

## Artoplastia Total de Cadera Con Tecnica Anterolateral

**Mercy Hospital**

**Miami, FL**

**August 30, 2011**

...cirugía aquí en el Hospital Mercy, mi nombre es Dr. Manual Antón y soy el director ejecutivo del Hospital Mercy y de la división AHCA. Vamos a darle la palabra al Dr. Lavernia.

-Buenas tardes. Quiero darles la bienvenida al Hospital Mercy y darles la bienvenida aquí a Miami. Hoy tenemos una experiencia única que voy a compartir con ustedes, que es una artroplastia total de cadera. Algunos la han llamado la cirugía del siglo, restaura la vida y la movilidad a las personas que tienen dificultad con su cadera. Hoy vamos a mostrarles antes de comenzar algunas vistas cuando yo preparo el campo operatorio. Hoy vamos a realizar esta cadera total, un abordaje antero-lateral. Siguiendo. El reemplazo total de cadera que es una cirugía indicada cuando su cadera desgasta el cartílago quizás sea un mecanismo autoinmune de artritis reumatoide, un desorden infeccioso, o más comúnmente es para la osteoartritis que nuestro paciente tiene [inaudible]. Lo que sucede en la osteoartritis, por razones que todavía no conocemos bien, el cartílago que rodea el cabezal, el cóndilo y el hueso que rodea la cadera se van desgastando y aquí lo reemplazamos con este dispositivo metálico y de plástico, que es una artroplastia total, y tenemos que hacerle una cirugía para hacerlo. Esta operación a las personas viejas las hace jóvenes. Lo podemos hacer desde diferentes abordajes, del lado de la cadera, de la parte de atrás de la cadera o de frente a la cadera y en todos los estudios que se han hecho hasta ahora no importa cuál es su abordaje si lo hacen bien y posicionan los componentes de forma correcta. Siguiendo. A los seis meses después de la cirugía, independientemente de cómo han hecho el abordaje, son muy similares. En la mayoría de los casos son resultados espectaculares, siempre y cuando coloquen los componentes con la orientación adecuada. Siguiendo. Las personas que han tenido que reducir su nivel de actividades y se han tornado muy sedentarios, se han hecho muy activos, pacientes muy felices y los hace también pacientes muy jóvenes, a veces la enfermedad ataca a personas muy jóvenes y en esos casos en que la incapacidad debido al dolor de cadera es muy alta. Las actividades que se permiten con la nueva cadera incluyen nadar, montar bicicleta, jugar al golf y lo más importante, el avance más importante que hemos logrado en cuanto a la cirugía de cadera en los últimos cincuenta años es la utilización de una gestión de dolor multimodal, o sea el dolor que recibe uno de la cirugía y se llama la gestión multimodal del dolor.

Vamos a compartir con ustedes este sistema. El concepto de gestión multimodal de dolor ataca el dolor no cuando surja sino antes de ocurrir, Esta es la forma convencional de gestión del dolor que le da al paciente una inyección de morfina cuando el dolor se torna muy extremo y está en el punto más alto. La gestión multimodal mantiene el dolor por debajo de cierto nivel, por debajo de un nivel de umbral de intensidad, y hace la operación mucho más cómoda de lo que ha sido antes. Atacamos el dolor antes, durante y después. Empieza la noche antes de la cirugía. El paciente que estamos haciendo la cirugía hoy, anoche como un medicamento, el medicamento que usamos en la fase de pre intervención se llama Celebrex. Estos son los medicamentos que le damos al paciente en la mañana de la cirugía, antes de comenzar la cirugía. Aquí observamos uno de los activos que tenemos antes de la cirugía. Nuestro equipo de anestesia, dirigido por el Dr. William Suarez hace una visión del plexo lumbo sacro y a través de una aguja [inaudible], coloca anestesia solo en los nervios que enervan la cadera e intraoperatoriamente hacemos inyecciones directamente en el lugar de la operación. Ahora volvemos al campo operatorio y después pasaremos nuevamente a... Ya ha hecho el abordaje inicial de la cadera y la fase antero lateral, aquí vemos algunos de los músculos que tengo que mover hacia un lado para entrar a la cadera y a medida que voy entrando vamos a ver un poco de sangramiento. Es un procedimiento que no es tan sangriento. Pueden mandar correo electrónico, hacerme preguntas si quieren mientras yo estoy haciendo el procedimiento. Ahora estoy en la fase de exposición del campo, estoy retirando los tejidos que están arriba de la capsula de la cadera para realizar este reemplazo de cadera y a medida que voy entrando, voy a compartir con ustedes la parte enferma de la cadera, la parte de la cadera que el cartílago ha sido totalmente deteriorado por el proceso de la enfermedad. El proceso de la incisión lateral. No escucho ahora al Dr. Antón

-¿Me escucha ahora?

-Ahora le escucho

-La pregunta se relación, utilizando este abordaje de incisión, ¿hay que levantar algún musculo?

