

Resultados encuesta

XIII CONGRESO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA DE CADERA

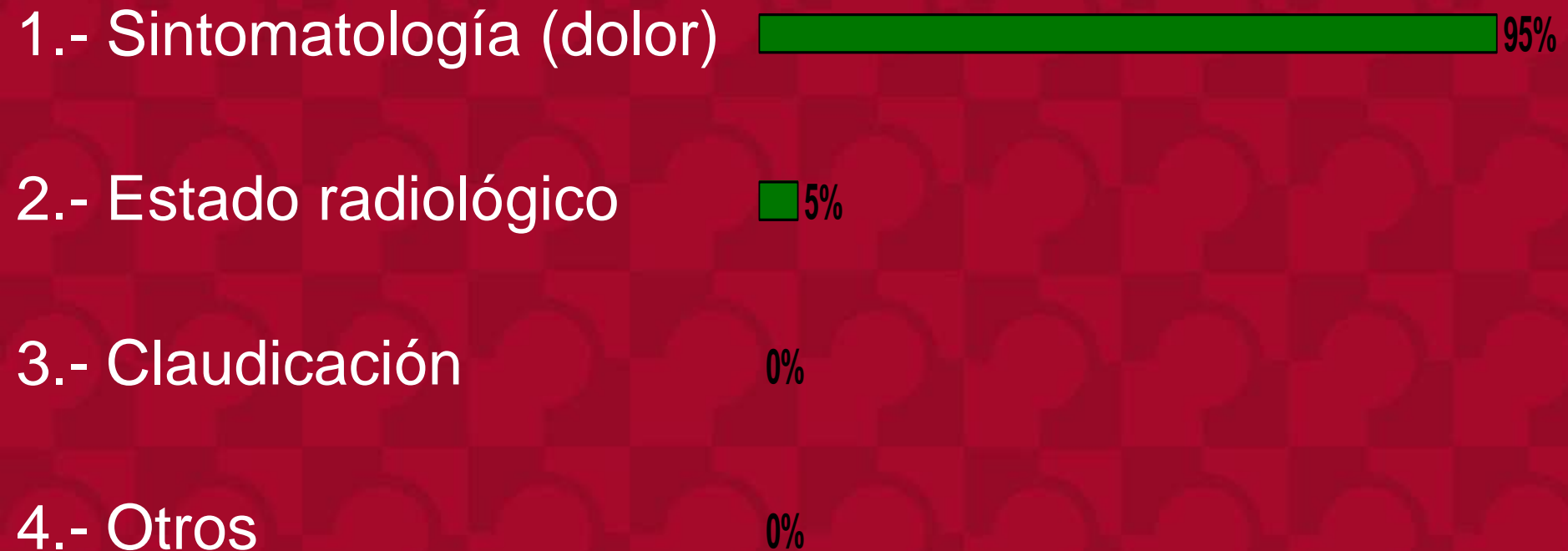
PROGRAMA CIENTÍFICO · VIERNES 17 DE JUNIO

08.00 h CURSO DE INSTRUCCIÓN 1 / FORO DE DEBATE
Variabilidad en la cirugía de cadera, toma de decisiones.
Coordinador: Dr. Rafael Llopis Miró (Madrid)

XIII CONGRESO SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA DE CADERA

16, 17 y 18 de junio de 2011 · CARTAGENA

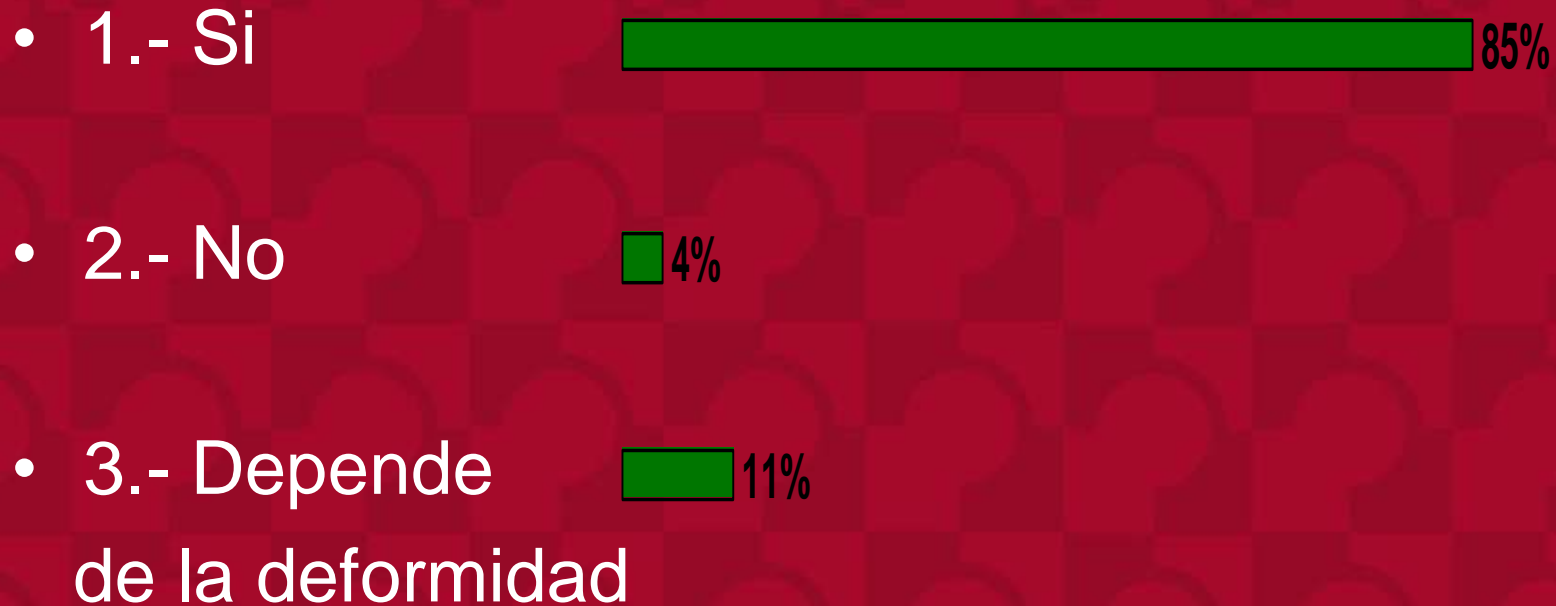
1.- El parámetro mas importante para operar una artrosis de cadera mediante un reemplazo articular es:



