

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

EVALUACION POST-OPERATORIA DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Autor principal MARÍA BELÉN COMINO ESCOBAR

CoAutor 1 ANA ANGELES PALMA LOPEZ

CoAutor 2 EVA ALCALDE GONGORA

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Quirúrgica

Palabras clave Prótesis de rodilla Dolor Intervención de enfermería Rehabilitación

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

La rodilla es una de las articulaciones más importantes del miembro inferior. La causa más frecuente de su reemplazo es la artrosis de la articulación causada por el desgaste denominado osteoartritis (erosión del cartílago liso que ayuda al suave movimiento de deslizamiento de la rodilla).

Realizamos nuestro estudio descriptivo/observacional en una muestra de 62 pacientes de los cuales 9 eran varones y 53 eran mujeres, con edades comprendidas entre 60-75 años. En dicho estudio se miden las variables de dolor, ansiedad y sangrado. Para el cual nos proponemos: Eliminar el dolor, controlar el sangrado y el grado de ansiedad.

Los resultados obtenidos fueron los deseados en el rango que teníamos marcado en las variables estudiadas; tan sólo ha sido destacable la

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

La rodilla es una de las articulaciones más importantes del miembro inferior formada por el fémur en la parte superior, la tibia en la inferior y la patela o rótula en el área anterior que se mantiene estable por acción del menisco, ligamentos cruzados, capsula articular, tendones y el cartílago articular permitiendo así el desplazamiento armónico de las superficies.

El remplazo de la rodilla por una prótesis es un procedimiento quirúrgico en el que se quita el hueso y el cartílago dañado y se sustituyen por componentes hechos de aleaciones metálicas; plásticos y polímeros. La causa más frecuente de reemplazo de rodilla es la artrosis de la articulación causada por el desgaste denominado osteoartritis (erosión del cartílago liso que ayuda al suave movimiento de deslizamiento de la rodilla).

Las intervenciones de prótesis de rodilla son operaciones seguras y dan buenos resultados. Consiste en una incisión en la rodilla para cortar y extraer parcialmente los huesos (fémur, tibia y peroné) y sustituirlos por la prótesis. El tipo de prótesis a utilizar depende del paciente, su edad y estado de los huesos.

La intervención suele tener una duración de alrededor una hora, y con mucha frecuencia, suele requerir posterior transfusión sanguínea, ya que la sección de los huesos puede producir importante pérdida de sangre. Tras la intervención se mantiene un tubo de drenaje para permitir eliminar los restos de sangre que se producen en las superficies de los huesos seccionadas y que debe de vigilarse para controlar el grado de hemorragia.

El periodo de recuperación tras la prótesis de rodilla es variable dependiendo de lo rígida que estuviera la articulación antes de la intervención. El fisioterapeuta será la persona que instruya al paciente en la rehabilitación de la articulación y el uso de muletas.

La mayor complicación potencial de una prótesis total de rodilla es la infección y como complicaciones secundarias nos encontramos con: Aflojamiento, Luxación de la rótula, Desgaste, Rotura y Lesiones nerviosas, entre otras.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Realizamos nuestro estudio en el periodo comprendido entre los meses de diciembre de 2013 a febrero de 2014 en el servicio de Reanimación de la Clínica Nuestra Señora de la Salud de Granada. Es un estudio descriptivo/ observacional llevado a cabo en una muestra de 62 pacientes de los cuales 9 eran varones y 53 eran mujeres con edades comprendidas entre 60-75 años.

En el estudio hemos globalizado las personas sin hacer una diferenciación del sexo debido a que el número de varones es una muestra insignificante. Las variables que hemos medido han sido el Dolor, para el cual se ha hecho una clasificación (ver anexo 1); la Ansiedad; y el Sangrado.

A)DOLOR: se ha controlado y cuantificado el dolor teniendo en cuenta la Escala Visual Analógica (EVA) Ver Anexo 1:

1. Escala numérica, que va de 0 a 10, siendo el 0 un dolor mínimo y el 10 un dolor máximo. En nuestro estudio hemos hecho una subdivisión para obtener resultados más concretos que se reflejan del siguiente modo:

- 0-3: desde sin dolor a leve
- 4-6: desde incomodo a estresante.
- 7-10: desde horrible a insoportable.

2. Escala visual representada por emoticonos, siendo cada una de las caras una expresión que corresponde con un valor numérico del 0 al 5, en donde 0 es ausencia de dolor y 5 dolor intenso.

B) ANSIEDAD: se ha controlado la ansiedad mediante la Escala de Ansiedad Hamilton cuyos valores están comprendidos de 0 a 4, 0 significa ausencia de ansiedad y 4 ansiedad persistente.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Hemos de destacar que el índice de colaboración y participación de todos los pacientes ha sido al 100%.

Ante el estudio realizado nos encontramos con los siguientes resultados:

A) Para la variable dolor:

- Un 24,8% de los pacientes han referido un dolor que va del 0-3 (donde pueden realizar actividades e ignorar el dolor durante un tiempo).

- Un 18,6% refieren dolor comprendido en la escala de 4-6 (donde les impide realizar algunas actividades y les afecta al sueño).

- Un 18,6% refieren dolor que va desde 7-10 (en donde no tienen control con el dolor)

B) En la variable ansiedad todos los pacientes manifestaban agitación con manos inquietas, rostro preocupado, respiración entrecortada y ritmo acelerado, palidez, pestañeo, sudoración.