- Si, es una muy buena pregunta. No hay forma de hacer un reemplazo de cadera correctamente sin mover los músculos o cortar los músculos. Como dije al inicio de esta transmisión por la web, la forma de entrar a la cadera no es importante, sino más bien lo que se hace una vez que está adentro en cuanto a longevidad de la operación, Hay cirujanos que hacen un abordaje anterior, otros hacen un abordaje posterior y otros como yo, que hago un abordaje antero-lateral. Tengo mucha vibración en el audífono

-Dr. Lavernia voy a hacer una pregunta [inaudible] como estamos observando en el proceso de realizar esta cirugía

-Dr. [inaudible]. Una de las preguntas que nuestros pacientes se hacen, cual es el proceso mediante el cual llegan al punto que deciden que la cirugía es lo más apropiado. Muchas personas que padecen de artritis, molestia en la cadera, dolor. Puede decirnos acerca de su propia experiencia y su viaje para obtener la cirugía Porque creo que es muy importante para todo el mundo que está mirando y escuchando entender, como ha dicho el Dr. Lavernia, que este es un procedimiento que cambia su vida.

-En mi caso tenía una crisis cada vez más creciente de mi cadera derecha, requería más medicamento con [inaudible], limitaba mi actividad, no podía jugar al tenis, no podía esquiar, no podía hacer las cosas que realmente quería hacer. Me encontré tomando cada vez más medicamentos contra el dolor, mas calmantes y con menos efecto y finalmente busque ayuda de otras personas y con mis antecedentes de cirujano fui a muchos lugares y finalmente vine a ver al Dr. Lavernia porque considere que ha llegado el momento de cambiar mi vida. De hecho, como vamos a examinar, el me hizo un procedimiento que cambio mi vida y mi actividad.

-¿Pueden volver un segundo? Acabo de dislocar la cadera, hacer la luxación de la cadera, y vamos a estar mirando hacia aquí, ya he dislocado la cadera y podemos hacer la cabeza femoral que podemos observar en el campo. Aquí pueden observar la cabeza femoral muy deteriorada que no tiene nada de cartílago, no le queda nada de tejido blando que cubre el hueso [inaudible] que se llama cartílago y pueden observar aquí que ha perdido toca la capa cartilaginosa. Ahora voy a hacer una osteotomía de cuello femoral. Aquí vemos la cabeza femoral del paciente que pueden observar aquí que está muy dañada por el proceso de enfermedad. Aquí se los voy a mostrar en mayor detalle. Un cuchillo por favor, un bisturí. No hay cartílago, esta como una [bola de billar, no hay cartílago. Esto es el cartílago, y aun aquí donde queda un poco de cartílago, es muy poco. Fundamentalmente este paciente tenía un impedimento significativo en su actividad de la vida diaria, no podía caminar, no podía sentarse sin sentir dolor.

-Dr. Lavernia. Estaba usted preparándose para la cirugía, que estaba pensado.

-en el dolor y la limitación de su actividad.

-Muchos de nuestros pacientes ven su cirugía, y parece ser una experiencia muy traumática. Qué piensa usted Dr. Allenby cuando usted decide someterse.

-Siendo yo mismo cirujano sé lo que puede suceder durante la cirugía, los pasos que tomamos para evitar cualquier tipo de problema, y en mi caso, cuando encontré que no podía realizar la actividad, no podía subir una escalera, no podía practicar la actividad deportiva que me gustaba, sabía que era tiempo. A instancia de mi familia y mi pareja, ya era momento de cambiar mi estilo de vida y volver a una situación normal, activa y saludable. Con mis antecedentes busque muchas opiniones y muchas formas de abordar este problema. Visite varios programas de ortopedia, y con toda honestidad no encontré nada que pudiera ser igual a los conocimientos del Dr. Lavernia y al abordaje en forma de equipo. Fue la modalidad de control del dolor antes de la operación [inaudible], y tener la terapia de la enfermería de todo el equipo del Hospital Mercy y post quirúrgicamente, cuando me tenía que ir a mi casa después de tres días sin dolor para reanudar una actividad normal con cuidado en el hogar, y gradualmente un aumento de mis actividades. Cambio mi vida de hecho.

-Dr. Lavernia, otra vez usted.

-Han estado conmigo. Estoy preparando la parte femoral para recibir el componente femoral, o sea la parte de la cadera. Hemos retirado la cabeza femoral y ahora estamos haciendo raspado del canal femoral para recibir los implantes. La mayoría están hechos de titanio, vanadio y aluminio, una súper aleación que utilizamos en la ortopedia durante más de cuarenta años. Ellos resisten los impactos de una persona normal hasta 25 a 30 años, con estos implantes pueden hacer todas las actividades que yo mostré al principio y las cosas que no recomendamos que hagan es correr, jugar basquetbol, cualquier actividad que tenga una carga de impacto y preveo que en los próximos diez años vamos a tener superficies de rozamiento que nos permiten hacerlo. Actualmente algunos cirujanos permiten a sus pacientes hacer todo este tipo de actividades, yo recomiendo que no lo hagan, pero las personas pueden llevar una vida relativamente normal con un reemplazo de cadera. Y la pregunta de cuando uno debe hacer este procedimiento. Los pacientes tratan múltiples, diferentes procedimientos y tratamientos incluyendo medicina, terapia física y en la mayoría de los casos, el momento de hacer esta cirugía cuando ya nada funciona, cuando su calidad de vida ya no le permita hacer las cosas que usted desearía hacer.

