

## FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE PROTESIS DE CADERA

ARTROSIS

FRACTURA

RECAMBIO

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años      Sexo:  Femenino    Masculino      IMAE \_\_\_\_\_

IMAE donde se realiza el procedimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de autorización del F N R: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      **Fecha de realización:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cadera:       Derecha       Izquierda

Cirujano :      Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

Ayudante:      Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

### **ESTADO AL ALTA:**

VIVO      Fecha de alta del IMAE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pasa a:       Institución de origen       Domicilio habitual       Residencial adulto mayor  
 Domicilio familiar u otro       Centro de rehabilitación

FALLECIDO      Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar:       Block       UCI       Otro

Causa de fallecimiento:       Cardíaca       Pulmonar  
 Neurológica       Sangrado  
 Renal       Otra. Cual: \_\_\_\_\_  
 Vascular  
 Sepsis

### **DATOS DEL PACIENTE** (Datos al momento de la cirugía)

Peso (Kg.): \_\_\_\_\_ Talla (cm): \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Score de estado físico de la ASA:       I       II       III       IV

Tabaquismo actual:       SI       NO

**DATOS DE LA CIRUGÍA**

Sala de aire laminar:  SI  NO

Vía de abordaje:  anterolateral  posterior  Otra

Anestesia:  general  regional  local potenciada

Dosis ATB preoperatoria:  NO  SI

Cual: \_\_\_\_\_ Dosis (mg): \_\_\_\_\_

Tiempo entre dosis ATB preoperatoria e incisión de piel: \_\_\_\_\_ min.

Dosis ATB de repique intraoperatorio:  SI  NO

Duración de la cirugía: \_\_\_\_\_ m.

Clasificación de la cirugía según potencial de contaminación:

Limpia  Potencialmente contaminada

Contaminada

Transfusiones:  SI  NO Sangrado: \_\_\_\_\_ cm3

Acido Tranexámico:  SI  NO  Contraindicado

Vía:  Tópica  Sistémica

Cantidad de dosis \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO REALIZADO**

Hemiartroplastia unipolar cementada  Recambio de cotilo

Hemiartroplastia bipolar cementada  Recambio de tallo

Artroplastia total  Recambio total

Recambio parcial por total

Tipo de cemento:  Con antibiótico  Sin antibiótico N° de dosis \_\_\_\_\_

**RECONSTRUCCIÓN:**  NO  SI

Injerto:  Acetábulo  Femur  Ambos

Tipo de injerto:  Compactado  Estructurado  Autoinjerto

Cabezas:  1 a 3  4 a 6  + de 6

Necesidad de otros elementos:  NO  SI  Mallas  Anillos  Tornillos  Otros  Placas

**POSTOPERATORIO:**

ATB post operatorio:  NO  SI Cuales: \_\_\_\_\_ Duración (días): \_\_\_\_\_

Profilaxis de ETEV:  NO  SI Duración (Días): \_\_\_\_\_ Cual:  HBPM  Dabigatran

Rivaroxaban  Mecánica

Rivaroxaban + AAS  Otra

Apixaban

**DISPOSITIVOS UTILIZADOS**

TALLOS  NO  SI Dispositivos \_\_\_\_\_

CEMENTOS  NO  SI Dispositivos \_\_\_\_\_

COTILOS  NO  SI Dispositivos \_\_\_\_\_

**COMPLICACIONES:**       NO     SI

Intraoperatorias:

a) Médicas:

- Cardiovasculares       Neurológicas
- TEP                               Otras
- Respiratorias

b) Traumatológicas:

- ruptura del fondo de cotilo
- fractura de fémur
- falsa ruta
  - corregida       no corregida
- lesión nerviosa
  - visceral       vascular     otras

Postoperatorias:

a) Médicas:

- CV                               Neurologicas
- TEP                               Infecciosas
- Respiratorias       Gastrointestinales

b) Traumatológicas:

- lesión nerviosa
- lesión vascular
- hemartrosis
- infección de sitio quirúrgico superficial
- fractura
- luxación
- sepsis
- otras

**RE- INTERVENCIONES:**       NO       SI

Causa: \_\_\_\_\_