- 2.- ¿Además del estudio radiológico A-P ambas caderas y Lateral, pide habitualmente alguna otra prueba de imagen en el caso de una artrosis primaria sin grandes alteraciones?



- 3. ¿ Cree que la planificación preoperatoria es necesaria?



- 4.- ¿La realiza sistemáticamente?

- 1.- Si, siempre  50%

- 2.- No  4%

- 3.- A veces  46%

- 5.- ¿Prepara el estado hemodinámico del paciente mediante?:

- 1.- Autodonación



- 2.- Eritropoyetina



- 3.- Recuperadores de sangre



- 4.- Otros



- 6.- Tipo de anestesia preferido:

- 1.- Locorregional



- 2.- General



- 3.- Combinada
con bloqueos periféricos



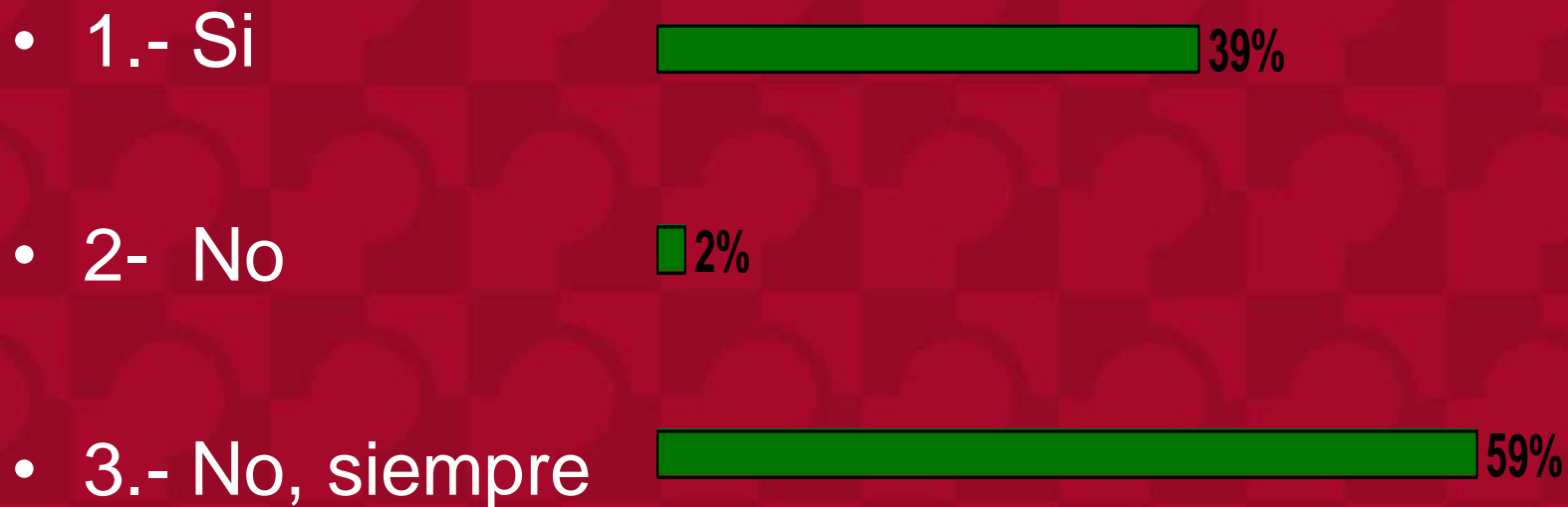
- 4.- Locorregional
con hipotensión



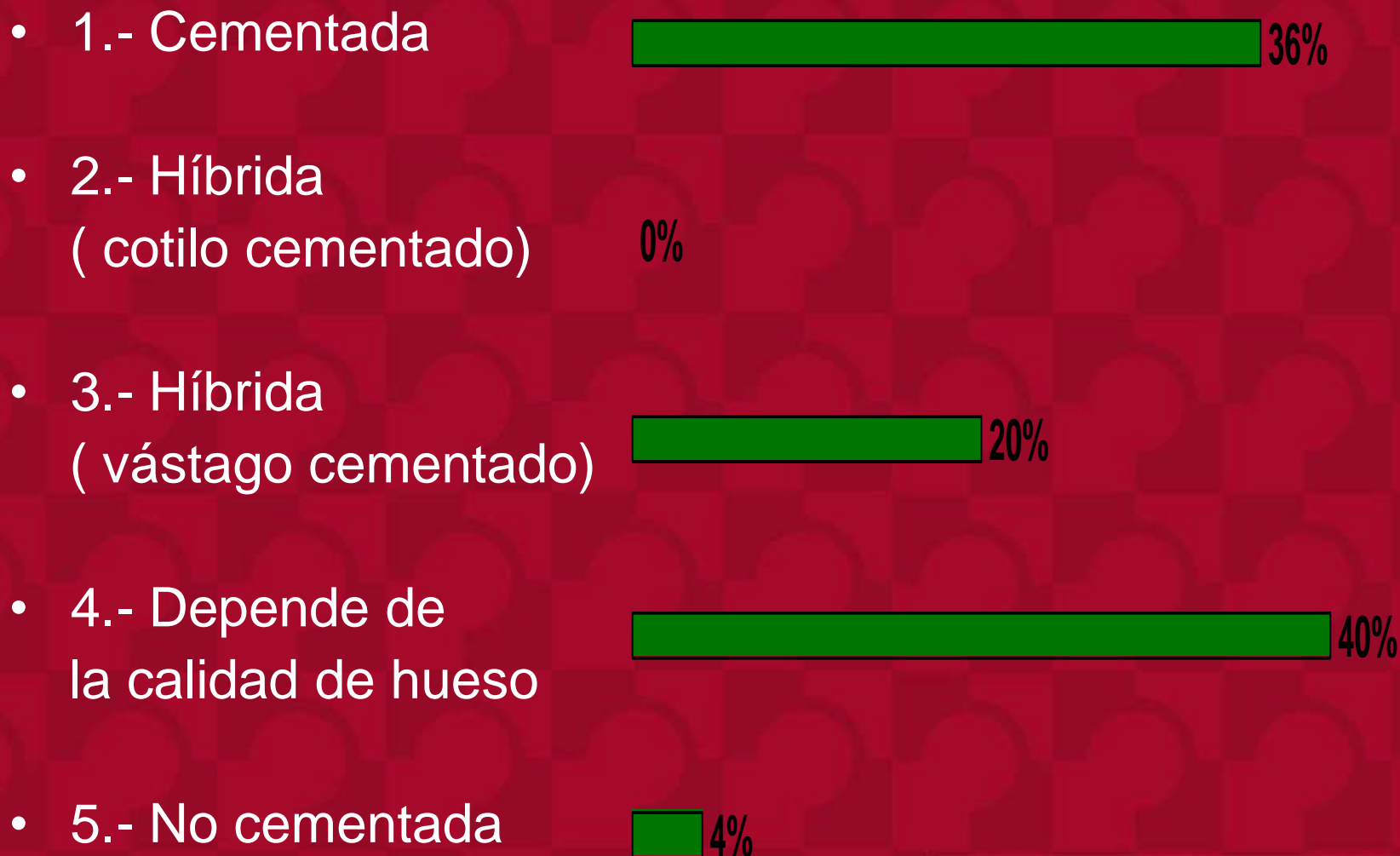
- 5.- La que decida
el anestesiólogo



- 7.- ¿La selección del implante estará determinada por la edad del paciente?



• 8.- ¿ En pacientes > 80 años que tipo de fijación prefiere?



- 9.- ¿ Cual es el parámetro que utiliza para saber la calidad de hueso?

- 1.- Intra-operatoriamente



- 2.- Pre-operatoriamente, mediante rx simple



- 3.- Pre-operatoriamente mediante rx simple y densitometría ósea



10.- ¿ En estos pacientes que par de fricción prefiere?

1.- Metal-Polietileno



2.- Metal-Polietileno XCL



3.- Cerámica-Polietileno



4.- Cerámica-Polietileno XCL



5.- Metal-metal



- 11.- En estos pacientes el tamaño preferido de cabeza es:

- 1.- 28



- 2.- 32



- 3.- 36



- 4.- Cuanto mas grande mejor pero dependerá del tamaño del cotilo implantado



- 12.- En pacientes < 75 años que tipo de fijación acetabular no cementada prefiere?

