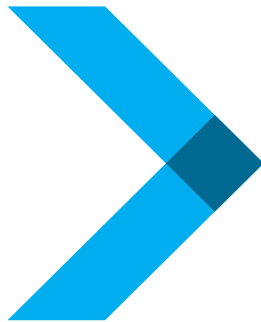
Si usted va a someterse a una cirugía de reemplazo de cadera, esta información ayudará a comprender los beneficios y las limitaciones del reemplazo total de cadera. Este folleto describe cómo funciona una cadera normal, las causas del dolor de cadera, qué esperar de la cirugía de reemplazo de cadera y qué ejercicios y actividades ayudarán a restablecer su movilidad y fortaleza, y le permitirán regresar a las actividades cotidianas.



Si su cadera tiene daño como resultado de la osteoartritis o artrosis, de una fractura u otras condiciones, las actividades comunes como caminar, sentarse o levantarse de una silla pueden ser dolorosas y difíciles. Su cadera puede estar rígida y puede ser difícil ponerse los zapatos y las medias. Usted incluso puede sentirse incómodo mientras descansa.

Si los medicamentos, cambios en sus actividades cotidianas y el uso de soportes para caminar no ayudan adecuadamente a sus síntomas, su médico tratante indicará una cirugía de reemplazo de cadera. La cirugía de reemplazo de cadera es un procedimiento seguro y efectivo que puede aliviar su dolor, aumentar el movimiento y ayudarlo a recuperar el placer de realizar las actividades cotidianas normales.

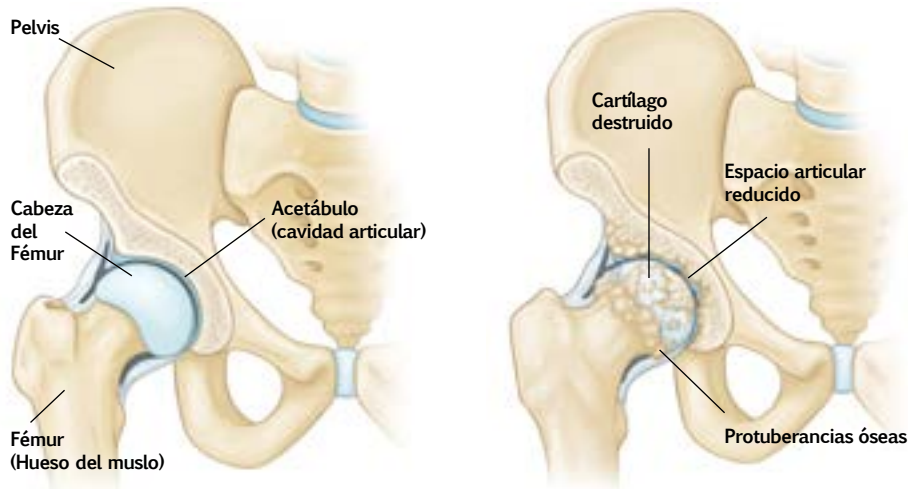
La cirugía de reemplazo de cadera se realizó por primera vez en 1960 y es una de las operaciones más exitosas en toda la medicina. Desde 1960, los perfeccionamientos en técnicas quirúrgicas y tecnología de reemplazo articular han aumen-



tado enormemente la efectividad del reemplazo total de cadera. Se estima que cada año se realizan más de 500.000 ATC en todo el mundo.

Nuestro Centro, UCAL (Unidad de Cirugía del Aparato Locomotor) realiza un promedio de 400 cirugías de cadera al año. Datos del año 2015/2016.

Anatomía:



La cadera es una de las articulaciones más grandes del cuerpo. Es una articulación esférica (de cabeza y cavidad).

La cavidad articular está formada por el acetábulo, que es parte del hueso grande de la pelvis. La parte esférica es la cabeza del fémur, el extremo superior del hueso del muslo.

Las superficies óseas de la cabeza y la cavidad están cubiertas con cartílago articular, un tejido suave que reviste y amortigua los extremos de los huesos y les permite moverse fácilmente.

Un tejido fino llamado membrana sinovial rodea la articulación de la cadera. En una cadera saludable, esta membrana genera una pequeña cantidad de líquido que lubrica al cartílago y elimina casi toda la fricción durante el movimiento de la cadera. Bandas de tejido llamadas ligamentos (cápsula de la cadera) conectan la cabeza a la cavidad y proveen estabilidad a la articulación.

