

## FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE PROTESIS DE RODILLA

IMPLANTE PRIMARIO

REVISIÓN

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rodilla:  Derecha  Izquierda

Cirujano: N° de caja profesional \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

Ayudante: N° 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  Sangrado  
 Neurológica  Otra  
 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 Abordaje:  Anterior  Otro

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. Tiempo de torniquete: \_\_\_\_\_ m. Drenaje:  SI  NO

Alineación post operatoria:  Valgo \_\_\_\_ °  Varo \_\_\_\_ °  Neutro  
Estabilidad extensión:  Estable  Inestable ----->  Interna  Externa  
Flexo extensión: \_\_\_\_\_ °  
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**

Artroplastia total de rodilla  Recambio de componente femoral  
 Recambio de componente rotuliano  
 Recambio de componente tibial  
 Recambio total  
Tipo de prótesis:  Convencional  Estabilizada/Constreñida  Con componentes estabilizados  
 No convencional  Abisagrada  
Tipo de cemento:  Con antibiótico  Sin antibiótico N° de dosis \_\_\_\_\_

### **POSTOPERATORIO:**

ATB post operatorio:  NO  SI Cuales: \_\_\_\_\_ Duración (días): \_\_ \_\_  
Profilaxis de ETEV:  NO  SI Duración (Días): \_\_ \_\_ Cual:  HBPM  
 Rivaroxaban  
 Rivaroxaban + AAS  
 Apixaban  
 Dabigatran  
 Mecánica  
 Otra

### **DISPOSITIVOS UTILIZADOS**

COMPONENTE FEMORAL  NO  SI OTROS COMPONENTES  NO  SI  
Dispositivos \_\_\_\_\_ Dispositivos \_\_\_\_\_  
COMPONENTE TIBIAL  NO  SI CEMENTOS  NO  SI  
Dispositivos \_\_\_\_\_ Dispositivos \_\_\_\_\_  
COMPONENTE ROTULIANO  NO  SI  
Dispositivos \_\_\_\_\_

**COMPLICACIONES :**     NO     SI

Intraoperatorias:

- a) Médicas:     Cardiovasculares                       Neurológicas  
                   TEP     Respiratorias  
                   Otros Cual: \_\_\_\_\_

- b) Traumatológicas:  
                   lesión nerviosa                               lesión vascular  
                   lesión de ligamento                       Otras  
                   Fractura

Postoperatorias:

- a) Médicas:  
                   Cardiovasculares                               Sepsis  
                   TEP     Embolia grasa  
                   Respiratorias                                       Hemorragia digestiva  
                   TVP     Otras  
                   Neurologicas

- b) Traumatológicas:  
                   lesión nerviosa                               infección de sitio quirúrgico →  Superficial     Profunda  
                   lesión vascular                               luxación  
                   fractura     otras  
                   necrosis cutánea

**RE- INTERVENCIONES:**     NO                       SI                      Causa: \_\_\_\_\_