

INFORMACIÓN PRÁCTICA SOBRE PRÓTESIS DE CADERA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA

Ha sido valorado y explorado por su traumatólogo, que le ha propuesto la cirugía protésica de CADERA



Es muy importante que nos haga saber:

- Antecedentes personales
- Alergias a medicamentos
- Alergias a metales
→ La prótesis es metálica
- Medicación que tome
- No aceptación de trasfusión sanguínea por el motivo que sea

CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA

MEDICACIÓN QUE HA DE SUSPENDERSE ANTES DE LA INTERVENCIÓN

-ANTICOAGULANTES: Sintrom, Apixabán (Xarelto), Dabigatrán (Pradaxa), Edoxabán (Lixiana).

-ANTIAGREGANTES: Adiro 300 (con el de 100 sí se puede operar), Clopidogrel (Plavix, Iscover), Ticlopidina (Ticlid)

-ANTIHIPERTENSIVOS: Enalapril, Lisinopril

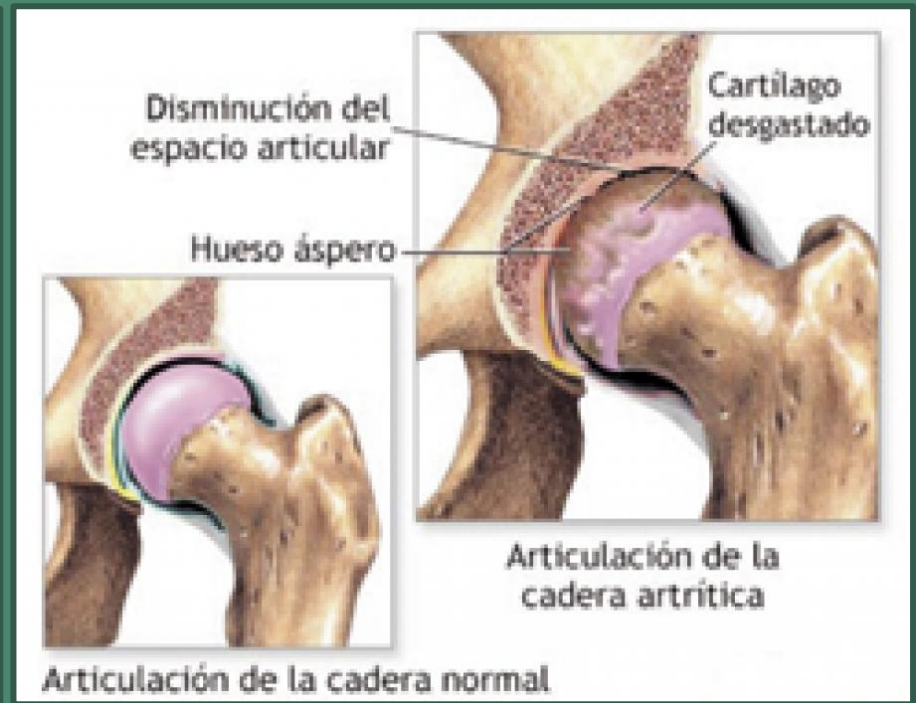
-ANTIDIABÉTICOS: Metformina

-ANTIRREUMÁTICOS: Metotrexate

Se les avisará con tiempo de antelación suficiente para suspender medicación cuando sea necesario

CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA

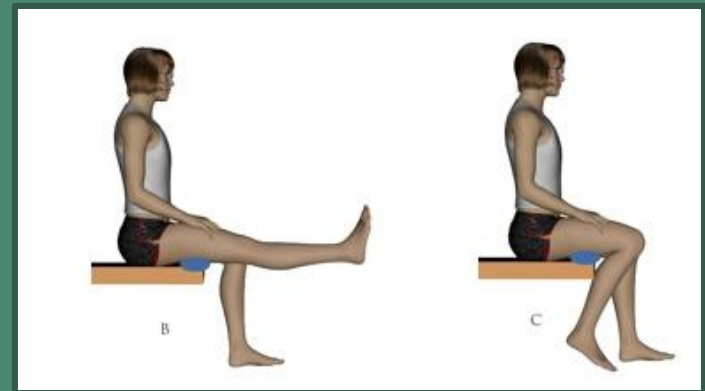
La cirugía protésica de cadera consiste en sustituir la cadera degenerada (→ lesión del cartílago, labrum, ligamentos,...) por una cadera metálica que imita la mecánica de la cadera original



CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA

Los objetivos de esta cirugía son:

- Conseguir una movilidad adecuada y sin dolor o con leve dolor que le permitan realizar las actividades básicas de la vida diaria y la mayoría de actividades instrumentales de la misma.
- Extensión completa y flexión $\approx 90^\circ$ →
- Corregir diferencias de longitud de las piernas cuando sea posible



CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA

QUÉ NO PERMITE HABITUALMENTE LA PRÓTESIS DE CADERA:

- Flexión máxima como en la postura de cuclillas
- Cruzar las piernas
- Deportes de impacto (salto, carrera, ...)



CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA

QUÉ RIESGOS TIENE LA INTERVENCIÓN

RAROS PERO GRAVES ≈ 3%	FRECUINTES NO GRAVES ≈ 10-15 %
Infección	Dolor leve crónico
Trombos	Insensibilidad de la cicatriz
Hemorragia	Molestias en la cicatriz
Lesión nerviosa	DIFERENTE LONGITUD DE LAS PIERNAS
Lesión vascular	Cojera no dolorosa
Rigidez	
Fracturas	
Luxación de la prótesis	

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÓTESIS DE RODILLA

NEGATIVA DE INFORMACIÓN (eliminar solo si el paciente no desea ser informado)

No deseo ser informado sobre mi enfermedad y el procedimiento, pero sí aceptar la realización de la enfermedad y la intervención (a esa proporción):

No deseo ser informado, pero deseo que la información de mi enfermedad y la intervención (a esa proporción) sea:

Yo (el paciente o representante) autorizo la realización de **PRÓTESIS DE RODILLA** por presentar: _____

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La intervención consiste en sustituir la artroscopia enferma y reemplazarla por una artroscopia llamada prótesis. Dicha prótesis está fabricada con distintos metales y un plástico especial (polietileno), y puede colocarse con o sin cemento a los extremos de los huesos que forman la rodilla, dependiendo de las circunstancias de cada caso.

El objetivo de la intervención es intentar aliviar el dolor y mejorar la movilidad de la rodilla enferma.

Puede ser necesaria la administración de medicamentos para disminuir la posible aparición de dos de las complicaciones graves que pueden presentarse: la aparición de trombos en las venas o la infección después de la operación.

Debe usarse calor que durante la intervención puede ser necesaria una transfusión sanguínea y que utilizamos un aparato llamado manguito de sujeción. Se trata de una banda (similar a la usada para tomar la tensión) que se coloca habitualmente en el muslo y que se infla antes de comenzar la intervención hasta conseguir la presión suficiente para que pare el flujo de la sangre. De esta forma conseguimos que no pierda usted sangre en la operación y mejoramos las condiciones de seguridad de la zona que estamos interviniendo.

Antes de la intervención será necesario realizar algunas pruebas diagnósticas (analítica, radiografías, electrocardiograma...) y será valorado por el Servicio de Anestesia y Reanimación que le indicarán el tipo y modalidad de anestesia más conveniente para usted.

CONSECUENCIAS:

Para colocar la prótesis es necesario extirpar parte de los huesos que forman la artroscopia enferma para adaptar posteriormente el implante. Esta adaptación puede tener como consecuencia el alargamiento o el acortamiento de la pierna intervenida, y aunque se suelen corregir las deformidades de la pierna que se opera, dicha corrección puede ser incompleta.

Después de la intervención pueden presentarse molestias en la zona de la intervención debidas a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias se pueden prolongar durante algún tiempo o bien hacerse continuas.

Cojera de la rodilla intervenida permanecerá una cicatriz de longitud y forma variable.