Causas comunes del dolor de cadera:



Cualquier condición que afecte la cabeza femoral o el acetábulo puede determinar un deterioro de la articulación que conduce a deformidad, dolor y pérdida de la función. La osteoartritis (artrosis) es la causa más frecuente de disfunción de la cadera. La coxartrosis está presente en 2% a 4% de la población entre 40 y 70 años, aumentando la frecuencia con la edad: se estima cerca del 10% a los 70 años. Es bilateral en el 40% de los casos.

Esta articulación también puede ser afectada por otras condiciones: las artritis inflamatorias (artritis reumatoidea, artritis psoriásica, espondiloartropatías, etc.), displasias de crecimiento (developmental), alteraciones de la cadera de la infancia (Legg-Calve-Perthes entre otras), traumatismos, neoplasmas, osteonecrosis.

Descripción:



En un reemplazo total de cadera (que también se llama artroplastia total de cadera), el hueso y el cartílago dañados se remueven y reemplazan con componentes protésicos. La cabeza del fémur dañada se remueve y se reemplaza con un vástago de metal que se coloca en el centro ahuecado del fémur. El vástago femoral puede ser cementado o “calzado a presión” dentro del hueso.

Una cabeza de metal o cerámica se coloca en la parte superior del vástago. Esta cabeza reemplaza la cabeza dañada del fémur que fue removida.

La superficie de cartílago dañado de la cavidad (acetábulo) se remueve y reemplaza con una cavidad de metal. A veces se usan tornillos o cemento para mantener la cavidad en su lugar.

Un espaciador de plástico, cerámica o metal se inserta entre la cabeza y cavidad nuevas para permitir una superficie con deslizamiento suave.

Indicaciones:

La ATC está indicada en aquellos pacientes portadores de una articulación dañada, en quienes fracasó el tratamiento conservador y por lo tanto continúan con sintomatología que afecta su calidad de vida. Los objetivos del tratamiento en pacientes con afectación de la cadera son controlar el dolor, minimizar la incapacidad y mejorar la calidad de vida.

El tratamiento debe ser individualizado de acuerdo a las expectativas del paciente, nivel de actividad y de función previa, necesidades laborales y a la coexistencia de otros problemas médicos. Debido al desgaste protésico que ocurre con el tiempo, es preferible posponer la ATC todo lo posible.

La artroplastia de cadera está indicada cuando:

- las lesiones de la articulación de la cadera llegan al extremo de ser inhabilitantes (limitación funcional que lleva a la pérdida de la calidad de vida).
- se han cumplido previamente todas las etapas de tratamiento médico y analgésico disponibles.

Cuando un paciente requiere la sustitución de una cadera y una rodilla, se recomienda operar primero la articulación que presenta más dolor. La radiología es un elemento importante del diagnóstico de coxartrosis. Sin embargo, hay que precisar que no existe paralelismo entre el estado radiológico de la articulación y la alteración funcional. Deberá priorizarse la evaluación clínica sobre la evidencia radiológica.

Contraindicaciones:

Son contraindicaciones absolutas:

- infección local o sistémica
- otras condiciones médicas que aumenten el riesgo de complicaciones perioperatorias o muerte
- afecciones neurológicas que afecten significativamente la deambulación
- debilidad muscular permanente o irreversible en ausencia de dolor

Son contraindicaciones relativas:

- obesidad
- tabaquismo
- artropatía neuropática (Charcot)
- ausencia de músculos abductores de la cadera
- enfermedades neurológicas progresiva

ANTES DE LA CIRUGIA

La evaluación ortopédica:

Una evaluación con un cirujano ortopédico consiste de varios elementos.

Antecedentes médicos.

Su cirujano ortopédico reunirá información sobre su salud general y hará preguntas acerca de la magnitud del dolor de cadera y cómo afecta su capacidad de realizar las actividades cotidianas.

Examen físico.

Esto evaluará la movilidad, fortaleza y alineación de la cadera.

Radiografías (rayos X).

Estas imágenes ayudan a determinar el grado de daño o deformidad en su cadera.