C) En la variable sangrado:

Un 37,2 % de los pacientes no se transfunden y un 24,8% a los que se les ha tenido que transfundir; en su mayoría porque son pacientes en tratamiento con anticoagulantes.

Con respecto a la variable del dolor nos ha llamado la atención que en la medición de escala, hay un grupo que refleja menos intensidad de dolor, debido a la analgesia postoperatoria con catéter implantado.

Las predicciones y objetivos marcados en nuestro estudio han sido satisfactorios dentro del margen propuesto.

La prótesis de rodilla es una solución que se tiene que llevar a cabo cuando no hay ninguna otra opción para mejorar la vida del paciente. Esto contribuye a:

-Desaparición del dolor

-Mejorar la movilidad de la articulación

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El grado de invalidez que ocasionaría la no intervención quirúrgica produce más gasto sanitario al sistema, una peor calidad de vida para el paciente y una menor esperanza de vida. También tenemos que tener en cuenta el grado de participación de la familia con respecto al paciente en el momento del alta y en el periodo de recuperación para fomentar su autonomía.

La artroplastia de rodilla aporta un alivio del dolor y una mejor seguridad y calidad de vida en éstos pacientes.

Corresponde al fisioterapeuta la recuperación funcional de la prótesis implantada del paciente, con una buena rehabilitación a la hora de reeducar la marcha (realizar ejercicio prescrito 3 veces/día; utilizar medias de compresión para aliviar el dolor, poner hielo en lugar afectado, enseñarles a caminar con muletas y bastones, como sentarse, subir y bajar escaleras). Reflejamos una serie de ejercicios:

1 Levantar la Pierna Extendida: Contraiga el músculo del muslo con la rodilla totalmente extendida sobre la cama. Levante la pierna varios centímetros. Mantenga de 5 a 10 segundos:

2 Bombear con el Tobillo: Mueva el pie arriba y abajo rítmicamente contrayendo los músculos del peroné y la tibia.

Realice este ejercicio periódicamente para 2 a 3 minutos, dos o tres veces por hora

3 Doblar la Rodilla con Apoyo de la Cama: Mantenga la rodilla

en una posición doblada cuánto más posible 10 segundos y entonces extiendala.

4 Doblar la Rodilla con Apoyo Mientras Esta Sentado: ponga un pie

detrás del talón de la rodilla operada para apoyo. Lentamente doble la rodilla tanto como pueda. Mantenga la rodilla en esta posición de 5 a 10 segundos.

5 Doblar la Rodilla Mientras Está Parado: levante el muslo y doble la rodilla tanto como pueda. Mantenga por 5 a 10 segundos. Entonces

enderece la rodilla, tocando el suelo con el talón primero. Repítalo varias veces hasta que se agote.

6 Pedalear: Pedalee hacia atrás al principio. Y después hacia

delante sólo cuando esté cómodo yendo hacia atrás. En 4 o 6 semanas, lentamente aumente la

tensión de la bicicleta de ejercicio. Pedalee de 10 a 15 minutos dos veces al día, gradualmente

aumente hasta 20 a 30 minutos, tres o cuatro veces por semana.

7 Caminar y Subir y Bajar la Escaleras: Póngase de pie cómodamente con su peso igualmente equilibrado sobre la andadera o muletas Camine

tan rítmicamente y suavemente como pueda Avance una distancia corta Cuando pueda caminar y permanecer de pie para más de 10 minutos

Necesitará un pasamano para subir y bajar escaleras Siempre suba la escalera con la rodilla buena y baje la escalera con la rodilla operada

Corresponde al personal de enfermería aconsejar en cuidados postoperatorios de dicha prótesis (mantener pierna elevada siempre que sea posible, evitar exceso de peso recomendando dieta equilibrada, calzado cómodo y cerrado, evitar suelo mojado y alfombras que provoquen

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Proponemos:

1. Establecer unas guías estandarizadas al alta hospitalaria para disminuir complicaciones. postquirúrgicas.

2. Garantizar una temprana recuperación y así obtener buenos resultados. Para ello aplicaremos las relaciones interpersonales según el modelo de Peplau que consideraríamos el más indicado en el seguimiento de la variable ansiedad. Esto ocasionaría una reducción de los gastos en el sistema sanitario.

» BIBLIOGRAFÍA.

1. American Academy of Orthopaedic Surgeons. The diagnosis of periprosthetic joint infections of the hip and knee: guideline and evidence report. www.aaos.org/research/guidelines/PJGuideline.asp. Accessed January 27, 2011.

2. Fernández-Galinski, D L. Gordo, F. López Galera, S. Pulido, R. Real, J (2007). Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor, 14 n°1, p 3-8

3. Leopold SS. Minimally invasive total knee arthroplasty for osteoarthritis. N Engl J Med. 2009;360:1749-1758.

4. Parker M.J., Roberts C. Drenaje cerrado por succión de heridas quirúrgicas después de la cirugía ortopédica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1 [Consulta: 04/10/2010]

5. Renkawitz T, Rieder T, Handel M, Koller M, Drescher J, Bonnlaender G et al. Comparison of two accelerated clinical pathways - after total knee replacement how fast can we really go Clin Rehabil 2010; 24: 230-239.