-Dr. Lavernia usted menciona la calidad de vida y el dolor y también nos describió el sistema de gestión de dolor multimodal, el procedimiento que tiene aquí en el Hospital Mercy para eso. Quiero preguntarle al Dr. Allenby, que les describa a nuestros televidentes. ¿Cuándo salió usted de la cirugía, sentía usted dolor?

¿Cómo usted se recuperó?

-Debo decirle, Dr. Antón, el procedimiento entero es asombroso. Entré en el quirófano con todos los temores. El Departamento de Anestesia lo manejó con sedantes y cuando me desperté estaba básicamente sin dolor. No tengo un umbral alto de tolerancia al dolor, pero esa noche, después de la cirugía, me había bajado de la cama utilizando un andador, dando mis primeros pasos y fue totalmente asombroso. El área operativa donde se considera que hay dolor extremo estaba adormecida debido a los medicamentos que se mantienen durante tres días después de la operación. O sea, nunca tomé nada más fuerte que Tylenol Extrafuerte durante todo el periodo posoperatorio. Y considere esto asombroso porque realmente nunca requerí un narcótico o cualquier otro tipo de intervención. Gradualmente iba aumentando mi marcha progresivamente con la ayuda del tremendo terapeuta físico, el terapeuta ocupacional, el personal de enfermería durante los tres días. Y volví a mi casa prácticamente una persona totalmente nueva.

-El Dr. Lavernia y el Dr. Allenby se refirió al abordaje en equipo. El equipo que tengo aquí es único. Con la ayuda del hospital hemos podido crear un centro de excelencia para la artroplastia y del asistente en [inaudible]... estoy haciendo un raspado. Un instrumento de barrenado en la parte de la copa en la concavidad que estamos formando para poder colocar el implante [inaudible] el componente acetabular en el lado de la pelvis. Mi equipo hoy es lo más importante. Es como bailar; es como el ballet. Se necesita mucha ayuda de sus colaboradores, de sus colegas.

-Quiero recordar a las personas que hay un botón en el que ustedes pueden pellizcar en la pantalla para hacernos preguntas aquí en vivo, en el quirófano, en el Hospital Mercy con el Dr. Lavernia y el Dr. Allenby que es un paciente que recibió este procedimiento anteriormente. Dr. Lavernia, creo que vamos a regresar para usted.

-Ya estamos en un nivelador de 50 milímetros. Nos preparamos antes de la cirugía con un programa de computación para dimensionar los implantes. Estoy muy cerca del tamaño que voy a necesitar en el paciente. Cuando me acerque al tamaño tengo que tener mucho cuidado para ver cómo coloco el instrumento aquí para orientar de manera adecuada esta parte de la operación, es decir, el componente acetabular. Eso era 50. Cinco cero. 52, 5-4. Vamos a ver un 56, por favor. Un poquito de presión.

-Dr. Lavernia, una de las cosas que mencionó anteriormente fue la durabilidad de los implantes, ¿cuál es la expectativa de vida de implante en un paciente que recibe este procedimiento?

-Si se cuidan los implantes deberían durarle 25 ó 35 años. Cuidarlos quiere decir no golpearlos, no jugar tenis, no correr o trotar. Voy a poner el lado del acetábulo de la reconstrucción en un hemisferio de titanio con una superficie rugosa para que haya fricción y pueda crecer el tejido óseo en esa superficie. Este es el implante real.

-Dr. Lavernia, una de las cosas cuando escuché al Dr. Allenby y su experiencia y observamos ahora la cirugía, hay muchos pacientes que piensan que la cirugía es dramática. No están acostumbrados a ver la mecánica real del proceso intraoperatorio, todos esos martillos, etc. Independientemente de toda la manipulación y de la apariencia que tienen, aparentemente pueden controlar el dolor de manera que el paciente no tiene experiencia residual de este proceso operatorio.

-Como tratamos el proceso ayer, tenemos una imagen totalmente distinta a la que teníamos hace 10 ó 15 años. Definitivamente no es como irse en un crucero. Quiero que sepan que el Dr. Allenby tuvo una experiencia maravillosa. La mayoría de los pacientes están bien, pero esto implica cierto dolor. El dolor es mucho menor ahora que antes. Lo fundamental de ese manejo del dolor preventivo es que golpeamos al dolor antes de que sea muy fuerte. Antes, el paciente esperaba a que el dolor fuera muy fuerte y llamaba a la enfermera para que le trajera la píldora, el analgésico o la inyección. Ahora, le damos la inyección las 24 horas al día y bloqueamos el dolor utilizando el bloqueo que ustedes vieron y que fue descrito anteriormente. Si tenemos tiempo, les voy a mostrar un video de ese bloqueo y cómo se hace. El bloqueo lo hace nuestro equipo de anestesiólogos y es poner un catéter, una sonda, directamente en los nervios que inervan el área y dejando caer gotitas de medicamento gradualmente en los próximos tres días en esa área.