Página 1 de 2

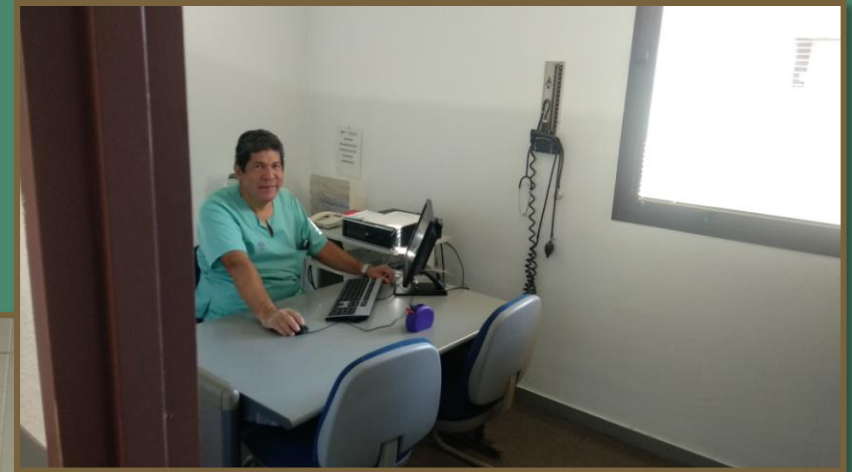
DCI revisado en febrero de 2018

Todos los riesgos más importantes vienen reflejados en el documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO QUE DEBE ESTAR FIRMADO ANTES DE LA INTERVENCIÓN.

Ante cualquier duda, consulte con su cirujano antes de la intervención

CONSULTA DE ANESTESIOLOGÍA

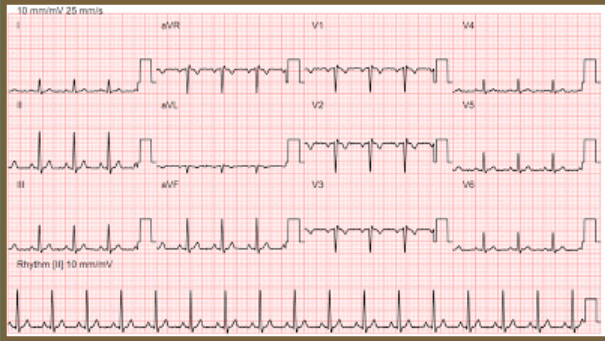
Una vez que le han puesto en Lista de Espera Quirúrgica, el siguiente paso es recibir las citas de pruebas preoperatorias y consulta con el Anestesiista.



CONSULTA DE ANESTESIOLOGÍA



- Análisis de sangre + ECG + Rx Tórax
- Ajuste de medicación
 - Tenga anotada la medicación para indicarle cuál hay que modificar



- Petición de pruebas complementarias si es preciso
- Elaboración del informe Preanestésico con las INDICACIONES médicas para el momento de su ingreso:
 - Siempre Ayunas 6h sólidos y 2h agua
- Firma de Consentimientos Informados de la Anestesia



PROGRAMACIÓN DE LA CIRUGÍA

Desde la Secretaría de Traumatología se avisa por teléfono aprox. una semana antes de la intervención indicándole la fecha prevista de la cirugía

Somos un servicio que atendemos Urgencias, y en ocasiones, tenemos que desprogramar cirugías para poder atender estas urgencias:

- La fecha pre-programada puede variar

- Si surge un hueco “a última hora” a veces se avisa con menor antelación de la deseable

Una vez que la fecha de la cirugía se confirma, el servicio de ADMISIÓN, le indicará por teléfono los siguientes pasos a seguir

DÍA DE LA CIRUGÍA



Acuda al mostrador de información del Hospital (entrada principal) a la hora indicada

Ahí se le indicará la habitación. Suba al control, y su enfermera/o le confirmará su habitación.

PREPARACIÓN QUIRÚRGICA: ANTES DE SALIR

Ayunas 6h sólidos y 2h agua

Tomará la medicación indicada por anestesista con un trago de agua

1) Venir duchado de casa

NO colonia, cremas o tampones

2) Retirar joyas, prótesis dentales o audífonos antes de ir a quirófano

3) Traerá su medicación (**con blíster**) y **CPAP** en caso de tenerla.

4) Aporte sus productos de aseo

5) Traer zapatos cómodos Y CERRADOS,
y 2 muletas

CPAP



BLISTERS



PREPARACIÓN QUIRÚRGICA: INGRESO

- Acudir al control de enfermería, donde se le indicará la habitación.
- Pulsera identificativa. Debe llevarla durante todo el ingreso
- Valoración inicial por enfermería, toma de constantes y pruebas adicionales si precisa
- La familiar del paciente esperará en la habitación del paciente o en la sala de espera de la planta (el acompañamiento puede variar con la evolución de la pandemia Covid19)



DÍA DE LA CIRUGÍA

- Llegada a la Sala de recepción quirúrgica:
 - Canalización de vía venosa periférica
 - Administración de profilaxis antibiótica y premedicación
 - Inicio de tratamiento para evitar la ansiedad



DENTRO DE QUIRÓFANO

EN EL QUIRÓFANO ESTARÁ MUY ACOMPAÑADO:

1. Anestesista
2. Residente de Anestesia
3. Cirujano principal y ayudante
4. Residente de Traumatología
5. Enfermera instrumentista
6. Enfermera circulante
7. Auxiliar de enfermería
8. Celadores



DENTRO DE QUIRÓFANO

LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA TIENE UNA DURACIÓN DE \pm 90 MINUTOS SEGÚN LA COMPLEJIDAD DE CADA CASO



AL FINALIZAR LA CIRUGÍA, EL CIRUJANO INFORMA A FAMILIARES.
Es importante que estén localizables → Dejen a la enfermería el teléfono de contacto para poder informar si es su deseo

REANIMACIÓN

El paciente pasa a Reanimación tras salir del Quirófano:

CONTROL DE CONSTANTES

CONTROL DEL SANGRADO

PREVENCIÓN NÁUSEAS
Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS



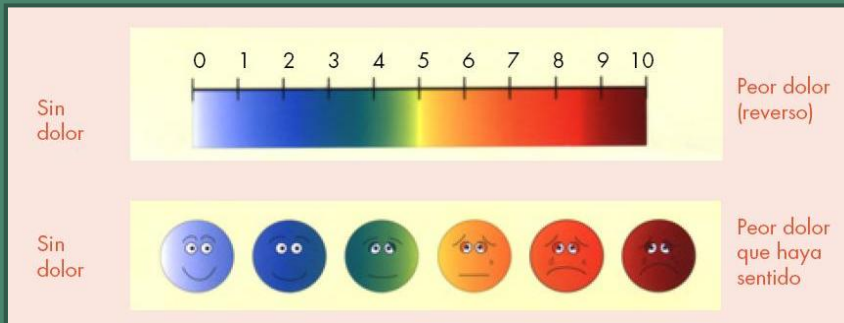
En la zona de Reanimación no está permitida la entrada de familiares

REANIMACIÓN

CONTROL DEL DOLOR:

