



A artroplastia total do quadril (ATQ) é a substituição do osso e cartilagem desta articulação por componentes protéticos. A causa mais comum de ATQ é osteoartrose do quadril, que representa a degeneração desta articulação. Ela pode decorrer de alterações metabólicas (infecção articular, osteonecrose e artrite reumatoide) ou mecânica (impacto femoroacetabular, deformidades decorrentes de doenças da infância, fraturas e idiopáticas).

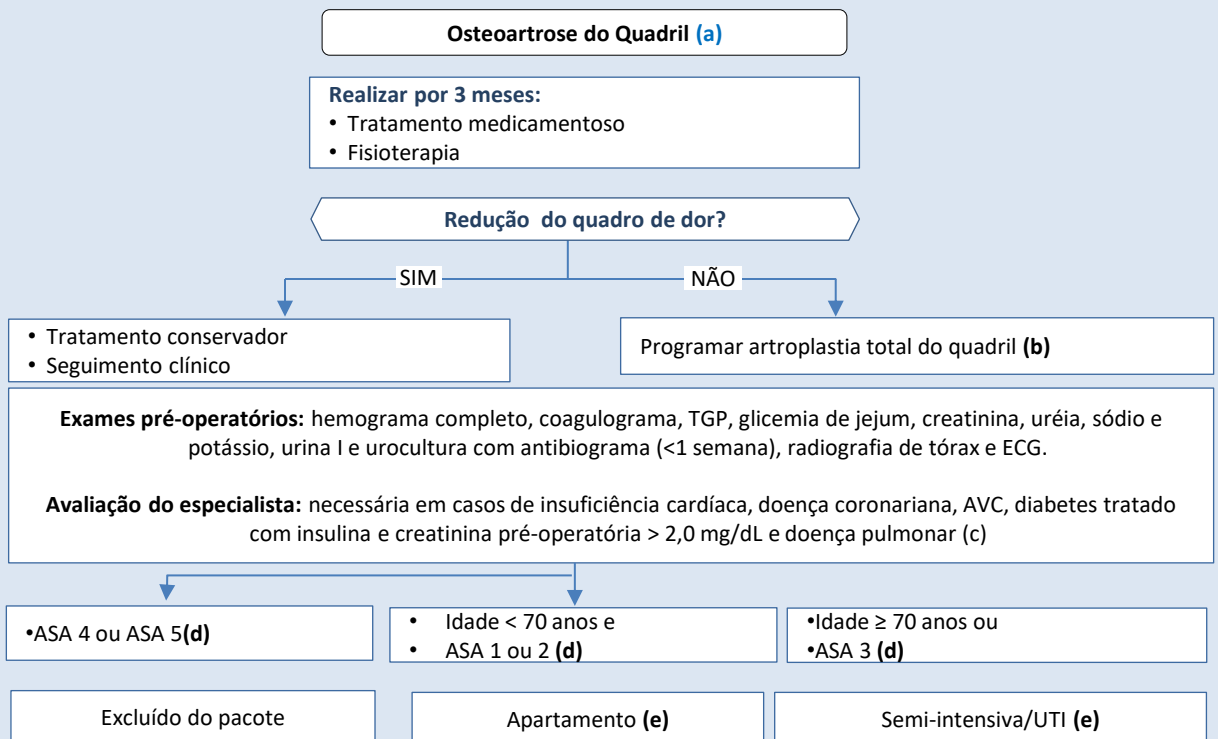
I - ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA OSTEOARTROSE DO QUADRIL (a)

História clínica: Dor articular, em geral insidiosa, que aumenta com o tempo, relacionada com a mobilização articular, muitas vezes refratária ao tratamento conservador e que causa limitação para as atividades básicas diárias.

Exame físico: É inespecífico. Evidencia dor, diminuição da amplitude articular do quadril e claudicação

Confirmação diagnóstica: Radiografia simples é o exame de escolha para o diagnóstico de imagem. Os achados que sugerem osteoartrose são diminuição espaço articular, esclerose óssea, cistos subcondrais e osteofitose.



Cirurgia (f)

- Banho com clorexedina
- Anestesia por bloqueio espinal
- Antibioticoprofilaxia com cefuroxima
- Omeprazol 40 mg EV + ondansetrona 8 mg EV
- Cetoprofeno 100 mg EV
- Manta térmica
- Radiografia após a cirurgia

Pós-operatório (g)

- Prescrição padrão
- Critérios e momento da alta
- Orientações de alta
- Retornos

2. ESCORE DE RISCO

Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA):

ASA 1: Hígido(a).