Otros exámenes.

Análisis de sangre, urocultivos, ocasionalmente otros exámenes, como una resonancia magnética (MRI), podrían ser necesarios para determinar la condición del hueso y los tejidos blandos de su cadera.

> PASOS PARA EL INICIO DEL TRAMITE ANTE EL FNR PARA SU AUTORIZACION

Ud. deberá pedir hora en la Administración de UCAL, para el inicio de trámite y agenciarse primero para el Residente de Traumatología, y luego para Médico Internista. En la primera consulta concurrirá con la indicación del médico tratante del tipo de trámite a iniciar, y las radiografías actualizadas. En esta instancia se completa el formulario de solicitud de realización de cirugía de prótesis y se hace entrega de la lista de exámenes paraclínicos que deberá aportar para la consulta con el Internista.

Cuando concurra efectivamente al Médico Internista se le tomarán los datos personales y se ingresarán al Sistema, se le da número de Historia Clínica y se prepara la carpeta de Ucal para que, junto con los estudios paraclínicos y formularios de solicitud sea enviada el FNR. El Médico Internista hará su evaluación médica completa y decidirá si ese trámite está pronto para ingresar al FNR. En esta instancia se le entregará la Descripción de la cirugía y la lista de medicamentos que su médico tratante le debería suspender previo al acto quirúrgico y plazos para la suspensión de los mismos (protocolizado por el Internista). Se le explica a Ud. y sus familiares las etapas del trámite; se le solicitarán las firmas de Elección de IMAE y Consentimiento Informado. Ud. será notificado de que, una vez visitado por el evaluador del FN Ren su domicilio, deberá comunicarse con UCAL a fin de comprobar el estado del trámite.

Si tiene la aprobación del Internista, pasa la carpeta en su totalidad para ser evaluada por el Director del Servicio, Dr. Daniel Rienzi, previo a su envío al FNR.

Preparación para la cirugía:

Una vez aprobado el trámite y coordinada la cirugía Ud. Será citado para Control de Piel y se le solicitará en caso de ser necesario actualización de Paraclínica. En esta oportunidad será visto por su Cirujano tratante, quién realizará una última evaluación pre quirúrgica. El día previo al ingreso a la AE la Historia Clínica correspondiente se lleva al área de internación, para que esté disponible a su ingreso.

> DURANTE SU INTERNACION

El período estimado de internación para artroplastia de cadera son tres días.

Deberá presentarse en planta baja, en el sector ADMISIÓN, donde le será asignada la habitación correspondiente. Generalmente este ingreso es la tarde anterior a la cirugía.

- Se le asignará habitación y cama en la Unidad de Cirugía del Aparato locomotor(UCAL), equipada con todos los elementos ortopédicos para una pronta rehabilitación y atendido por personal especializado.
- Será recibido y evaluado por enfermería quien realizará una valoración integral de la piel, prestando atención a la zona operatoria. Si es portador de lesiones infectadas o de rascado, en la zona quirúrgica o procesos infecciosos en otros sectores de la piel, se debe avisar a los médicos tratantes, dado que son causa de suspensión de la cirugía.
- Se le extraerá sangre para exámenes de laboratorio, y se le colocará una vía venosa con aporte de suero previo a la cirugía.
- Realizará 8 horas de ayuno para la hora de coordinación.
- Se le entregará un jabón específico (clorhexidina) con el cual se bañará al momento del ingreso incluyendo lavado de cabeza, y un segundo baño dos horas previas a la cirugía, donde se vestirá con equipo quirúrgico y pulsera de identificación.
- Si bien requerirá ayuno previo de 8 horas para la cirugía, será evaluado por nutricionista quién se asesorará acerca de patologías y/o antecedentes personales, preferencias alimenticias y le informará sobre la dieta que recibirá.
- Previo a la cirugía y estando en Block Quirúrgico será entrevistado por el anestesista.

Procedimiento Quirúrgico:

La intervención quirúrgica toma unas pocas horas. Su cirujano ortopédico removerá el cartílago y el hueso dañados y luego colocará nuevos implantes de metal, plástico o cerámica para restablecer la alineación y función de su cadera. Después de la cirugía, usted será trasladado a la sala de recuperación donde permanecerá durante varias horas mientras se monitorea su recuperación de la anestesia. Después que se despierte, será llevado a su habitación del sanatorio.