Fármacos intravenosos

Evaluación del grado de dolor



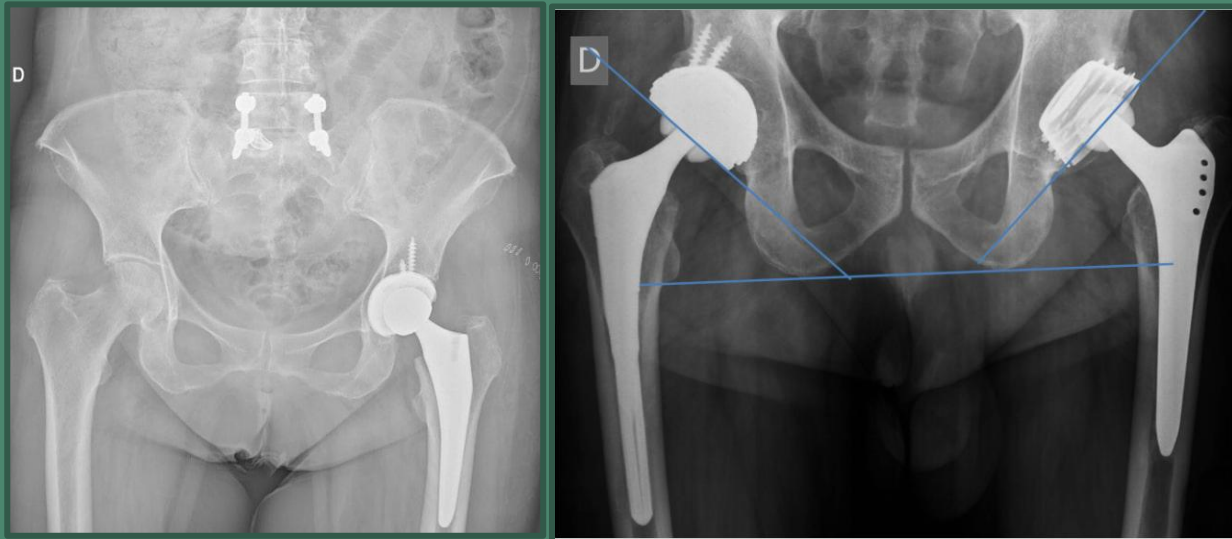
Se evalúa con una escala de 0 - 10:
0 = sin dolor
10 = el peor dolor imaginable

RECUPERACIÓN DE LA MOVILIDAD

Tras 2-3 horas el paciente pasa a planta de Hospitalización

VUELTA A LA PLANTA

El anestesista decide la salida del paciente de “Reanimación” para ir a RAYOS → Control de la prótesis



El paciente es recepcionado nuevamente en planta por su enfermera

En la habitación el paciente puede estar acompañado con 2 familiares que le deben ayudar en las movilizaciones y deambulación con las instrucciones de enfermería. (La presencia de familiares puede variar según la evolución de la pandemia por Covid19)

BIENVENIDOS A LA PLANTA 4A / 2D



HOSPITALIZACIÓN EN PLANTA

Habitación Doble o Individual según disponibilidad

Por necesidades de organización, puede ser cambiado de habitación



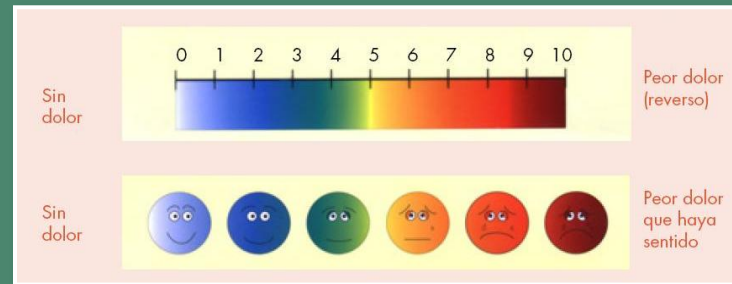
En la habitación, el paciente puede estar acompañado de 2 familiares, que le deben ayudar en las movilizaciones y en la deambulacion con las instrucciones de enfermería.

(La presencia de familiares puede variar según la evolución de la pandemia por Covid19)

HOSPITALIZACIÓN EN PLANTA

Recepción en planta por su enfermera:

- Control de constantes
- Vigilancia del sangrado por el drenaje
- Antibióticos 24 horas intravenosos
- Control y monitorización del dolor



SI TIENE DOLOR → NOS LO TIENE QUE INDICAR

CONTROL DEL DOLOR

1. Analgesia intravenosa:

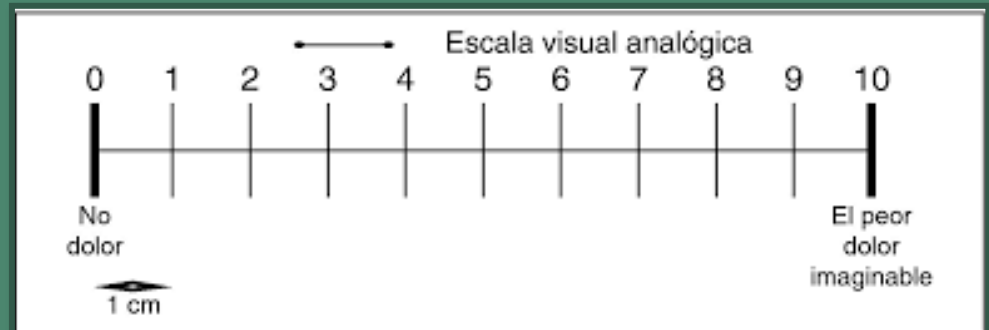
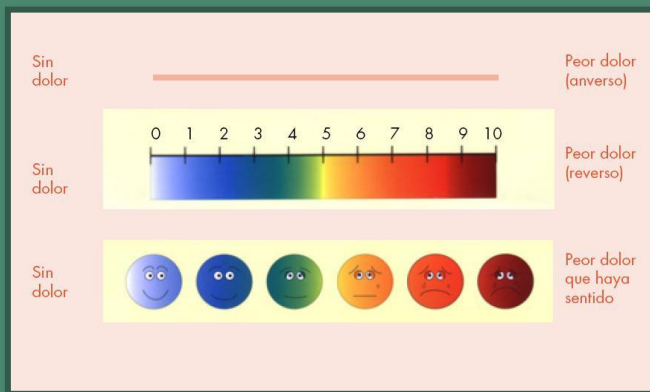
Fármacos pautados → se administran sí o sí

Fármacos de rescate → se administran cuando hay más dolor, los pide el paciente cuando tiene más dolor

3. Movilización precoz: Cuánto más se mueva menos va doliendo

4. Evaluación del dolor: Escala Visual Analógica (EVA) de 0 al 10.

Le preguntarán cuánto dolor tiene (0 = sin dolor, 10= el peor dolor imaginable)



VUELTA A LA PLANTA

ES MUY IMPORTANTE LA MOVILIZACIÓN PRECOZ: LEVANTARSE Y SALIR DE LA CAMA, LEVANTARSE Y SENTARSE EN LA SILLA, CAMINAR CON ANDADOR (según disponibilidad)

Todas las ayudas serán pocas (familiar, andador, etc), pero se insiste en que **LA MOVILIZACIÓN LA DEBE REALIZAR EL PACIENTE DE MANERA ACTIVA.**

FOMENTAMOS EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE Y LA AYUDA POR SUS ACOMPAÑANTES

HACEMOS HINCAPIE EN LA INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Los médicos del servicio de Traumatología valoran diariamente a todos los pacientes ingresados y resolverán sus dudas

DÍA +0: SIGUIENTE TURNO TRAS LA CIRUGÍA

CIRUGÍA DE MAÑANA → LO HACEN DE TARDE

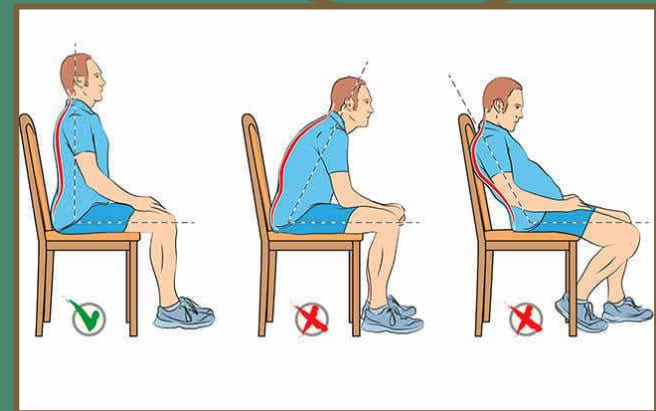
CIRUGÍA DE TARDE → LO REALIZARÁN LA MAÑANA SIGUIENTE

- Levantar a una silla con media de compresión, con educación sanitaria de la auxiliar de enfermería (NO en sillón, tiene que ser una silla alta)
- Ejercicios de flexo-extensión de la rodilla
- Incentivación de deambulación con andador al baño