-Por favor, el taladro de nuevo. Estábamos hablando de la experiencia postoperatoria y su experiencia en el hospital antes de irse a su casa. ¿Cómo fueron las dos primeras semanas en su casa?

-Bueno, en realidad fue bastante fácil. Estuve asistido por ese equipo de manejo en el hogar. Terapeutas ocupacionales o vocacionales me dieron ejercicios para hacer. Yo con la andadera podía caminar y después con un bastón hasta que llegué a subir escaleras que no parece un procedimiento muy grande, a menos que uno no lo haya podido hacer antes por dolor artrítico cebero. YO pude nadar, caminar en una banda sinfín sin dolor. Eso es, como dijo el Dr. Lavernia, un procedimiento que nos cambia la vida. Yo no tengo nada de dolor, tengo toda mi movilidad y eso es uno de los mayores placeres de la pericia de todo este equipo y del Dr. Lavernia.

-Voy a insertar ese revestidor, ese polietileno muy reticulado que colocamos en el 95% de nuestros reemplazos. Es un plastiquito que ha sido probado en 20 millones de ciclos. Tenemos mucho tiempo de experiencia con ese polietileno altamente reticulado y ese es el material que yo utilizaría en mi propia cadera si lo necesitara. Entonces este material ha sido probado bastante bien contra todo tipo de fuerzas durante muchos ciclos. Tenemos datos clínicos de 10 años sobre esta superficie en particular. Cuando comenzamos originalmente con este tipo de cirugías, teníamos el mismo tipo de plástico pero no era reticulado y la duración de ese plástico en el paciente era menor y a los diez años teníamos que rehacer la operación de nuevo. Estoy haciendo lo que llamamos reducción de ensayo experimental con esta bolita experimental. Este

es el cuello de la prótesis. Aquí lo tengo en dos pero va a ser una sola pieza para probar la mecánica de esta cadera en cirugía para ver si me gusta o si tengo que acortarla o agrandarla. Uno de los problemas aquí es la longitud de la pierna y el ambiente mecánico donde funciona esa pierna de manera exacta. Es algo muy importante. En la mayoría de los pacientes podemos llegar muy cerca de los objetivos que tenía el paciente.

-Dr. Lavernia, otra pregunta que nos llega de alguno de nuestros videntes en Europa Oriental. La pregunta es: ¿cuáles son las ventajas, según su experiencia, de hacer la implantación de componente femoral primero?

-Es un asunto de estilo. Hay cirujanos que lo colocan primero. El lado de la copa está más profundo en el cuerpo, así que los cirujanos hacen la copa primero. Yo ya terminé lo de la copa y me estoy alistando para hacer la parte del fémur. Vamos a probar una vez más. Estoy determinando la longitud de la pierna del paciente, el comportamiento de la cadera en cuanto a ese alcance de movimiento. Estoy viendo cómo se comporta la cadera. Estoy listo. No sáquelo. Perfecto. Dóblelo, flexiónelo. Aquí está. Ya que hemos hecho la parte de la cápsula, estamos listos para terminar la operación, finalizar con la parte femoral. El spiky que tiene las puntitas. Les estoy mostrando el raspador. El instrumento que yo uso para preparar el lado femoral, el lado del fémur. Voy a tomar un tamaño mayor porque este es un paciente alto y sano. Podemos poner algo mayor al que tenemos aquí. Este es un tamaño 10. Vamos a subir. Era un 13 y vamos a subir a un 14.

-Dr. Lavernia, otra pregunta. Nos preguntan sobre la rehabilitación. ¿Qué tipo de rehabilitación se les suministra a los pacientes aquí en el Mercy después de la operación?

-¿Puede repetir la pregunta?

-Dr. Lavernia, se nos hizo una pregunta acerca de la fisioterapia que se ofrece aquí en el Hospital Mercy después de la operación.

-Tenemos un equipo con los mejores fisioterapeutas aquí en el Mercy. Yo he trabajado con muchos anteriormente. Tenemos expertos. En las primeras seis semanas la terapia no es tan importante como lo es en la rodilla, pero sí sigue siendo importante. Tenemos un programa para la casa y tenemos un programa interno donde el paciente puede venir a recibir la terapia en el Mercy. La terapia comienza el mismo día de la operación. Debido a la hora en la que estamos realizando la cirugía no la vamos a comenzar hoy, pero en la mayoría de los pacientes sí la comenzamos en el mismo día. Dr. Antón, este es el implante. Por favor si pudieran traer la cámara. Es de titanio con una superficie rugosa. Esto entra dentro del fémur. Tiene este corte aquí que permite mayor flexibilidad. El cuello ha sido diseñado también especialmente para permitir una mayor movilidad que la que uno realmente necesita. El problema aquí no es tan grave como lo es en la rodilla en cuanto a la movilidad. Estoy colocando el implante. Una cabeza menos 3, por favor. Y ahora nuevamente voy a probar un cuello distinto para ver si me gusta más el alcance de movimiento que logro. Voy a volverlo a probar con este cabezal experimental que están hechos de un polímero en particular que se utiliza en cirugías en el mundo entero. Ese es. Perfecto. Entonces denme ese. Estamos listos para colocar el componente definitivo en esta operación que es la cabeza femoral o la porción superior del reemplazo de cadera. Hemos decidido en el tamaño real y tengo que eliminar esta cabeza plástica para poner la verdadera, la real. Me van a ayudar ahora a limpiar. Esta es una unión mecánica que encaja por fricción y esta es una cabeza real de cobalto y cromo. Es la única que utilizamos aquí. Lo voy a golpear para ponerlo totalmente en su lugar y trabarlo. La operación ya está terminada. Limpiamos el área antes de reducir la cadera. Vamos a volverlo a poner. Perfecto. La operación ya está concluida. Mientras cerramos les vamos a mostrar las distintas diapositivas y después regresamos otra vez por aquí. La pituitaria. Entonces aquí tenemos el tipo de medicamento que nosotros administramos en la herida antes de cerrarla. Porque estamos atacando el dolor desde el punto de vista local y desde el punto de vista sistémico también. Ese es el tipo de abordaje que nosotros utilizamos.