Su estadía en el Sanatorio:

Luego de operado usted será visitado por su cirujano tratante y diariamente por el Internista y el Residente de Traumatología.

Lo más probable es que usted permanezca en el sanatorio unos pocos días. Para proteger su cadera durante el primer período de recuperación, podría usarse una férula de posicionamiento, por ejemplo una almohada de espuma colocada entre sus piernas.

Manejo del dolor:

Después de la cirugía, usted sentirá algo de dolor pero su cirujano y el personal de enfermería le proveerán medicación para que usted se sienta lo más cómodo posible. El manejo del dolor es una parte importante de su recuperación. El movimiento comenzará pronto después de la cirugía y cuando usted sienta menos dolor, puede comenzar a moverse antes y recuperar su fortaleza con mayor rapidez. Hable con su cirujano si el dolor postoperatorio se transforma en un problema.

Terapia física:

Caminar y la actividad ligera son importantes para su recuperación y comenzarán el día de su cirugía o el día después de su cirugía, cuando el cirujano así lo indique. La mayoría de los pacientes que se someten a reemplazo total de cadera comienzan a ponerse de pie y caminar con la ayuda de un apoyo para andar y un terapeuta físico el día después de la cirugía. El fisioterapeuta le enseñará ejercicios específicos para fortalecer su cadera y restablecer el movimiento para caminar y otras actividades cotidianas normales.

Prevención de la neumonía:

Es común que los pacientes tengan respiración poco profunda en el período postoperatorio inicial. Esto generalmente se debe a los efectos de la anestesia, los medicamentos para el dolor y el mayor tiempo que permanecen en cama.

Su enfermero puede proporcionarle un aparato de respirar simple llamado espirómetro para estimularlo a dar respiraciones profundas.

Indicaciones al alta:

El médico Residente de Traumatología y el Médico Internista le darán por escrito el alta, con las indicaciones post operatorias correspondientes y la fecha de su primer control en policlínicas.

El éxito de su cirugía dependerá en gran medida de cómo usted siga las instrucciones de su cirujano ortopédico en cuanto a los cuidados domiciliarios durante las primeras semanas después de la cirugía.

Planificación para su hogar

Aunque usted podrá caminar con muletas o un andador pronto después de la cirugía, necesitará algo de ayuda durante varias semanas con tareas como cocinar, hacer las compras, bañarse y lavar ropa. Varias modificaciones pueden hacer que su casa sea más fácil de transitar durante su recuperación.

Los siguientes artículos pueden ayudar con las actividades cotidianas:

- Barras de seguridad o pasamanos firmemente sujetos en su ducha o bañera.
- Pasamanos seguros a lo largo de todas las escaleras.
- Una silla estable para su recuperación en la primera etapa, con un almohadón de asiento firme (que permita que sus rodillas permanezcan más bajas que sus caderas), un respaldo firme y dos descansos para los brazos.
- Un asiento para inodoro elevado.
- Un banco estable para ducha o silla para bañera.
- Una esponja con mango largo y ducha de mano.
- Un palo con gancho para ayudar a vestirse, un dispositivo para ponerse medias y un calzador de zapatos de mango largo para ponerse y sacarse medias y zapatos sin doblar excesivamente su cadera nueva.
- Un alcanzador que le permita asir objetos sin doblar excesivamente sus caderas.
- Almohadas firmes para sus sillas, sofás y automóvil que le permitan sentarse con sus rodillas más bajas que sus caderas.
- Remover todas las alfombritas sueltas y cables eléctricos de las áreas donde usted camina en su casa.

Cuidado de la herida:

Usted puede tener puntos o grapas a lo largo de su herida o una sutura debajo de la piel. Los puntos o grapas serán removidos aproximadamente 2 semanas después de la cirugía. Evite mojar la herida hasta que esta haya sellado y secado completamente. Usted puede seguir vendándose la herida para prevenir la irritación que provocan las ropas o las medias de sostén.

Alimentación:

Es común perder un poco el apetito durante varias semanas después de la cirugía. Una dieta balanceada, a menudo con un suplemento de hierro, es importante para promover la cicatrización adecuada del tejido y restablecer la fortaleza de los músculos. Asegúrese de beber mucho líquido.