ANDADOR



SENTARSE EN SILLA ALTA



DÍA + 1

MAÑANA Y TARDE

- Retirada de drenaje si lo hay, y cura de herida si ésta está manchada
- Levantar a la silla con la media de compresión
- Continuar y aumentar los ejercicios de flexo-extensión de rodilla (sentado) y de cadera (tumbado)
- Incentivación de deambulaci3n con Andador
- Se debe deambular en el d3a + 1 si no lo ha hecho ya



MEDIA DE
COMPRESIÓN

DÍA 2 Y POSTERIORES

MAÑANA

- Aseo en la mañana → Hacer independiente al paciente en su autocuidado
- No mojar la herida quirúrgica → Herida tapada
- Levantarse con media de compresión
 - Al levantarse → Poner la media elástica
 - Al acostarse al final del día → Retirar la media elástica
- Deambular con andador o muletas

TARDE

- Levantar y deambular con andador o muletas
- Alta Hospitalaria si todo esta OK



CÓMO SALIR Y ENTRAR DE LA CAMA

SALIR:

Si está operado del lado derecho, se sale por el lado derecho de la cama.
Si está operado del izquierdo, se sale por la izquierda.
Primero girar el cuerpo en bloque y sacar la pierna intervenida estirada.
Apoyar la pierna en el suelo. Impulsarse después con la pierna sana y sujetarse con los bastones o andador



CÓMO SALIR Y ENTRAR DE LA CAMA

ENTRAR:

Se realiza a la inversa.

Primero introducir la pierna no operada, sentarse y subirse hacia el cabecero para asegurar que al girar entrará la pierna operada estirada.



CÓMO REALIZAR LA DEAMBULACIÓN

Podrá comenzar a caminar con andador o muletas a partir del turno siguiente de la intervención (si es cirugía de mañana → por la tarde, si es cirugía de tarde → la mañana siguiente)

Importante: calzado cerrado y suela antideslizante para evitar caídas

CON ANDADOR:

Adelante en primer lugar el andador.
Eche la pierna operada hacia delante
Por último, eche la pierna sana
Vuelva a adelantar el andador.

NO se encajone mucho en el andador
porque se puede caer con él.



COMO REALIZAR LA DEAMBULACIÓN

CON 2 MULETAS:

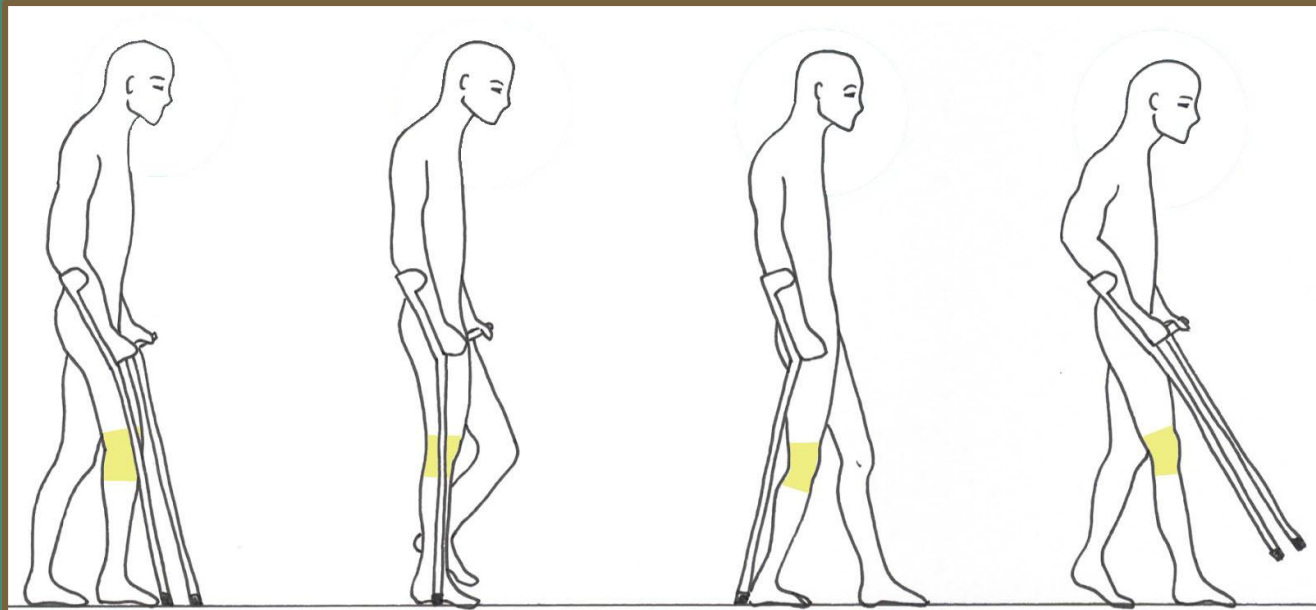
Inicialmente : Utilizar de forma similar al andador

Después:

Adelantar primero el bastón del lado operado y la pierna sana.

Después el otro bastón y la pierna operada.

No deje atrás los bastones, porque se puede caer hacia delante.



VUELTA A LA PLANTA: RESUMEN

DÍA +0 DESDE LA CIRUGÍA (SIGUIENTE TURNO DESDE LA CIRUGÍA)

- Sentarse
- Puede ir al baño

DÍA +1 DESDE LA CIRUGÍA

- Sentarse
- Flexo-extensión de cadera y rodilla
- Caminar con andador

DÍA +2 DESDE LA CIRUGÍA

- Sentarse
- Aumentar ejercicios de flexo-extensión de cadera y rodilla
- Caminar con muletas
- ALTA HOSPITALARIA

ALTA HOSPITALARIA

¿QUÉ INCLUYE EL ALTA HOSPITALARIA?

- Informe de alta:** incluye la información sobre el proceso realizado y recomendaciones a seguir en domicilio
- Medicación prescrita** con las recetas firmadas de manera electrónica
- Solicitud de **cita para la primera revisión** en consultas de Traumatología
- Volante de **ambulancia si se precisa**



Si necesitan ambulancia para los traslados, indíqueno a su médico lo antes posible y confirmen la dirección si es distinta (la dirección por defecto es la que aparece en las pegatinas del hospital)

ALTA HOSPITALARIA

EN LA PRIMERA CONSULTA POSTOPERATORIA

- Retirada de puntos y recomendaciones de su cirujano para las siguientes revisiones.
- Cualquier problema con la intervención (fiebre, manchado, dolor o inflamación excesivas, etc) deben acudir a Urgencias del Hospital Universitario de Getafe.

RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA

- NO SENTARSE EN SITIOS BAJOS: SILLAS BAJAS, SOFÁS BLANDOS, WC MUY BAJO. PUEDE UTILIZAR UN ALZA PARA EL WC.
- UNA SILLA CON REPOSABRAZOS LE AYUDARÁ A LA HORA DE SENTARSE Y LEVANTARSE
- SENTARSE CON LAS PIERNAS LIGERAMENTE ABIERTAS. LA ALTURA DE LA CADERA ESTARÁ A LA ALTURA DE LA RODILLA.
- INTENTE DEJAR **LO QUE NECESITE A MANO.**
- TOMA DE MEDICACIÓN PRESCRITA CORRECTAMENTE (**ANALGÉSICOS ALTERNOS CADA 4 H**)

RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA

- USO DE **CALZADO CERRADO CON SUELA ANTIDESLIZANTE**, Y ROPA CÓMODA.
- NO OLVIDE PONER LA **MEDIA DE COMPRESIÓN**, LA PUEDE RETIRAR POR LAS NOCHES PARA DORMIR.
- **EVITE ALFOMBRAS** EN CASA PARA EVITAR CAIDAS O DESLIZAMIENTOS.
- PRECAUCIÓN CON SUELOS HÚMEDOS O RECIÉN FREGADOS
- ESPECIAL CUIDADO EN EL BAÑO (USO DE BARANDILLAS EN DUCHA, SI PUEDE AYUDADO POR ALGÚN FAMILIAR)

RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA

PROFILAXIS HEPARÍNICA (CLEXANE / ENOXAPARINA)

HASTA PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA, PREVIA EDUCACIÓN SANITARIA POR LA ENFERMERA DE LA UNIDAD.



