

## FORMULARIO DE SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA POR FRACTURA

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

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

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

### MEDICO SOLICITANTE:

Nº de CP \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### MEDICO INTERNISTA:

Nº de CP \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES

Considerar sólo los hechos clínicos de más de 30 días de evolución.

**APARATO LOCOMOTOR**     No     Si

- Coxartrosis contralateral
- Artrosis en otros territorios

**INTERVENCIONES TRAUMAT. PREVIAS:**  No     Si

- Cirugía de cadera previa      fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  - derecha     izquierda
  - Hemiartroplastia     Reconstrucción
  - Artroplastia total     Osteosíntesis
  - Recambio parcial     Otra \_\_\_\_\_
  - Recambio total
  - Otros proced.terapéuticos previos    Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  - Tipo \_\_\_\_\_

**Antecedentes generales**     No     Si

**CARDIOVASCULARES**     No     Si

- Cardiopatía isquémica     Insuficiencia cardíaca
- Cardiopatía valvular     TVP
- Arritmias     Otros
- HTA

FEVI (%): \_\_\_\_\_

**RESPIRATORIOS**     No     Si

- Asma     EPOC     Otros

**NEUROLÓGICOS**     No     Si

- ACV     Síndrome Parkinsoniano
- Deterioro cognitivo     leve     moderado     severo
- Otros Espec. \_\_\_\_\_

**ENDOCRINO METABÓLICOS**     No     Si

- Diabetes     Obesidad
- Hipotiroidismo     Otros

**NEFRO UROLÓGICOS**     No     Si

- Insuficiencia renal     Diálisis     Otros

**DIGESTIVOS**     No     Si

- Hepatopatía     Otros

**HEMATOLÓGICOS**     No     Si

- Trastornos hemorrágicos     Anemia
- Estados trombofílicos     Otros

**ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS**     No     Si

- Localizada     Diseminada

**OTROS**     No     Si

- VIH     Tabaquismo actual
- Alcoholismo     Tabaquismo previo
- Otros

## SITUACIÓN CLÍNICA

**Infecciones con antibioticoterapia:**  No  Si

Cuál?  Urinaria  Respiratoria  Cutánea  Otras

## DIAGNÓSTICO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL GLOBAL PREVIO A LA FRACTURA

**Deambulación:**  Deambula  
 No deambula

**Actividades de la vida diaria:**  Dependencia total  Dependencia leve  
(Comprar comestibles, preparar comida  Dependencia severa  Independencia  
manejar dinero, aseo personal, vestirse  Dependencia moderada  
desvestirse, tomar medicación y control  
esfinteriano)

**Estado mental:**  Sin deterioro cognitivo  Deterioro cognitivo Grado:  leve  moderado  severo

Peso \_\_\_\_\_, \_\_\_ kg. Talla \_\_\_\_\_ cm.

## EVALUACIÓN ACTUAL DE CADERA

### Síntomas y signos

Cadera:  Derecha  Izquierda

Dolor:  De reposo  A la movilización pasiva

EVA (1-10): \_\_\_\_\_

## ESTUDIOS REALIZADOS

Hemoglobina (g/dl): \_\_\_\_\_, \_\_\_ Creatininemia (g/dl): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Glicemia (g/l) \_\_\_\_\_, \_\_\_ TP (%) \_\_\_\_\_

## MEDICACIÓN Y TRATAMIENTOS ACTUALES QUE RECIBE EL PACIENTE

Marcar sólo los fármacos para patología osteoarticular que vienen siendo suministrados por el médico tratante por un período mayor a un mes

- AINE  
 Analgésicos No opioides  
 Analgésicos Opioides

## DIAGNÓSTICO

### FRACTURA

- Fractura extracapsular:  Subtrocantérica  Intertrocantérica
- Fractura intracapsular:  Subcapital →  desplazada  
 Mesocervical →  desplazada  
 Basicervical →  desplazada
- Fractura de cadera Cut out de la osteosíntesis

Fecha de la fractura: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**FRACTURA:**  espontánea  
 traumática

**HUESO:**  normal  
 patológico  
Esp. \_\_\_\_\_

**DISPOSITIVOS PROPUESTOS:**

**Edad > o igual a 75 años**

- Prótesis monoblock  
 Prótesis modular cementada

**Edad < a 75 años**

- 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

**Otros dispositivos**

- Cotilo doble movilidad cementado  
 Prótesis de fijación distal no cementado  
 Otros. Especifique: \_\_\_\_\_

**REALIZACIÓN**

Cadera operada:  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  Residencia larga estadía  
 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)

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

## 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: \_\_\_\_\_ cm<sup>3</sup>

Ácido Tranexámico:  SI  NO

Vía:  Tópica  Sistémica

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

## PROCEDIMIENTO REALIZADO

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

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

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: \_\_\_\_\_