

## 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
- Hemiartroplastia bipolar cementada
- Artroplastia total
- Prótesis tumoral / No convencional

- Recambio de cotilo
- Recambio de tallo
- Recambio total
- Recambio parcial por total

- Tipo de prótesis implantada:
- Prótesis monoblock
  - Prótesis modular cementada
  - Prótesis modular cementada con cotilo doble movilidad
  - Prótesis híbrida con cabeza de metal
  - Prótesis híbrida con cabeza de cerámica
  - Prótesis híbrida con cotilo doble movilidad
  - Cotilo doble movilidad cementado
  - Prótesis de fijación distal no cementado
  - Otros. Especifique: \_\_\_\_\_

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

**RECONSTRUCCIÓN:**  NO  SI

Origen:  Autoinjerto  Aloinjerto

Lugar de injerto:  Acetábulo  Femur  Ambos  
Tipo de injerto:  Compactado  Estructurado  
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**

Dispositivo agrupado?\*  NO  SI Dispositivo \_\_\_\_\_

\* Seleccione sólo si se implantaron todos los componentes del mismo dispositivo (tallo, cotilo y cabeza)

Tallo  NO  SI Dispositivos \_\_\_\_\_

Cotilo  NO  SI Dispositivos \_\_\_\_\_

Otros dispositivos  NO  SI Dispositivos \_\_\_\_\_

Cemento  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: \_\_\_\_\_