SE REALIZARÁ CURA AL ALTA CON APÓSITO MEPILEX BORDER POST-OP.

-**NO MOJAR HERIDA**, CUBRIRLA. SI PRECISA DE CURA LA REALIZARÁ EL PACIENTE PREVIA EDUCACIÓN SANITARIA DE LA ENFERMERA DE PLANTA (SE DARÁ UN APÓSITO AL ALTA).

LA HERIDA SE PUEDE MOJAR UNA VEZ SE RETIREN LOS PUNTOS.

RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA

MOVIMIENTOS A EVITAR: Durante los primeros 2-3 meses:

- No flexionar las caderas $> 90^{\circ}$
- No cruzar las piernas
- Al caminar el pie debe dirigirse hacia el frente (ni hacia fuera ni hacia dentro).
- No dormir sobre la cadera intervenida. Dormir hacia arriba

SIGNOS DE ALARMA

SI HAY SIGNOS DE ALARMA DEBE ACUDIR A URGENCIAS DEL H. U. GETAFE

- 1) $T^a > 38^{\circ} C$ Y MALESTAR GENERAL
- 2) ENROJECIMIENTO, INFLAMACIÓN IMPORTANTE DE LA ZONA DE LA HERIDA
- 3) EXUDADO PURULENTO O SANGRADO DE LA HERIDA
- 4) DOLOR INTENSO E IMPOSIBILIDAD PARA ANDAR



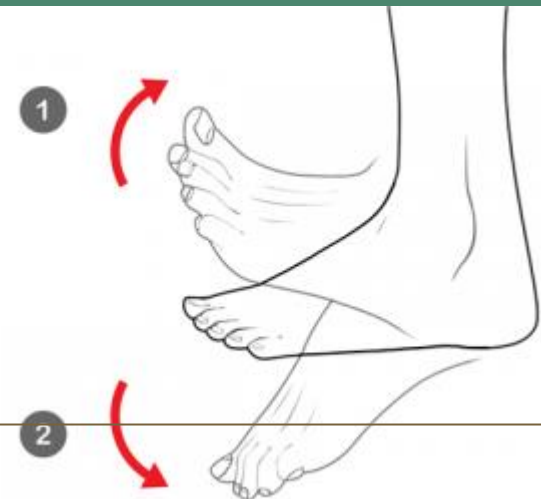
EJERCICIOS DOMICILIARIOS

La intervención de prótesis de cadera no precisa habitualmente de Rehabilitación. La mejor forma de recuperarse es deambular diariamente

Mostramos ejercicios que se pueden realizar durante 5-10 minutos, unas 3 ó 4 veces al día, para ayudarles y mejorar su recuperación

1. FLEXIÓN Y EXTENSIÓN DEL TOBILLO

Mover activamente el tobillo hacia arriba y hacia abajo, mejora la circulación y disminuye el riesgo de trombos en las piernas.

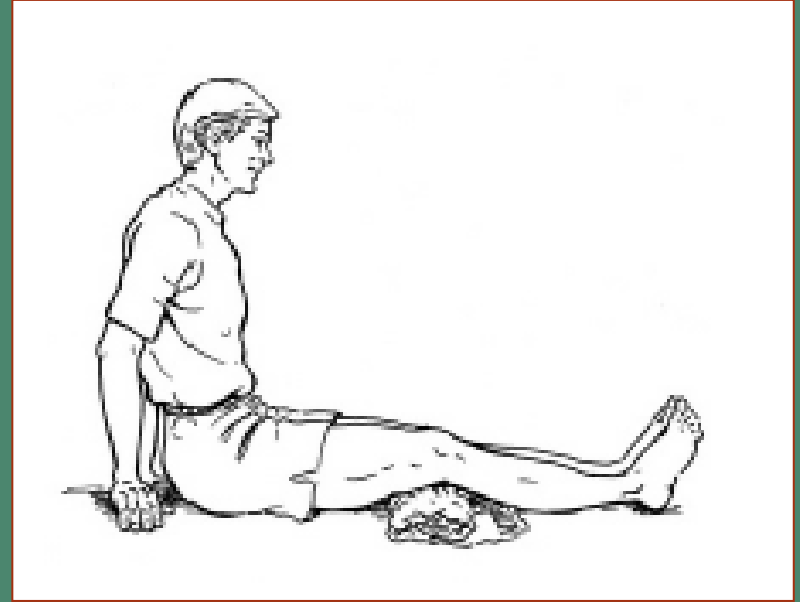
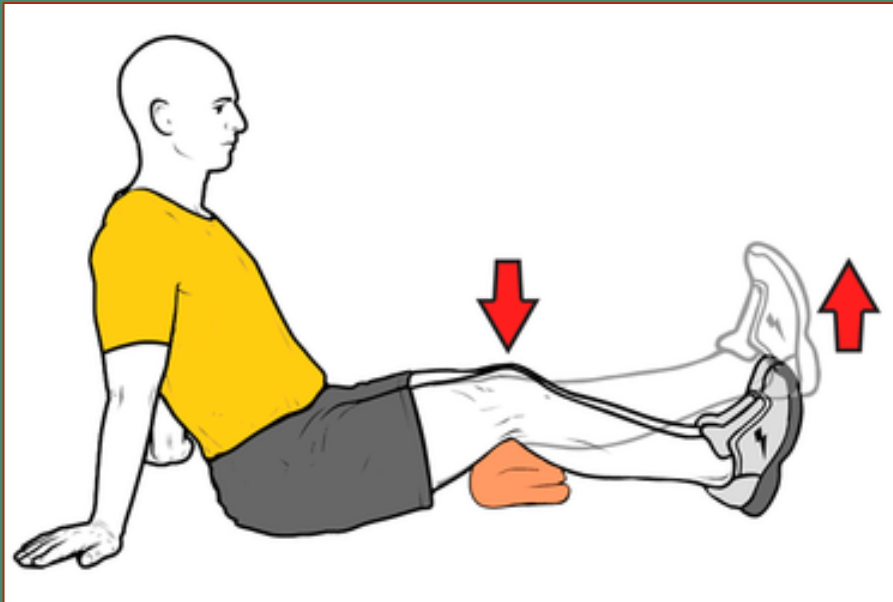


EJERCICIOS DOMICILIARIOS

2. EXTENSIÓN DE LA RODILLA

Tumbado boca arriba en cama con las rodillas estirada. Intentar aplastar la parte posterior de la rodilla contra la cama

Mantener la contracción unos 4-5 segundos, soltar la contracción otros 4-5 segundos, y repetir