- 1.- Componente acetabular de alta porosidad



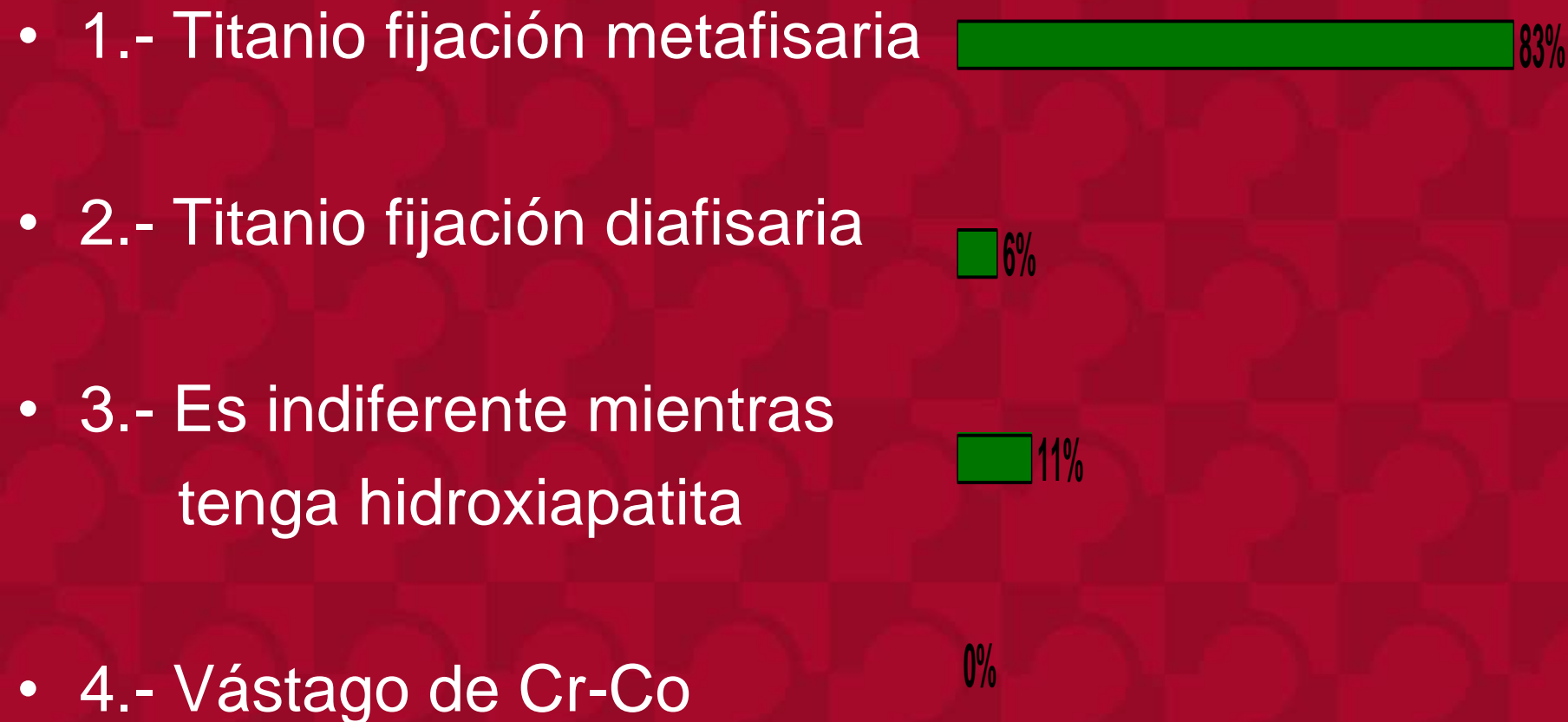
- 2.- Componente acetabular de titanio convencional y tornillos



- 3.- Componente acetabular de titanio con hidroxiapatita



- 13.- En pacientes < 75 años que tipo de fijación femoral no cementada prefiere?

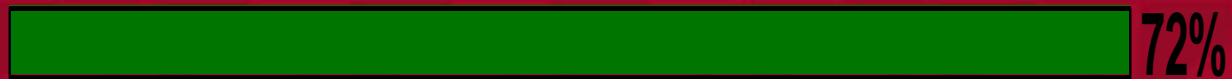


- 14.- ¿Utiliza tornillos para la fijación acetabular no cementada?

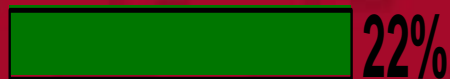
- 1.- Si, siempre



- 2.- Depende de la estabilidad primaria



- 3.- Excepcionalmente



- 15.- Utiliza, o cree, actualmente, en el par de fricción metal-metal

- 1.- Si



- 2.- No



- 3.- Solo en casos concretos



- 4.- Si, pero solo en cabezas grandes



- 5.- Si, pero solo en cabezas pequeñas




- 16.- Recomendaría una prótesis de superficie a un paciente varón < 65 años, deportista, con buena calidad y geometría ósea?

- 1.- Si  38%


- 2.- No  63%

- 17.- ¿ Que abordaje utiliza habitualmente para una ATC primaria?