-Dr. Lavernia, quería recordarles a las personas que estamos en vivo, en el quirófano, en el Hospital Mercy, en Miami con el Dr. Lavernia que está realizando este abordaje anterolateral de artroplastia total de cadera. El Dr. Allenby, que no solamente es un cirujano plástico certificado por la junta, sino también un ex paciente del Dr. Lavernia aquí en el Hospital Mercy que ha pasado por este tipo de procedimiento y nos ha estado contando de su experiencia tanto antes de la cirugía, antes de la decisión que uno tiene que tomar cuando tiene debilidad o dolor, y el proceso de escoger su cirujano. Vamos a regresar un momento al quirófano.

-Y esta es una jeringa con un cóctel de medicamentos que describí en la diapositiva anterior. Ya terminé la operación. Aunque el paciente está anestesiado, estoy inyectando más anestesia en los tejidos en los que he trabajado. Es una inyección periarticular que es uno de los recientes avances en el reemplazo de cadera. Esta inyección va a evitar que el paciente necesite narcóticos en las primeras 24 horas como les puede decir el Dr. Allenby. Él tuvo esta experiencia. Esto es para atacar localmente el dolor en el sitio donde ocurre, en oposición a atacarlo como se hacía antes que era tratar el dolor una vez que sucede y en el momento en que se siente. Estoy reparando y si quieren tener otra conversación allí al lado, pueden hacerlo.

-Un poco del seguimiento acerca del dolor que usted mencionó, Dr. Lavernia, ha progresado significativamente en los últimos años en el reemplazo de cadera. Quisiera saber si ha habido investigación que demuestra este aumento en la eficacia en el tipo de eficacia que nos ha mencionado el Dr. Allenby en cuanto al manejo tradicional.

-Sí, hay recientes estudios en los que se han visto los resultados de esta analgesia preventiva por uno, dos o tres días. Los resultados se pueden reproducir en el mundo entero. El consumo de narcóticos fuertes

después de la anestesia es de una tercera parte de lo que era cuando se utiliza esta gestión multimodal. Sabemos que reduce eso, que reduce también el tiempo de trabajo. He tenido cirujanos que regresan a la suite quirúrgica en tres o cuatro semanas. En la mayoría de los casos la ausencia de dolor y esa fisioterapia relativamente agresiva con el paciente hace que vuelvan a la vida normal muchísimo más rápido y eso ha sido documentado en muchos ensayos clínicos. En la mayoría de los pacientes no lo usan.

-¿Y desde el punto de vista de una anécdota, Dr. Antón?

-Cuando empecé mi práctica hace unos 15 años, mis primeros tres días después de la cirugía eran brutales. Yo hacía las rondas. Los pacientes estaban gritando o vomitando debido a los narcóticos y se sentían muy incómodos. No me gustaba hacer las rondas. Ahora, es un placer. El paciente está despierto, está feliz, con muy poco dolor relativamente con este enfoque de gestión del dolor después de la operación.

-Quisiera agregar, para secundar lo que dijo el Dr. Lavernia, que en la literatura quirúrgica y de cirugía plástica se indica que es tres veces más efectivo cuando se administra antes de empezar el dolor. Y el Dr. Lavernia ha llevado esto un grado más allá. Ha empezado hasta preoperatoriamente. Y yo, como los otros pacientes, se van a despertar básicamente sin dolor. Y cuando han visto el procedimiento como yo lo vi hace dos meses y medio y cuando me desperté sin ninguna molestia y tomé un par de Tylenols nada más es sorprendente lo que hemos logrado entonces en este particular.

-Dr. Lavernia, ¿hay algo que usted recomienda al paciente en previsión a la operación para ayudarlos a prepararse para la rehabilitación postoperatoria?