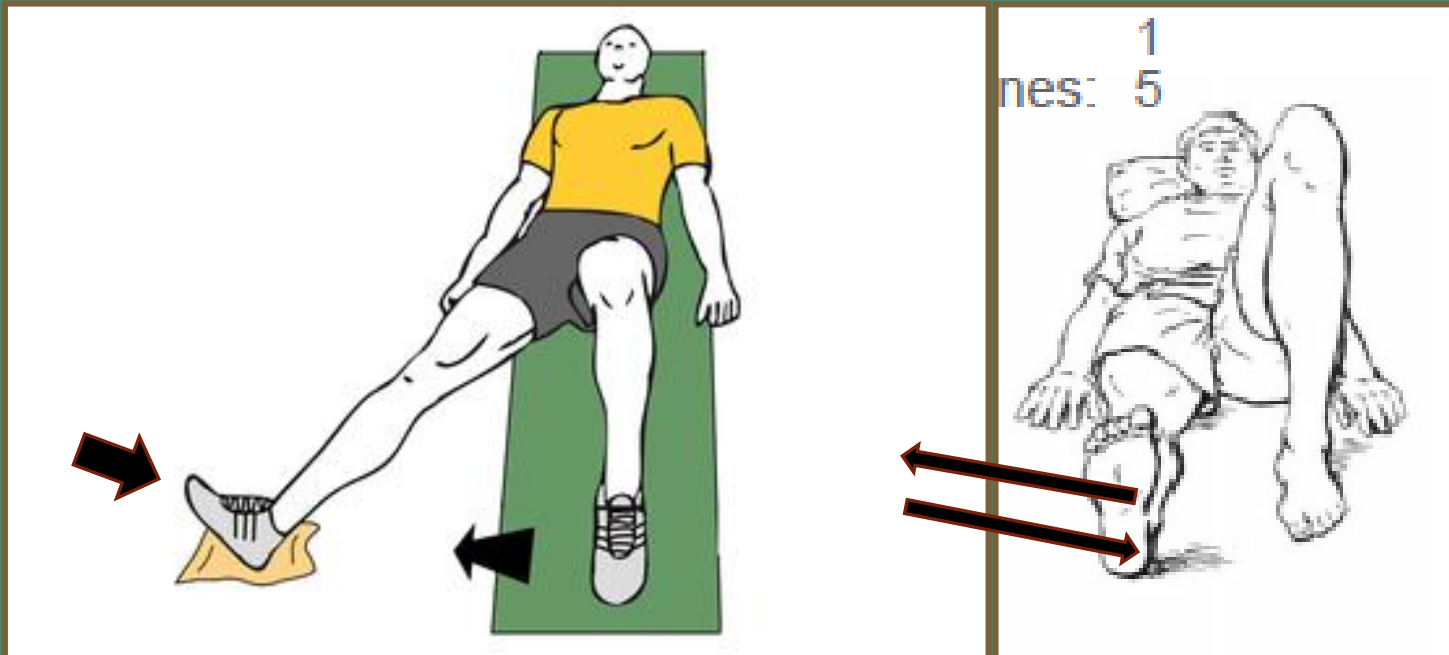


EJERCICIOS DOMICILIARIOS

3. SEPARACION DE LA PIERNA (ABDUCCIÓN DE CADERA)

Tumbado boca arriba llevar la pierna hacia fuera de la cama, y después volver a colocarla encima de la cama.

Repetir 4-5 veces



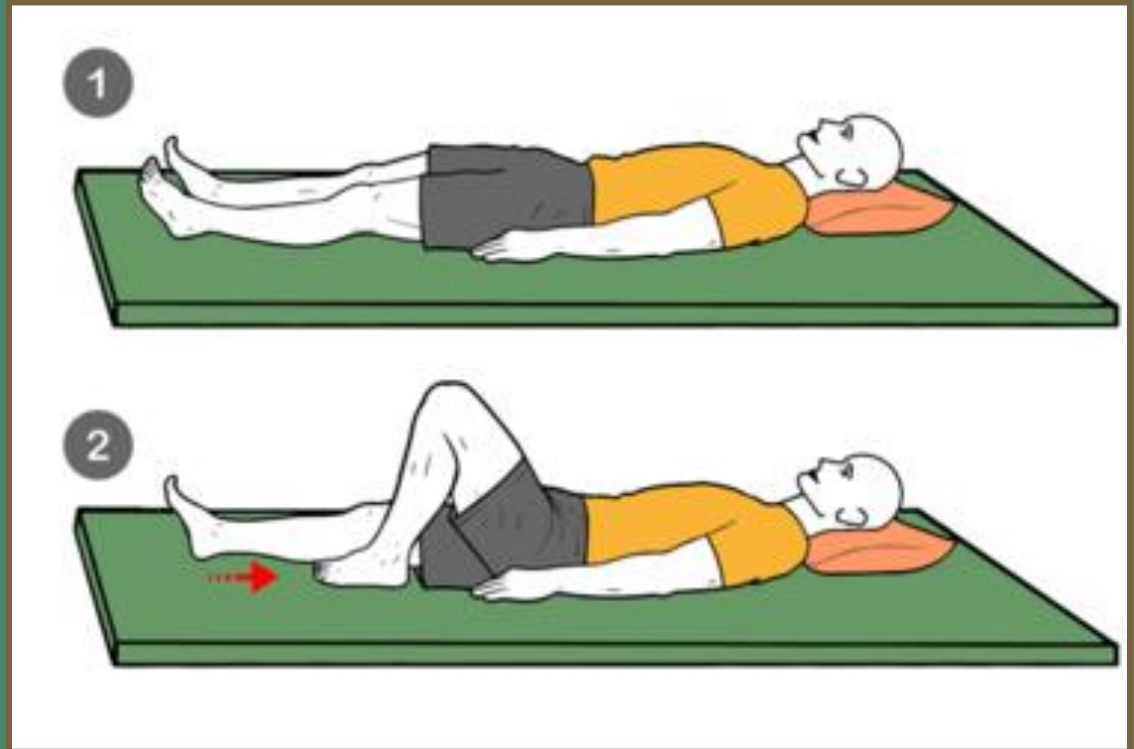
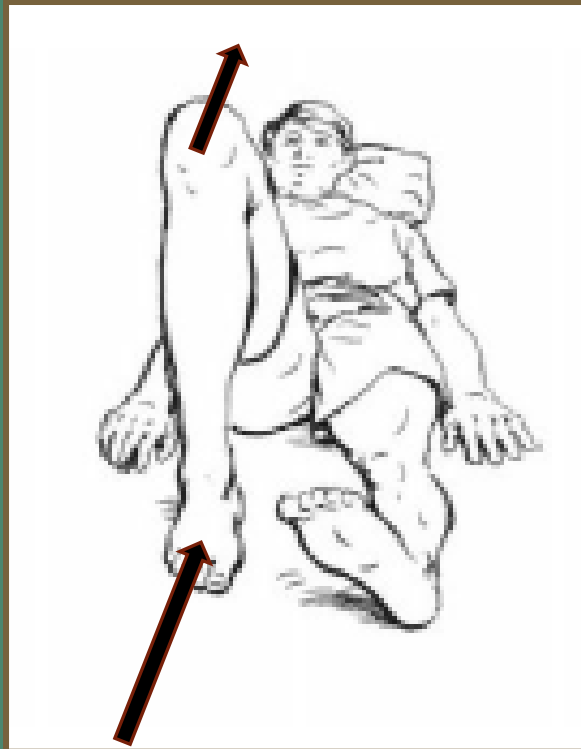
EJERCICIOS DOMICILIARIOS

4. FLEXIÓN DE RODILLA Y CADERA

Doblar la rodilla con la planta del pie apoyada en la cama (deslizar el pie hacia la nalga). La pierna no operada debe estar bien apoyada.

Cada día debe ir flexionando un poco más.