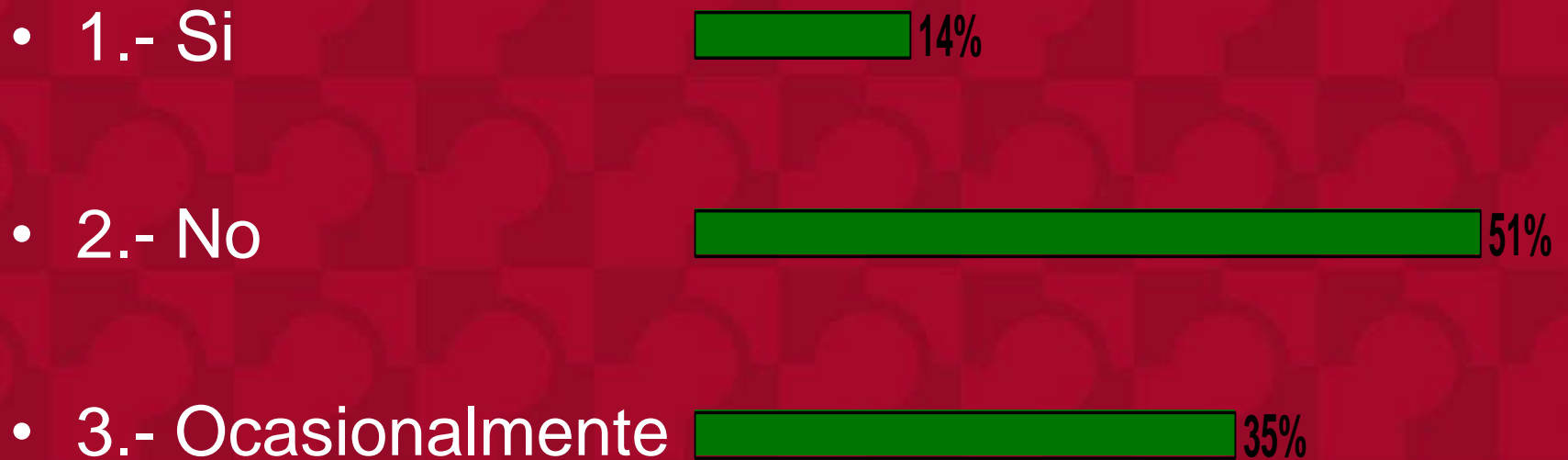
- 1.- Anterior  2%

- 2.- Antero-lateral  30%

- 3.- Lateral directo  15%

- 4.- Posterior o Postero-lateral  53%

- 18.- ¿ Ha cambiado el tipo de abordaje, en ATC primarias, en los últimos 10 años?



- 19.- ¿Si ha cambiado ha sido por?

- 1.- Evitar complicaciones



- 2.- Siguiendo tendencias



- 3.- Buscando menor atricción de partes blandas



- 20.- Tiempo de profilaxis antibiotica

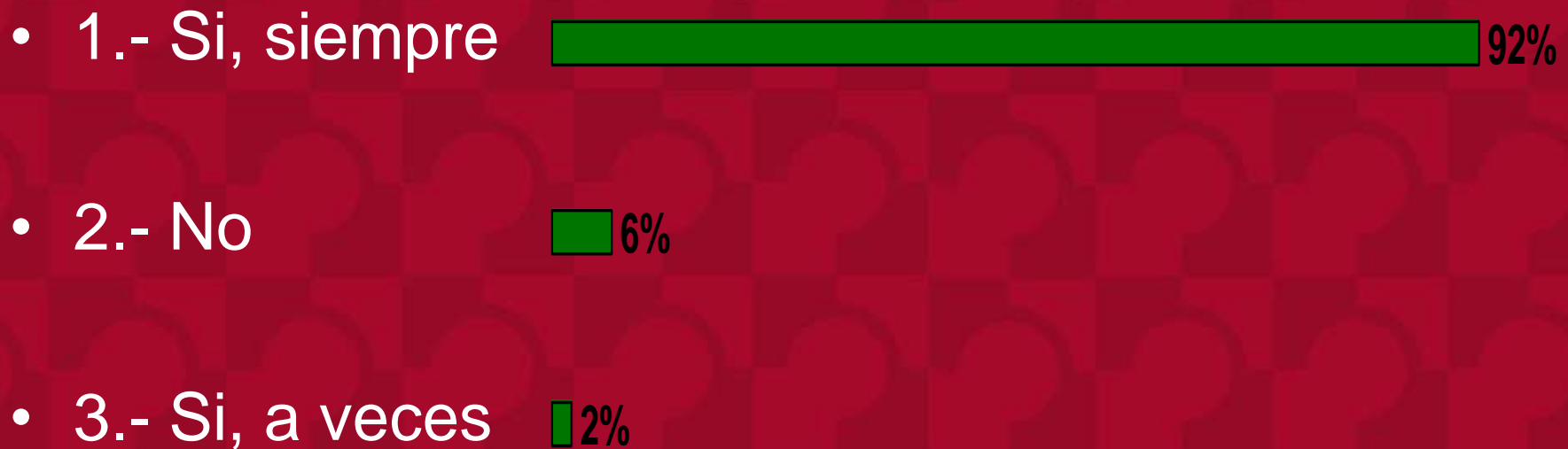
- 1.- 3 dosis post-op  43%

- 2.- Hasta retirar drenaje  13%

- 3.- 48 h. o mas  22%

- 4.- Unidosis  22%

- 21.-¿Sigue utilizando la cefalosporina de 1ª generación como primera opción (sin alergias conocidas)?