Actividad:

El ejercicio es un componente crítico de los cuidados domiciliarios, en especial durante las primeras semanas después de la cirugía. Usted debería poder retomar la mayoría de las actividades ligeras normales de la vida diaria en unas 3 a 6 semanas después de la cirugía. Es común sentir un poco de incomodidad con la actividad y en la noche durante varias semanas.

Su programa de actividades debe incluir:

- Un programa gradual de caminar para aumentar lentamente su movilidad, inicialmente en su casa y más adelante en exteriores
- Retomar actividades domésticas normales, como sentarse, ponerse de pie y subir escaleras
- Ejercicios específicos varias veces por día para restablecer el movimiento y la fortaleza de su cadera. Usted probablemente podrá realizar los ejercicios sin ayuda, pero podría tener un fisioterapeuta que lo ayude en su casa o en un centro de tratamiento las primeras semanas después de la cirugía.

Complicaciones posibles de la cirugía:

Pueden ocurrir múltiples complicaciones vinculadas a la ATC tanto en el intraoperatorio como en el postoperatorio. La tasa de complicaciones después de la cirugía de reemplazo de cadera es baja. Las complicaciones serias, como infección de la articulación, ocurren en menos del 2% de los pacientes. Complicaciones médicas mayores, como ataque cardíaco o stroke, ocurren con menos frecuencia aún. Sin embargo, las enfermedades crónicas pueden aumentar el potencial de complicaciones. Aunque son poco comunes, cuando estas complicaciones ocurren pueden prolongar o limitar la recuperación completa.

Infección:

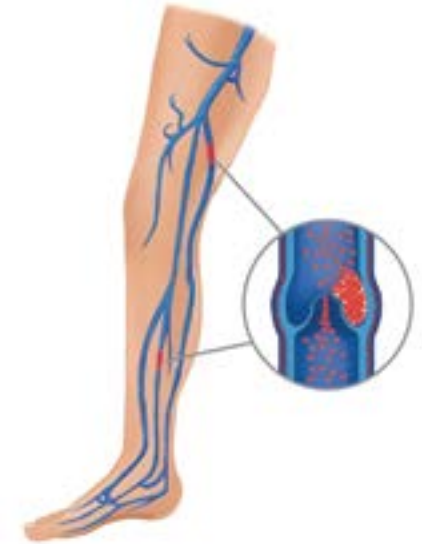
Puede ocurrir infección superficial de la herida o infección profunda alrededor de la prótesis. Podría ocurrir mientras está en el sanatorio o después que se va a su casa. Podría ocurrir incluso años más tarde.

Las infecciones menores de la herida son generalmente tratadas con antibióticos.

Las infecciones mayores o profundas pueden requerir más cirugía y remover la prótesis. Cualquier infección en su cuerpo puede diseminarse al reemplazo de su articulación.

Coágulos de sangre:

Los coágulos de sangre en las venas de la pierna o pelvis son la complicación más común de la cirugía de reemplazo de cadera. Estos coágulos pueden poner en riesgo la vida si se sueltan y viajan a sus pulmones. Su cirujano ortopédico diseñará un programa de prevención que puede incluir medicamentos anticoagulantes, medias de sostén, cubiertas de pierna inflables, ejercicios de tobillos y movilización precoz.



Desigualdad del largo de las piernas:

A veces después de un reemplazo de cadera, una pierna puede sentirse más larga o más corta que la otra. Su cirujano ortopédico hará todo el esfuerzo para que sus piernas queden parejas, pero podría alargar o acortar su pierna levemente para maximizar la estabilidad y biomecánica de la cadera. Algunos pacientes pueden sentirse más cómodos con una modificación del zapato (eleararlo) después de la cirugía.

Dislocación:

Esto ocurre cuando la cabeza se sale de la cavidad. El riesgo de dislocación es mayor en los primeros meses después de la cirugía mientras los tejidos están cicatrizando.

La dislocación es poco común. Si la cabeza se sale de la cavidad, una reducción cerrada generalmente puede recolocarla en su lugar sin la del femur necesidad de más cirugía.

En situaciones en las que la cadera sigue dislocada, una cirugía adicional podría ser necesaria.