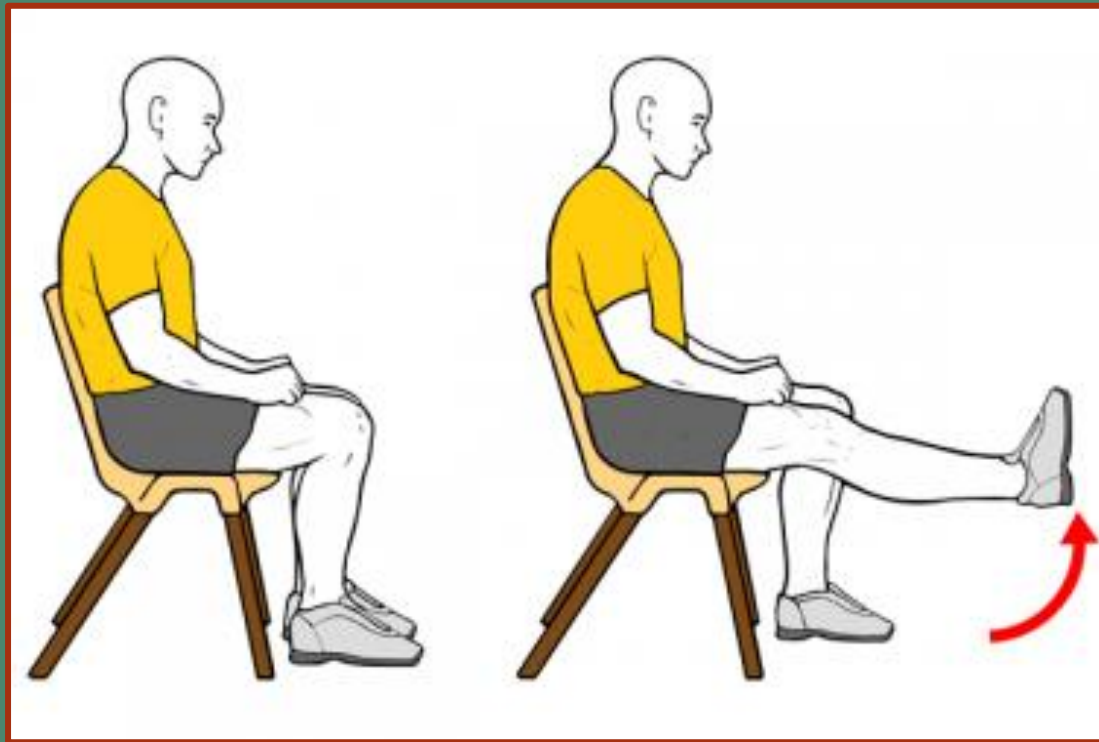
La rodilla no sobrepasará la altura de la cadera.



EJERCICIOS DOMICILIARIOS

5. EXTENSIÓN DE LA RODILLA

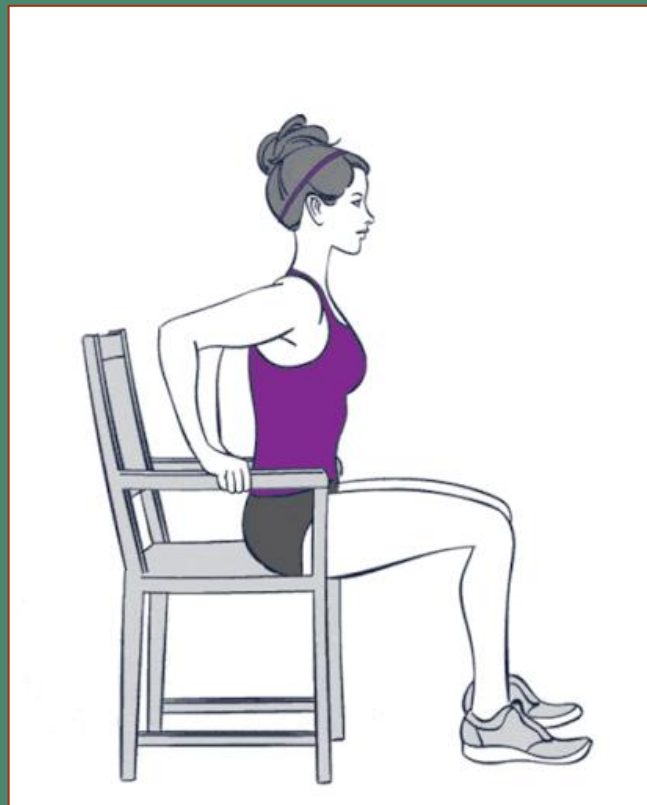
Sentado en la silla o la cama, estirar completamente la rodilla y mantener la posición durante 4-5 segundos. Descansar 4-5 segundos. Repetir 4-5 veces



EJERCICIOS DOMICILIARIOS

6. LEVANTARSE Y SENTARSE EN LA SILLA

Con las manos en los reposabrazos, haga intentos de levantarse, echando el peso sobre los brazos. Repita varias veces el ejercicio, lo que le ayudará a ganar fuerza en los brazos.



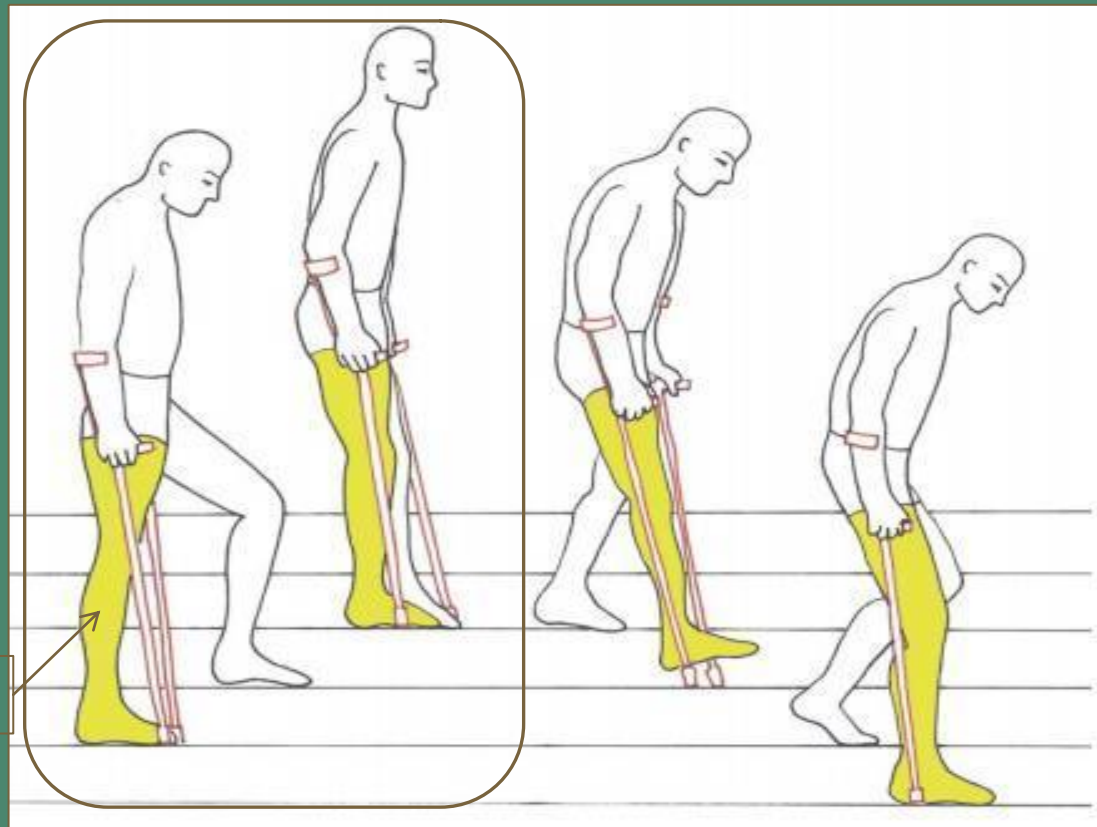
OTRAS ACTIVIDADES: SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

SUBIR:

Apoyar los bastones en el escalón a subir.

Subir primero la pierna sana al escalón.

Con la pierna sana se impulsa y sube la pierna operada.