- 22.- ¿ Utiliza drenajes ?

- 1.- Si, siempre 24 h



- 2.- Si, siempre 48 h.



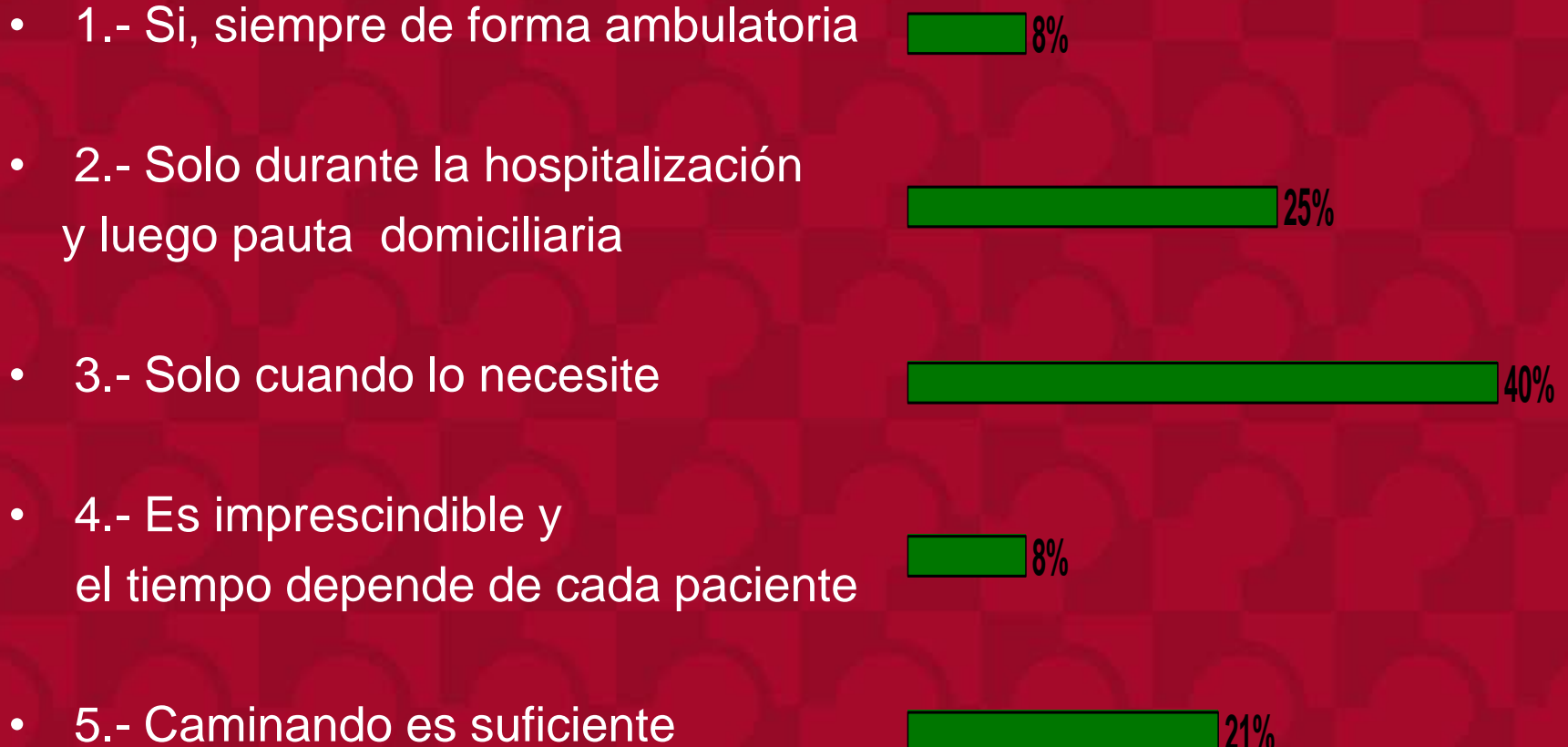
- 3.- No utilizo



- 4.- A veces,
dependiendo del sangrado



- 23.- ¿Cree necesaria la rehabilitación post-operatoria?