-Esa es una excelente pregunta. Anteriormente pensábamos que hacer fisioterapia antes de la cirugía iba a acelerar la recuperación. Los estudios han demostrado que no ayuda en absoluto. Mi único consejo sería que los pacientes busquen un buen doctor que tenga experiencia y en el que ellos confíen y que confíen en el juicio del dolor. También tienen que evitar los narcóticos antes de la cirugía. Eso es algo muy común. Los pacientes se frustran y empiezan a ingerir narcóticos. El narcótico antes de una operación no es bueno. Fundamentalmente, lo que hace es aumentar el umbral de problema de esas píldoras que tenemos que utilizar para mantener cómo al paciente y hay una hiperalgesia donde los pacientes tienen más dolor, una hiperalgesia. Y no les va también como a los que no han ingerido narcóticos. Mi recomendación básica, si usted fuma, es que deje de fumar un mes antes de la cirugía. No recomendamos dietas estrictas antes de la cirugía. Esto es como un evento olímpico importante. Uno debe estar, desde el punto de vista nutricional, en perfecta forma. Yo les digo que tienen que comer bien, alimentarse bien: las calorías adecuadas, balance de proteínas y carbohidratos. Eso es muy importante para la recuperación. Como ven, el Dr. Allenby está en excelente forma. Él es un atleta y se ha mantenido así. La mayoría de mis pacientes no son tan delgados como el Dr. Allenby y una de las razones por la que yo hago esta cirugía es para los pacientes obesos que han destruido su articulación. Esta es la principal razón por la que necesitan este reemplazo: la obesidad. La prevalencia de la obesidad es su impacto en provocar la artritis y contribuir a ella.

-Sospecho que un número de pacientes tiene problemas médicos complejos como diabetes, hipertensión y otras enfermedades. ¿Cómo manejan los elementos médicos para la preparación o la estadía en el hospital?

-Muy buena pregunta. Tenemos especialistas médicos en cardiología aquí en el Mercy que son nuestro equipo de apoyo. También trabajamos con el propio doctor del paciente para optimizar su condición antes. Por ejemplo, en un diabético, controlamos la diabetes antes de entrar a cirugía; en los hipertensos, maximizamos los medicamentos antes de que tengan la cirugía; si tienen condición cardíaca, optimizamos la condición cardíaca antes de la cirugía.

-¿Se puede hacer en pacientes complejos?

-Sí, se puede hacer de manera segura siempre y cuando la preparación sea buena. Perioperatoriamente tenemos que tener profesionales. Un equipo bien formado que esté allí para ustedes cuando sucedan las cosas que pueden suceder.

-Una pregunta es sobre si los pacientes tienen algún problema con la precaución para el paciente.

-Las precauciones... bueno, yo soy más conservador. Yo le digo al paciente que no se flexione, no cruce las piernas, no tenga movimientos erráticos seis semanas después de la operación. Es un período relativamente corto. Después de eso les permitimos hacer lo que quieran, yoga, Pilates. Y no hacer movimientos extremos como poner el tobillo por detrás de la cabeza, en la nuca. Eso no.

-Pacientes muy activos que han estado luchando con la artritis y otras causas del dolor y contemplan la cirugía preguntan cuánto tiempo me va a tomar poder manejar de nuevo o ir a trabajar u otras actividades diarias. ¿Qué experiencia tiene usted con el ir manejar de nuevo?

-Según los libros no deben manejar durante 6 semanas. La mayoría de mis pacientes están manejando a las dos semanas. Hay problemas con los reflejos. Independientemente de lo que hagamos aquí, la capacidad del cuerpo de saber dónde está la pierna es también algo que no regresa de inmediato. La investigación que se ha hecho dice que unas seis semanas completas para que esos reflejos regresen a su punto normal.

-Mi experiencia es mucho mejor que esa.

-No lo quiero oír, no me diga cuándo empezó a manejar.

-Como 2 semanas después de la operación regresé manejando.

-Tiene que confesarlo ahora, me gusta.

-Bueno, no tuve ningún tipo de dificultad ni en manejar, ni en navegar, ni en todos los pasos relacionados con una visita común. Tengo que reiterar que además el factor número uno es la experiencia del médico y la otra

es el abordaje del equipo. Yo tuve muchas personas que me alentaron a hacer cierto tipos de actividades y eso es lo que me llevó a poder manejar en 2 semanas y que me hizo subir escaleras tan pronto. Y es lo que me ha llevado a manejar de nuevo o a caminar en una banda sinfín o montarme en una bicicleta sin ningún tipo de problema. Lo atribuyo primero a su pericia y segundo al equipo tan maravilloso tanto antes como después.

-Muchas gracias por sus amables palabras. Usted es un paciente maravilloso. Yo les estaba diciendo a algunas personas que tengo algunos pacientes que son médicos, y es un privilegio ser médico de un médico, pero tengo que decirle que los médicos son los peores pacientes. Y hablo por mí mismo. El Dr. Allenby, sin embargo, ha sido el mejor paciente. Ha cumplido con todas sus directivas, excepto con la manejada que no lo sabía hasta hoy. Independientemente de su gran experiencia no les recomendamos que manejen a las dos semanas después, hasta que no hayan regresado sus reflejos. Pero increíble su recuperación Dr. Allenby.

-El televidente ha preguntado si después de la cirugía algunas precauciones de seguridad que el paciente debe tomar en un futuro. Usted ha descrito limitar la actividad en deportes que tengan impacto. ¿Alguna otra precaución de seguridad? ¿No pueden dañar a niños o animales pequeños?