Operada

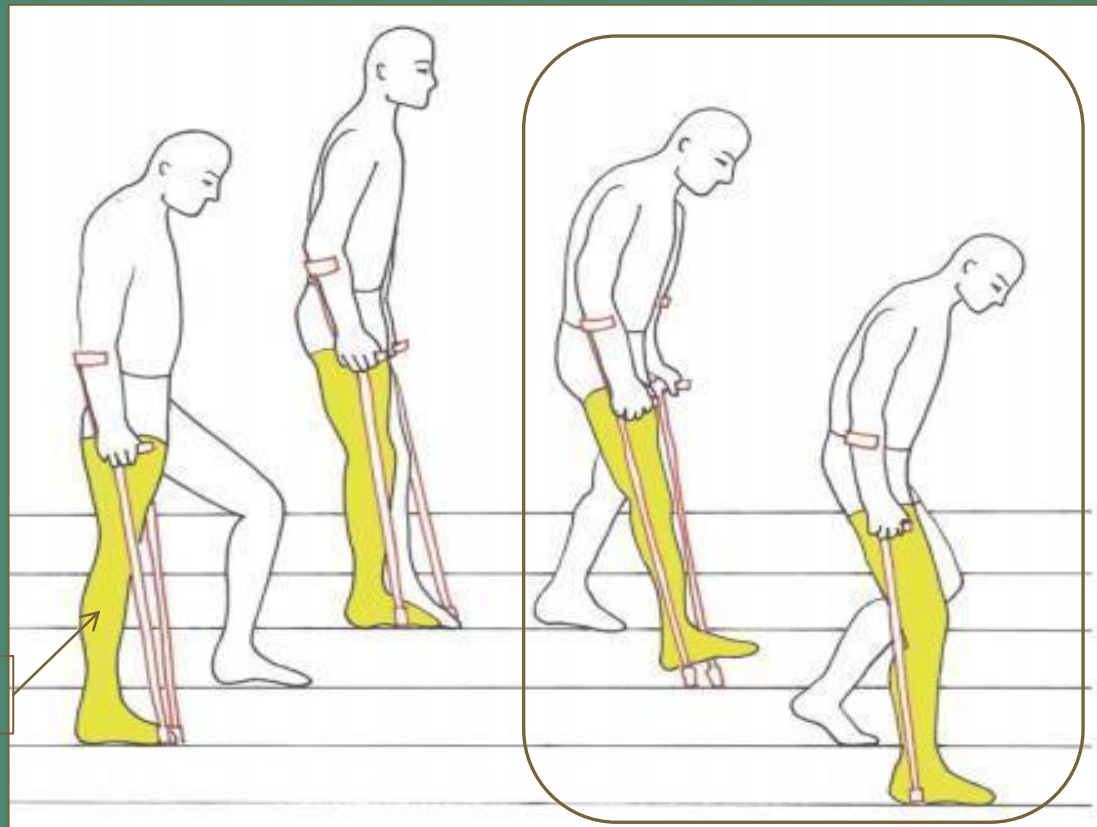
OTRAS ACTIVIDADES: SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

BAJAR:

Apoyar los bastones en el escalón a bajar.

Bajar la pierna operada y apoyarla bien en el escalón.

Una vez bien apoyada la pierna operada, entonces bajar la no operada.



OTRAS ACTIVIDADES: ENTRAR Y SALIR DEL COCHE

ENTRAR:

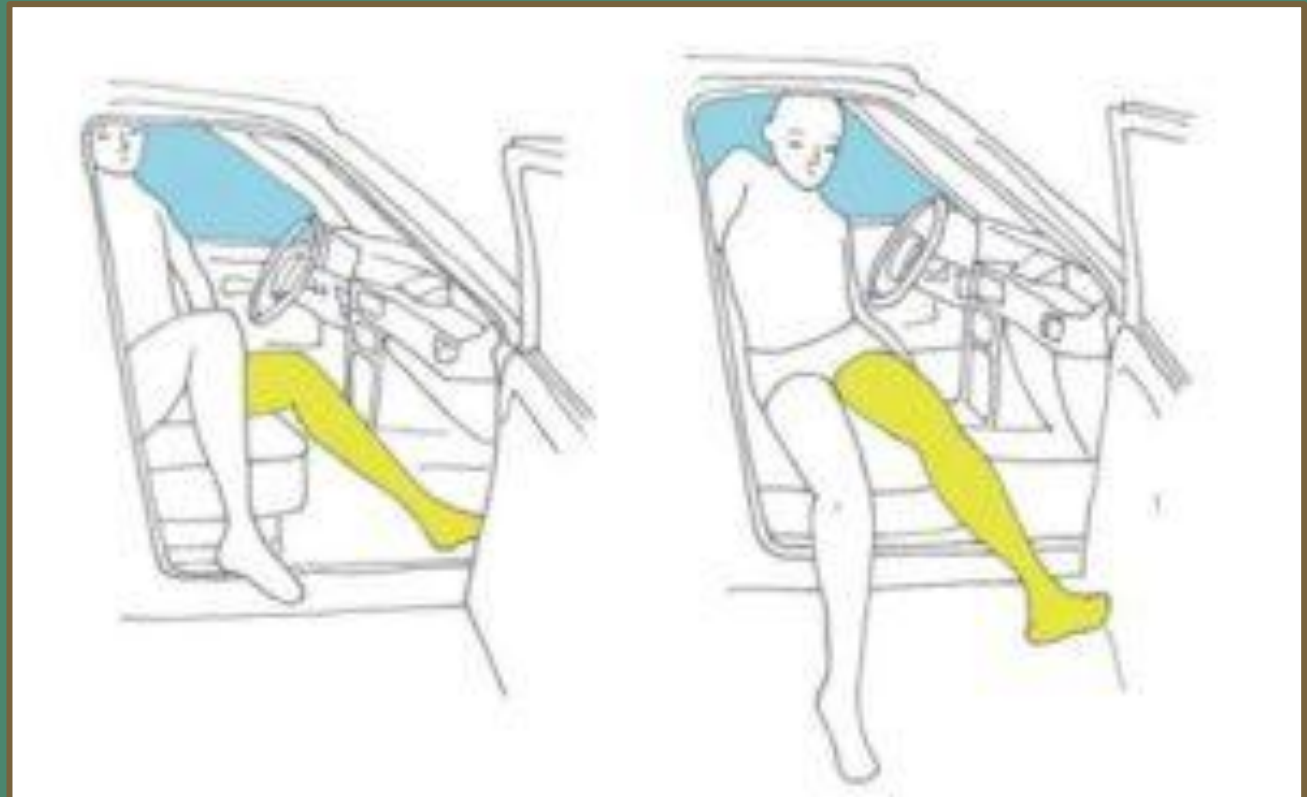
Echar el asiento lo más hacia atrás posible para tener más espacio

Sentarse en el borde y después entrar girando las 2 piernas a la vez, ayudándose con los brazos


La pierna operada debe estar lo más estirada posible.

SALIR:

Realizar lo anterior a la inversa



ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN



Hospital Universitario de Getafe
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

Unidad de dolor agudo postoperatorio

Questionario de satisfacción postoperatoria del paciente al alta

Le ofrecemos a continuación una serie de preguntas relacionadas con el dolor que ha podido usted sufrir durante el periodo postoperatorio, con la intención de conocer su opinión y poder elaborar las medidas correctoras en caso de que no haya sido satisfactorio. Señale la respuesta que mejor se ajuste a su situación en el postoperatorio.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 ¿Tenía dolor antes de la intervención?											
2 ¿Sintió dolor durante su estancia en Reanimación?											
3 ¿Sintió dolor durante su estancia en la habitación?											
4 ¿Siente dolor en este momento?											

5 ¿En qué momento el dolor fue más fuerte?

- Antes de la intervención
- En la sala de Reanimación
- En la habitación el día de la intervención
- En la habitación el día siguiente a la intervención (24h postoperatorias)
- En la habitación a los dos días de la intervención (48horas postoperatorias)

7. ¿Dónde se presentó el dolor?

- En la parte anterior de la rodilla
- En la zona posterior de la rodilla
- En toda la rodilla
- En otra localización, en ese caso precise:

8. ¿En algún momento del postoperatorio necesitó pedir analgésicos para calmar el dolor?

- No
- Si
- NS/NC

9. En caso de que respondiera 'Si' a la pregunta anterior, ¿cuánto tiempo máximo tuvo que esperar hasta que se le administró la medicación?

Las encuestas son nuestra forma de conocer si estamos realizando bien nuestro trabajo.

Nos permiten conocer su grado de satisfacción:

-Saber cuánto dolor tenían o tienen después

-Saber cómo ha cambiado su calidad de vida

-Saber si están satisfechos del trato recibido

-...

INFORMACIÓN PRÁCTICA SOBRE PRÓTESIS DE CADERA

- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE
- SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