Aflojamiento y desgaste del implante:

Con el paso de los años, la prótesis de cadera puede desgastarse o aflojarse. Esto se debe con mayor frecuencia a las actividades cotidianas. También puede ser resultado de un afinamiento biológico del hueso llamado osteolisis. Si el aflojamiento es doloroso, podría ser necesaria una segunda cirugía, llamada cirugía de revisión.

Otras complicaciones:

Pueden ocurrir lesiones de los vasos sanguíneos y nervios, sangrado, fractura y rigidez. En un número pequeño de pacientes, algo de dolor puede persistir o puede ocurrir nuevo dolor después de la cirugía.

> EVITAR PROBLEMAS DESPUES DE LA CIRUGIA

Reconocer los signos de un coágulo de sangre:

Siga las instrucciones de su cirujano ortopédico cuidadosamente para reducir el riesgo de desarrollo de coágulos de sangre durante las primeras semanas de su recuperación. El cirujano podría recomendar que siga tomando los medicamentos anticoagulantes que comenzó en el sanatorio. Notifique a su médico inmediatamente si desarrolla cualquiera de los siguientes signos de advertencia.

Signos de advertencia de coágulos de sangre:

Los signos de advertencia de posible coágulo de sangre en su pierna incluyen:

- Dolor en su pantorrilla y pierna que no está relacionado a la incisión
- Dolor a la presión o enrojecimiento de su pantorrilla
- Inflamación del muslo, pantorrilla, tobillo o pie

Signos de advertencia de embolia pulmonar:

Los signos de advertencia que un coágulo de sangre ha viajado a sus pulmones incluyen:

- Dificultad súbita para respirar
- Establecimiento súbito de dolor en el pecho
- Dolor en el pecho localizado con tos

Prevención de la infección:

Una causa común de infección después de la cirugía de reemplazo de cadera es por bacteria que ingresa a la sangre durante procedimientos dentales, infecciones del tracto urinario o infecciones de la piel. Después de la cirugía, usted podría necesitar tomar antibióticos antes del trabajo dental, incluyendo limpiezas dentales o cualquier procedimiento quirúrgico que pueda permitir el ingreso de bacteria a su sangre.

Signos de advertencia de infección:

Notifique a su médico inmediatamente si desarrolla cualquiera de los signos siguientes de posible infección del reemplazo de cadera:

- Fiebre persistente (superior a los 100° F oral)
- Escalofríos con temblores
- Aumento de enrojecimiento, dolor a la presión o inflamación de la herida en la cadera
- Secreción de la herida en la cadera
- Aumento del dolor de cadera con la actividad y también en reposo

Evitar las caídas:

Una caída durante las primeras semanas después de la cirugía puede dañar su cadera nueva y podría resultar en la necesidad de más cirugía. Las escaleras en particular son un peligro hasta que su cadera esté fuerte y móvil.

Usted debería usar un bastón, muletas, un andador o pasamanos, o tener a alguien que lo ayude hasta que usted mejore su equilibrio, flexibilidad y fortaleza. Su cirujano ortopédico y fisioterapeuta lo ayudarán a decidir qué dispositivos de ayuda se requerirán después de la cirugía, y cuándo esos dispositivos pueden dejar de usarse de manera segura.

Otras precauciones:

Para asegurar la recuperación adecuada y prevenir la dislocación de la prótesis, a usted se le puede pedir que tome precauciones especiales, generalmente durante las primeras 6 semanas después de la cirugía:

- No cruce las piernas
- No flexione las caderas más que un ángulo recto (90°)
- No gire su pie excesivamente hacia adentro ni hacia afuera
- Use una almohada entre sus piernas durante la noche cuando duerme o hasta que su cirujano ortopédico le aconseje que puede dejar de usarlo.



Su cirujano y fisioterapeuta le darán más instrucciones antes de tener el alta del sanatorio.

En qué es diferente su cadera nueva:

Usted podría sentir algo de adormecimiento en la piel alrededor de la incisión. También podría sentir cierta rigidez, en especial con la flexión excesiva.

Estas diferencias a menudo disminuyen con el tiempo y la mayoría de los pacientes hallan que son diferencias menores comparadas con el dolor y la función limitada que experimentaron antes de la cirugía.