-En general, usted lo describe muy bien. O sea, la carga por impacto es muy mala. Todo lo demás está bien. Lo único que recomiendo a todo el mundo que está mirando esta transmisión por la web y que no tiene un dolor en la cadera o en las rodillas, se haga una radiografía una vez al año. Y una [inaudible]. Es como el carro. Si no cambian el aceite a cada rato, van a tener que llamar a la grúa para llevarse el coche. Y recomiendo que todo el mundo reciba un cheque anual o bianual de sus articulaciones. En términos de sus actividades, la cuestión es nadar y el ciclismo porque no está poniendo fricción sobre esa superficie. Pero caminar es algo que aliento mucho.

-Dr. Lavernia, ha habido muchos pacientes que han tenido enfermedad bilateral de la cadera y han requerido cirugía en ambos lados. ¿Con qué frecuencia ve usted eso en su población de pacientes?

-No muy frecuentemente. La mayoría de los pacientes tienen enfermedad monoarticular. Quizás hago 400 cirugías al año y solo 10 son ambas a la misma vez, cadera y rodilla. Es muy poco frecuente. Cuando eso sucede y es el paciente correcto, puede realizar ambas cirugías. Yo viraría después de cerrar esta herida y empezaría el procedimiento en la otra cadera. Para hacer eso, tenemos que tener un paciente saludable. La función cardíaca tiene que ser relativamente óptima. Debe tener una buena función pulmonar y querer hacerlo. Es muy difícil para el paciente hacer ambas caderas a la vez. Si podemos ver aquí, quiero presentar a mi equipo. No podría haber hecho esta operación sin Carlos Perifa [inaudible], Camilo Menéndez, Iris Luna, Martha Lindham, y el equipo de la mesa [inaudible] Oliver Lee y el Dr. Suárez que puso el bloqueo en este paciente antes de comenzar. Y ya que tenemos algunos minutos, quiero mostrar el bloqueo del paciente y ese video sobre cómo colocar el bloque en el paciente. Y es el Dr. Suárez actuando. Lo que está haciendo aquí, antes de que yo entre al quirófano, es colocar una aguja donde están los nervios que inervan la calera. Él está buscando ese punto específico. Tiene un monitor pequeño unido a este que estimula el nervio. En unos segundos, cuando el paciente a moverse o vibrar, él sabe que está justamente donde están los nervios y puede colocar el medicamento y se coloca una pequeña bomba. Esa bomba bombea a esas terminaciones [inaudibles] o cerca de las terminaciones nerviosas y mantienen al paciente muy cómodo. Pueden ver al Dr. Suárez trabajando en este paciente antes de la cirugía, antes de que yo entrara al quirófano. Ese pequeño monitor le está permitiendo a él saber cuán cerca se encuentra de esas terminaciones nerviosas. Este es un equipo de anestesiólogos especializados. Yo traje a mi esposa aquí para que tuviera a mis hijos. Mis dos hijos nacieron aquí en el Hospital Mercy y estas fueron las personas que hicieron el bloqueo. Son especialistas con la aguja y no puedo agradecerles lo suficiente. Quiero, públicamente, reconocer su ardua labor. Ellos han hecho conmigo cerca de dos mil casos y trabajamos muy bien juntos. Trabajan conmigo y cada vez que vengo hay tres de ellos. Hoy tenemos al Dr. Suárez con nosotros.

-¿Tenemos alguna otra pregunta? Nos quedan unos 10 minutos.

-Creo que hice la operación muy rápido. Es muy bueno para el paciente. Mientras más tiempo está uno dentro del quirófano, peor salen las cosas. Por otra parte, si mantuvimos buen paso porque tuve que verificar cada uno de los pasos dos o tres veces. Uno no quiere hacer esta cirugía rápido. Hay que mantener un paso apropiado.

Quiero que el Dr. Allenby, que es cirujano plástico y ha sido su paciente aquí en el hospital nos diga si basado en su experiencia, tendría algunas palabras de sabiduría para las personas que están considerando si deben o no someterse a la cirugía para sus problemas.

-Creo que lo principal, como el Dr. Lavernia ha señalado, es cuando su calidad de vida cambia lo suficiente, como me sucedió a mí, como para que sus actividades normales diarias se tornen muy difíciles, muy dolorosas, incómodas. Me quedaba detrás cuando estaba caminando con mi compañera. No podía mantener el paso de mi hija cuando caminaba con ella. Entonces me di cuenta que ya era el momento de cambiar algo. Es interesante, aun viendo de este aspecto, el aspecto técnico de esta cirugía que él la pudo hacer hace dos meses y medio. Ahora mi vida sí ha cambiado. Y aliento a todo el mundo que está pensando en explorar. Pueden hacer lo que yo he hecho y obtener más de una opinión. Yo recibí más de una opinión, pero honestamente no hubo duda alguna en mi mente a dónde yo iba a recibir esta cirugía. No solo el Dr. Lavernia y su conocimiento experto, pero quiero reiterar el abordaje de equipo aquí en el Instituto Ortopédico del Hospital Mercy. A mí no me están pagando para hacer este comentario. No he visto algo como esto: la

evaluación prequirúrgica. O sea, la inmersión total del paciente en el procedimiento que va a recibir, el aspecto quirúrgico. Todo el mundo vino y habló conmigo. Hablaron conmigo antes y después de la cirugía: el enfermero, la enfermera, los terapeutas físicos, los especialistas en dieta. La experiencia fue tan asombrosa que nada de lo que temí sucedió. Y lo único que sucedió fue que mi vida ha cambiado para mejor. Y estaré eternamente agradecido a mi ortopédico, al Dr. Carlos Lavernia del Hospital Mercy y al tremendo equipo que ha establecido.