ASA 2: Condição clínica sistêmica leve (ex. fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade, etc).

ASA 3: Doença sistêmica moderada/grave com limitação funcional (ex. DM, HAS mal controladas, DPOC, IAM prévio, etc).

ASA 4: Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [<3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral).

ASA 5: Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa).

ASA 4 ou 5 são critérios de exclusão para comercialização do pacote

2.1 - EXAMES PRÉ OPERATÓRIOS, ADMISSIONAIS E AVALIAÇÃO DO ESPECIALISTA QUANDO NECESSÁRIO

Exames: Hemograma completo, coagulograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, creatinina, uréia, sódio e potássio, Proteína C reativa, VHS, pesquisa de Staphylococcus aureus em Swab nasal, radiografia de tórax e ECG. Radiografia de bacia frente, centrada na sínfise púbica (digital)

Avaliação do especialista: Liberação do cardiologista é necessária em casos de insuficiência cardíaca, doença coronariana, AVC, diabetes tratado com insulina e creatinina pré-operatória > 2,0 mg/dL.

Em caso de doença pulmonar, necessário liberação do pneumologista.

Avaliação da saúde bucal (abscessos e doenças dentais) quando houver queixa do paciente

OBS.: não liberação implica em cancelamento do pacote.

3. INDICAÇÃO DE CIRURGIA

Persistência da dor e limitação funcional após tratamento medicamentoso e fisioterápico por pelo menos 3 meses.

CID 10	Definição
M16	Coxartrose (artrose do quadril)
M16.0	Coxartrose primária bilateral
M16.1	Outras coxartroses primárias
M16.2	Coxartrose bilateral resultante de displasia
M16.3	Outras coxartroses displásicas
M16.4	Coxartrose bilateral pós traumática
M16.5	Outras coxartroses pós traumáticas
M16.6	Outras coxartroses secundárias bilaterais
M16.7	Outras coxartroses secundárias
M16.9	Coxartrose não especificada
M.87 – M.87.9	Osteonecrose

4. ALOCAÇÃO

- Idade <70 anos e ASA 1 e 2: pós-operatório em apartamento, duração da internação de 4 dias;
- Idade ≥70 anos ou ASA 3: pós-operatório em UTI ou semi-intensiva, duração da internação de 5 dias.

5. TRATAMENTO

Antes da cirurgia: Banho com clorexedina.

Tempo estimado de cirurgia : 1 a 2 horas

Anestesia

Bloqueio espinal;

Cefuroxima 1.500 mg EV administrada <1 hora antes da incisão cirúrgica e ao término do procedimento;

Omeprazol 40 mg EV + ondansetrona 8 mg EV;

Cetoprofeno 100 mg EV;

Manta térmica.