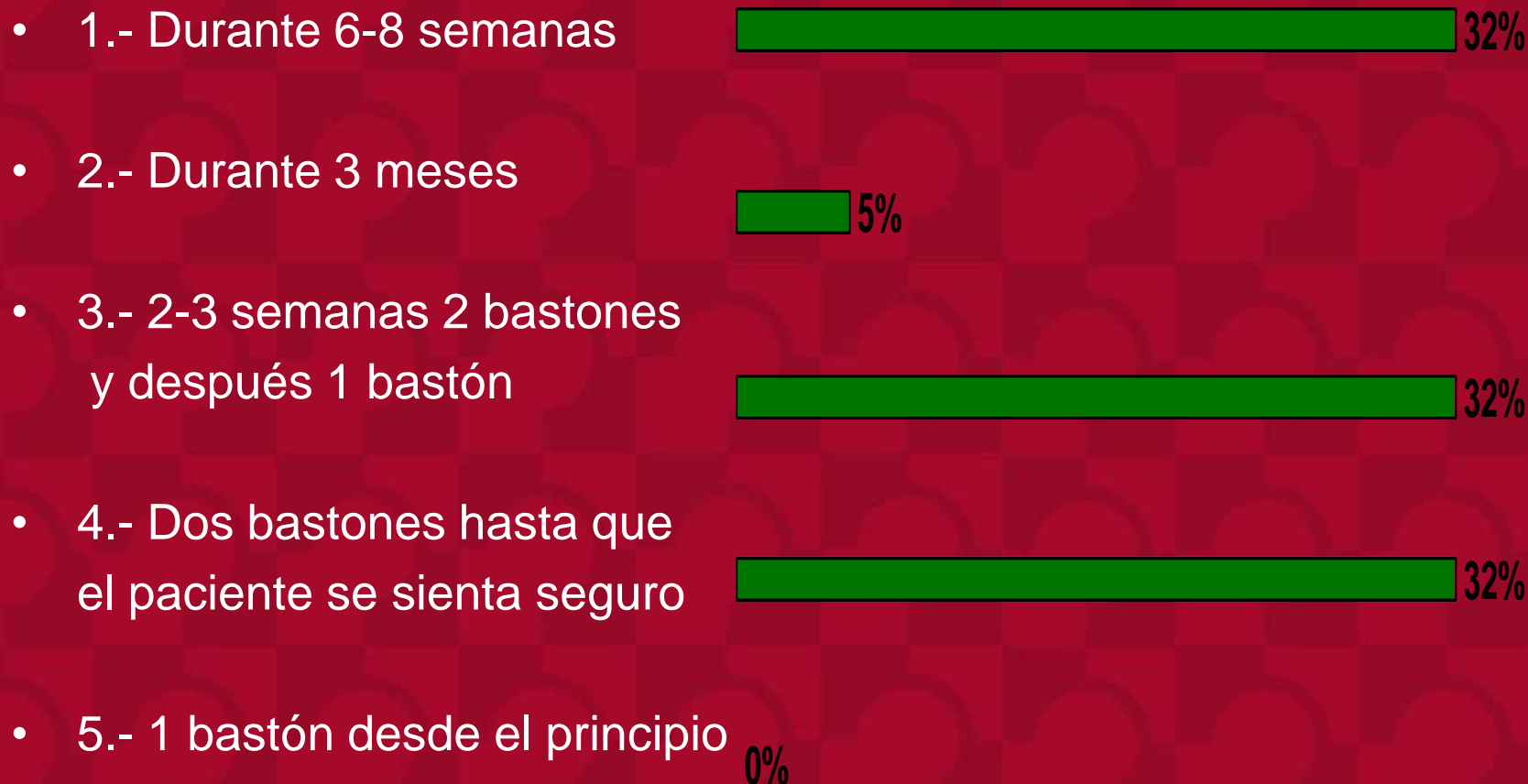
- 24.- ¿ Permite carga parcial inmediata?

- 1.- Si, con 2 bastones en cuanto el paciente sea capaz



- 2.- No hasta la 1ª semana
0%

- 25.- Tiempo de bastones ingleses o muletas



- 26.- El tiempo medio de hospitalización que en condiciones normales cree necesario es:

- 1.- < 4 días



- 2.- 4-6 días



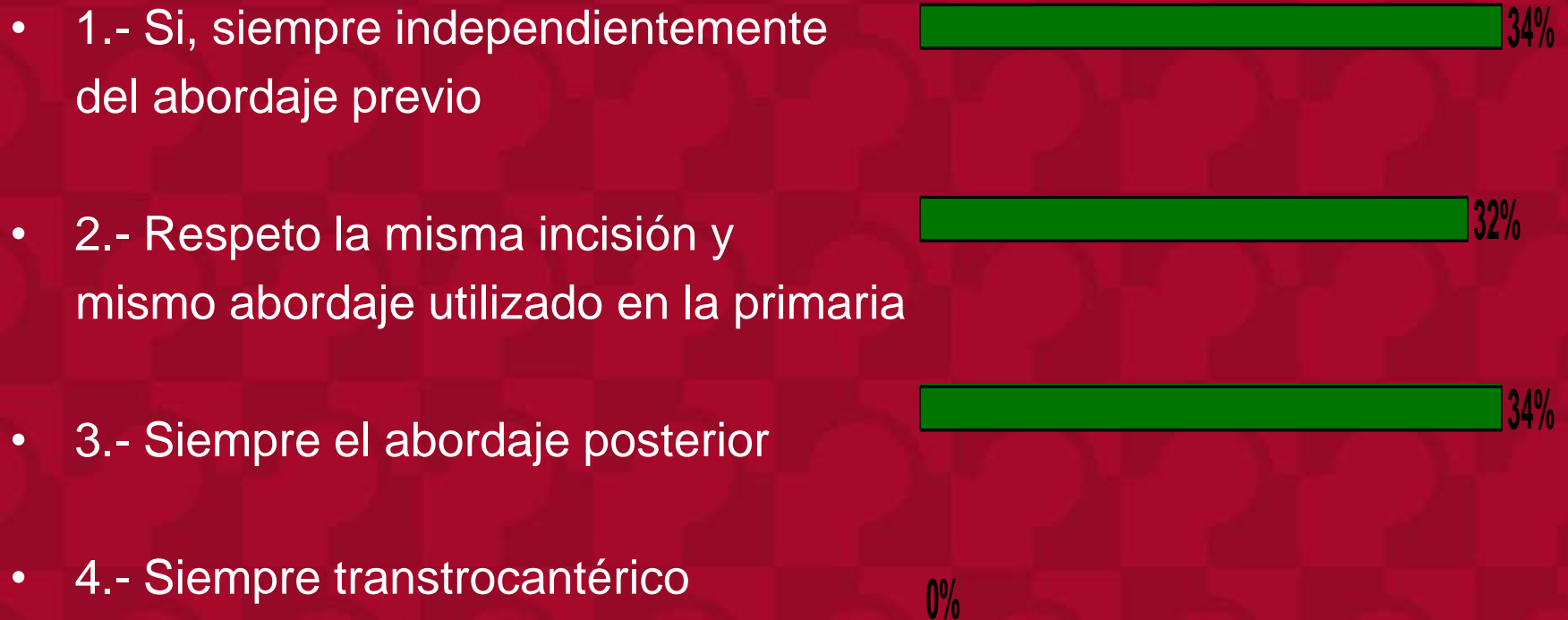
- 3.- > 7 días

0%

- 4.- El tiempo necesario dependiendo de cada paciente

7%

- 27.- ¿En las revisiones utiliza el mismo de abordaje que en las primarias?



- 28.- ¿En el caso de material de osteosíntesis previo, que pauta sigue?

- 1.- Retirarlo siempre

 8%

- 2.- Solo en caso de que sea necesario

 92%

- 29.- En los defectos cavitarios acetabulares utiliza habitualmente?

- 1.- Aloinjerto estructurado o compactado



- 2.- Suplementos porosos metálicos



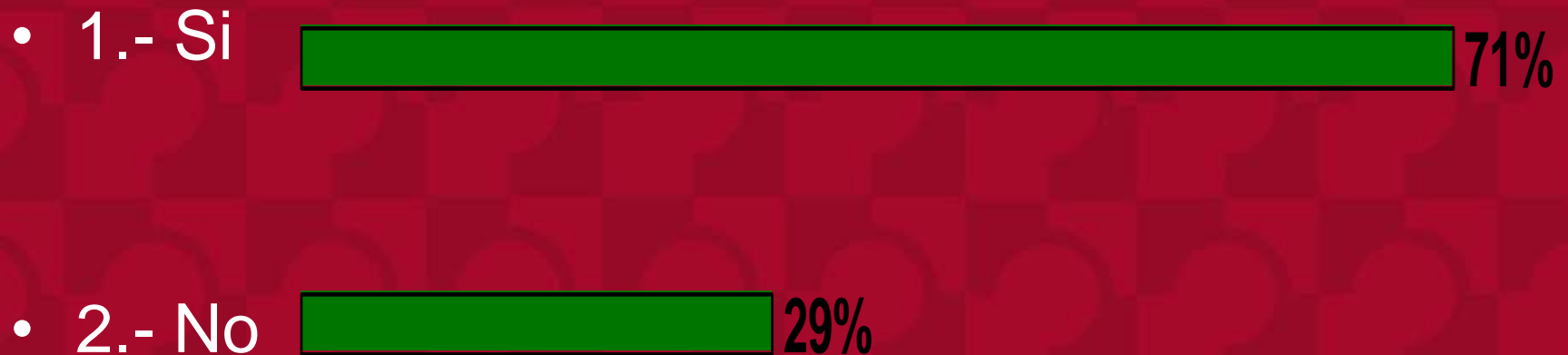
- 3.- Factores de crecimiento








- 4.- Hueso desmineralizado o sustitutos óseos



- 30.- Le preocupa el coste total del proceso quirúrgico, teniendo siempre en cuenta la seguridad del paciente.



- 31.- Cree que el paciente deportista puede volver a realizar deporte de impacto, despues de una ATC?
 - 1.- Si, el mismo que realizaba anteriormente
0%
 - 2.- No, ningún tipo de deporte
2%
 - 3.- Solo ejercicio aeróbico sin impacto
78%
 - 4.- Que haga lo que quiera
20%

- 32.- ¿Cree que el seguimiento anual es necesario en todos los pacientes?
- 1.- Si, cada año
 30%
- 2.- A partir del 1er año solo cada dos años
 50%
- 3.- Solo cuando detectemos algún problema
 9%
- 4.- Al año, a los 3, y a los 10 años
 9%
- 5.- Nunca los sigo
 2%

- 33.- ¿Utiliza habitualmente vías clínicas o trayectorias clínicas?

- 1.- Si, son necesarias






- 2.- No me aportan nada



- 3.- Las utilizaría si las tuviera



- 34.- Cree que la artroplastia bilateral en el mismo acto quirúrgico es:
 - 1.- Segura en pacientes bien estudiados y sin riesgo
 21%
 - 2.- No creo que sea una ventaja
 77%
 - 3.- No es posible realizarla
 2%