-Muchas gracias por compartir su experiencia con nosotros Dr. Allenby. Su recuperación y su experiencia es una bendición tanto para usted como para el equipo que participó en su operación. Dr. Lavernia [inaudible] para describirles a los pacientes esta experiencia que el Dr. Allenby ha compartido con nosotros, puede decirnos, ¿cuál es esa experiencia en la evaluación preoperatoria? ¿Cómo sería para un paciente ir a consulta para una evaluación?

-Traemos al paciente. Una vez que hemos determinado que han agotado todo el cuidado conservativo, o sea ejercicios, terapia física, medicamentos. A veces ya vienen con estos cuidados conservadores porque tienen buenos reumatólogos, buenos internistas que los cuidan. Cuando ya el paciente ha pasado por todo y ya están listos para la cirugía, hacemos una consulta con el paciente, los evaluamos y tomamos las radiografías necesarias y programo la cirugía. Dos semanas antes de la intervención quirúrgica, los pacientes vienen para una evaluación preintervención quirúrgica, igual que el Dr. Allenby. Y no podemos hacerlo sin el equipo de personas que tenemos a nuestra disposición. Tenemos un equipo y son unas cuatro horas en mi oficina, pero vale la pena. Conocen al anestesiólogo, al enfermero, al terapeuta físico, al farmacéutico, a los nutricionistas, a los trabajadores sociales. Es un enfoque multidisciplinario para que los pacientes estén debidamente informados y listos para la cirugía. Se pasan la mañana con nosotros y preparamos al paciente y determinamos todos los problemas que pudieran surgir así estamos preparados para ellos. Cuando los pacientes vienen, el equipo de enfermeras que tenemos en el piso de ortopedia es espectacular.

Algunos de ustedes han estado estos últimos 7 años conmigo. Son seres humanos que son muy humanos. Y ese equipo en el Instituto Ortopédico del Hospital Mercy ayuda en la preparación del paciente, tanto desde la perspectiva clínica como para preparar a la familia o su hogar para la experiencia que van a tener. Una vez que regresan a sus hogares, creemos que la familia es una parte integral de la recuperación y rehabilitación de todo esto antes y después de la estadía en el Hospital Mercy. Se hacen parte del equipo y trabajan con nuestros terapeutas y fundamentalmente son los que ayudan al paciente [inaudible]. El Dr. Lavernia acaba de salir del quirófano un poco sudado porque hay muchas luces. Quiero agradecerle a todo el mundo por tomarse el tiempo de compartir esta tarde con nosotros y estamos aquí para servirles y responder cualquier pregunta que tuvieran. Y queremos agradecerles por estar con nosotros en vivo aquí en el Hospital Mercy. En el quirófano con el Dr. Carlos Lavernia, hemos acabado de completar una artroplastia total de cadera y la cirugía y la experiencia de los pacientes y la gestión multimodal del dolor que es un elemento muy significativo para el paciente. Nuestro invitado el Dr. Jay Allenby ha estado aquí con nosotros para compartir su experiencia personal con respecto a la cirugía y su experiencia con artritis de la cadera; sus limitaciones; qué tuvo que ver con el proceso de toma de decisiones; y toda su experiencia postquirúrgica. Los alentamos a que utilicen este video que va a estar en la Internet como una guía para usted o un miembro de la familia que quizás tenga dificultad y anticipa lo que pudiera ser la cirugía. Queríamos que ustedes vieran la cirugía y aprendieran un poco sobre la experiencia propia de los pacientes como nos ha descrito el doctor Allenby.

¿Algún comentario de cierre?

-Quiero agradecer al Dr. Allenby por tomar tiempo de su horario muy ocupado para dedicar una entrada entera a estar con nosotros. Muchas gracias.

-Es un pequeño precio por pagar por todo lo que ustedes han hecho por mí. Muchas gracias.

-Muchas gracias Dr. Allenby. También quiero agradecer a todos los que nos ayudaron a producir esta transmisión. Estamos en vivo desde el quirófano del Hospital Mercy [inaudible] de la división de la costa este de HCA y vamos a poner esta transmisión por Internet y lo podrán ver pasado mañana. Si tiene alguna consulta al respecto puede mandarnos un correo electrónico al Hospital Mercy. Cualquier pregunta relacionada con la cirugía ortopédica, el programa de gestión del dolor, el Dr. Lavernia, el Instituto Ortopédico, el programa de rehabilitación pueden dirigirla al Dr. Lavernia y a su equipo para que ellos puedan contestarla y [inaudible]. Muchas gracias por estar con nosotros y esperamos verlos pronto en la próxima transmisión por la Internet del Hospital Mercy. Muchas gracias.