Radiografia após a cirurgia

Prescrição do PO

	PO imediato	1º PO	2º ao 5º PO
Dieta	Leve ou Laxativa iniciada 3 horas após o término da cirurgia.	Geral Laxativa ou específica para a condição clínica do paciente.	Geral Laxativa ou específica para a condição clínica do paciente.
Analgesia	<ul style="list-style-type: none"> Dipirona 1 g EV 6/6 h ou paracetamol 750 mg VO 8/8h; Cetoprofeno 100mg EV 12/12h (dependente da idade e comorbidades) Tramadol 100 mg EV 8/8h; Morfina 2 mg EV até 4/4h ACM ou SN 	<ul style="list-style-type: none"> Dipirona 1 g EV 6/6 h ou paracetamol 750 mg VO 8/8h; Cetoprofeno 100mg EV 12/12h (dependente da idade e comorbidades) Tramadol 100 mg EV 8/8h; Morfina 2 mg EV até 4/4h ACM ou SN 	<ul style="list-style-type: none"> Dipirona 1 g EV 6/6 h ou paracetamol 750 mg VO 8/8h; Cetoprofeno 100mg EV 12/12h (dependente da idade e comorbidades) Tramadol 100 mg EV 6/8h; Morfina 2 mg EV até 4/4h ACM ou SN.
Outras medicações	<ul style="list-style-type: none"> Esomeprazol 40 mg EV 1x/dia; Ondansetron 4 ou 8 mg EV 8/8h ou Dramin B6 DL 1 amp EV até 6/6h,S/N. Antibiótico 24h 	<ul style="list-style-type: none"> Esomeprazol 40 mg EV 1x/dia; Ondansetron 4 ou 8 mg EV 8/8h ou Dramin B6 DL 1 amp EV até 6/6h,S/N. Antibiótico 24h 	<ul style="list-style-type: none"> Esomeprazol 40 mg VO 1x/dia; Ondansetron 4 ou 8 mg EV 8/8h ou Dramin B6 DL 1 amp EV até 6/6h, S/N.
Profilaxia de TEV	<ul style="list-style-type: none"> Enoxaparina 40 mg SC 1x/dia iniciada 12 ou 24h após a anestesia espinal (se clearance de creatinina ≤ 30 mL/min, 20 mg SC 1x/dia; Se IMC ≥ 35, considerar ajuste da dose para 60 mg 1x/dia). Meias elásticas Compressores pneumáticos 	<ul style="list-style-type: none"> Enoxaparina 40 mg SC 1x/dia iniciada 12 ou 24h após a anestesia espinal (se clearance de creatinina ≤ 30 mL/min, 20 mg SC 1x/dia; Se IMC ≥ 35, considerar ajuste da dose para 60 mg 1x/dia). Meias elásticas Compressores pneumáticos 	<ul style="list-style-type: none"> Enoxaparina 40 mg SC 1x/dia (se clearance de creatinina ≤ 30 mL/min, 20 mg SC 1x/dia; Se IMC ≥ 35, considerar ajuste da dose para 60 mg 1x/dia). Meias elásticas Compressores pneumáticos
Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> Sempre entrar em contato com o cirurgião para checar se pode seguir com o protocolo institucional Mobilização após o início da dieta; Sedestação, sentar na poltrona Crioterapia 20 min 4x/dia ou 30 min de 2/2h (exceto na madrugada) 	<ul style="list-style-type: none"> Propriocepção Deambular com andador (marcha com carga parcial no membro operado, porém deixar outras opções em aberto como carga zero S/N) Crioterapia 20 min 4x/dia ou 30 min de 2/2h (exceto na madrugada) 	<ul style="list-style-type: none"> Deambular com andador; Crioterapia 20 min 4x/dia ou 30 min de 2/2h (exceto na madrugada)

6. ALTA HOSPITALAR

Critérios e momento da alta

- A alta ocorrerá no 4º - 5º PO (ver item 5) ou, precocemente, quando os objetivos forem alcançados: fisioterapia, treino de marcha com andador e treino de AVDs e quadro álgico estiver controlado. Radiografia de controle quando necessário.

Orientações de alta

- Procure o cirurgião caso ocorra: vermelhidão, inchaço ou drenagem na incisão; febre ou calafrios; falta de ar; dor ou inchaço na panturrilha; aumento da dor em relação ao dia da alta; constipação prolongada ou diarreia (maior que 3 dias); incapacidade de urinar (retenção de urina).

Retornos programados

- Trocas de curativo em PSF a cada 48h ou antes se saturado;
- No 15º PO para retirada dos pontos simples ou 21º para retirada de ponto intradérmico (depende da sutura realizada);
- Com 1, 3 e 6 meses (com radiografia).

II. INDICADORES DE QUALIDADE

Desenvolvimento de luxação pós-operatória (< 30 dias);
Infecção pós-operatória (< 30 dias);
Marcha e AVDs.

Reinternação ou retorno ao PS relacionadas ao procedimento (< 30 dias);
WOMAC/ SF 36/ Euro QoL / Hoos;

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 4: Revisão periódica

Versão 5: Unificação HOEB

IV. Referências Bibliográficas

[1] Insall 6º ed.

[2] Toivanen A.T., Heliövaara M., Impivaara O., et al: Obesity, physically demanding work and traumatic knee injury are major risk factors for knee osteoarthritis—a population-based study with a follow-up of 22 years. *Rheumatology (Oxford)* 2010; 49: pp. 308-314.

[3] Paley D, Herzenberg JE, Tetsworth K, et al: Deformity planning for frontal and sagittal plane corrective osteotomies. *Orthop Clin North Am* 1994; 25: pp. 425-465.

[4] Surgical Management of osteoarthritis of the knee. Evidence-based clainical practice guideline. American Academy of Orthopaedic Surgeons – AAOS.

[5] Cram P, Lu X, Kates SL, et al. Total knee arthroplasty volume, utilization, and outcomes among Medicare beneficiaries, 1991-2010. *JAMA* 2012; 308:1227.

[6] Ahlbäck S. Osteoarthrosis of the knee. A radiographic investigation. *Acta Radiol Diagn (Stockh)*. 1968:Suppl 277:7-72;[7] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA)

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW007.5	Mario Lenza Walter Ricioli Junior Leandro Ejnisman Rodrigo Pereira Guimarães Maria Roxana Viamont Guerra	Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Andrea Maria Novaes Machado	23/06/2022 Data de Revisão: 31/03/2026	31/03/2026