Su cadera nueva puede activar detectores de metal exigidos por seguridad en aeropuertos y algunos edificios. Informe al agente de seguridad acerca del reemplazo de su cadera si se activa la alarma.

Usted puede pedir a su cirujano ortopédico una tarjeta que confirme que tiene una cadera artificial.

Protección del reemplazo de su cadera:

Hay muchas cosas que usted puede hacer para proteger al reemplazo de su cadera y extender la vida de su implante de cadera.

- Participe en un programa de ejercicios livianos regulares para mantener la fortaleza y movilidad adecuadas de su cadera nueva.
- Tome precauciones especiales para evitar caídas y lesiones. Si se fractura un hueso de su pierna, usted podría requerir más cirugía.
- Asegúrese que su dentista sepa que usted tiene un reemplazo de cadera. Usted necesitará tomar antibióticos antes de cualquier procedimiento dental.
- Vea a su cirujano ortopédico periódicamente para los exámenes y radiografías de seguimiento y rutina, incluso si su reemplazo de cadera aparenta estar funcionando bien.



Por información adicional contactarse al:
1920 int. 7615 ó 7616 / E-mail: ucal.secretaria@gmail.com

FUENTES CONSULTADAS

Manual para pacientes en el pre operatorio de artroplastia de rodilla. Fondo Nacional de Recursos.

Orthopedic Therapy total Knee replacement. American Association of Orthopedic Surgeons (AAOS) August 2015.

Departamento de Enfermería - Asociación Española

UCAL 
UNIDAD DE CIRUGIA DEL APARATO LOCOMOTOR

ASOCIACION  ESPAÑOLA

Director: Dr. Daniel Rienzi / Sub Director: Dr. José Fregeiro

INTRODUCCION	.....	Pág. 1
En que consiste la cirugía de prótesis de cadera?	.....	Pág. 1
Anatomía	.....	Pág. 2
Causas comunes del dolor de cadera	.....	Pág. 3
Descripción	.....	Pág. 3
Indicaciones	.....	Pág. 4
La artroplastía de cadera está indicada cuando:	.....	Pág. 4
Contraindicaciones	.....	Pág. 5
ANTES DE LA CIRUGIA	.....	Pág. 5
La evaluación ortopédica	.....	Pág. 5
PASOS PARA EL INICIO DEL TRAMITE ANTE EL FNR PARA SU AUTORIZACION	.....	Pág. 6
Preparación para la cirugía	.....	Pág. 6
DURANTE SU INTERNACION	.....	Pág. 7
Procedimiento quirúrgico	.....	Pág. 7
Su estadía en el Sanatorio	.....	Pág. 8
Manejo del dolor	.....	Pág. 8
Terapia física	.....	Pág. 8
Prevención de la neumonía	.....	Pág. 8
Indicaciones al alta	.....	Pág. 8
Planificación para su hogar	.....	Pág. 9
Cuidado de la herida	.....	Pág. 9
Alimentación	.....	Pág. 9
Actividad	.....	Pág. 10
Complicaciones posibles de la cirugía	.....	Pág. 10
Infección	.....	Pág. 10
Coágulos de sangre	.....	Pág. 11
Desigualdad del largo de las piernas	.....	Pág. 11
Dislocación	.....	Pág. 11
Aflojamiento y desgaste del implante	.....	Pág. 12
Otras complicaciones	.....	Pág. 12
EVITAR PROBLEMAS DESPUES DE LA CIRUGIA	.....	Pág. 12
Reconocer los signos de un coágulo de sangre	.....	Pág. 12
Signos de advertencia de coágulos de sangre	.....	Pág. 12
Signos de advertencia de embolia pulmonar	.....	Pág. 13
Prevención de la infección	.....	Pág. 13
Signos de advertencia de infección	.....	Pág. 13
Evitar caídas	.....	Pág. 13
Otras precauciones	.....	Pág. 14
En qué es diferente su cadera nueva	.....	Pág. 14
Protección del reemplazo de su cadera	.....	Pág. 15



ASOCIACION  ESPAÑOLA

Ana Monterroso de Lavalleja 2276

Tel.: 1920 int. 7615

E-mail: ucal.secretaria@gmail.com

UCAL 

UNIDAD DE CIRUGIA DEL APARATO LOCOMOTOR