

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?

- 1.- Si  85%

- 2.- No  4%

- 3.- Depende  11%
de la deformidad

- 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



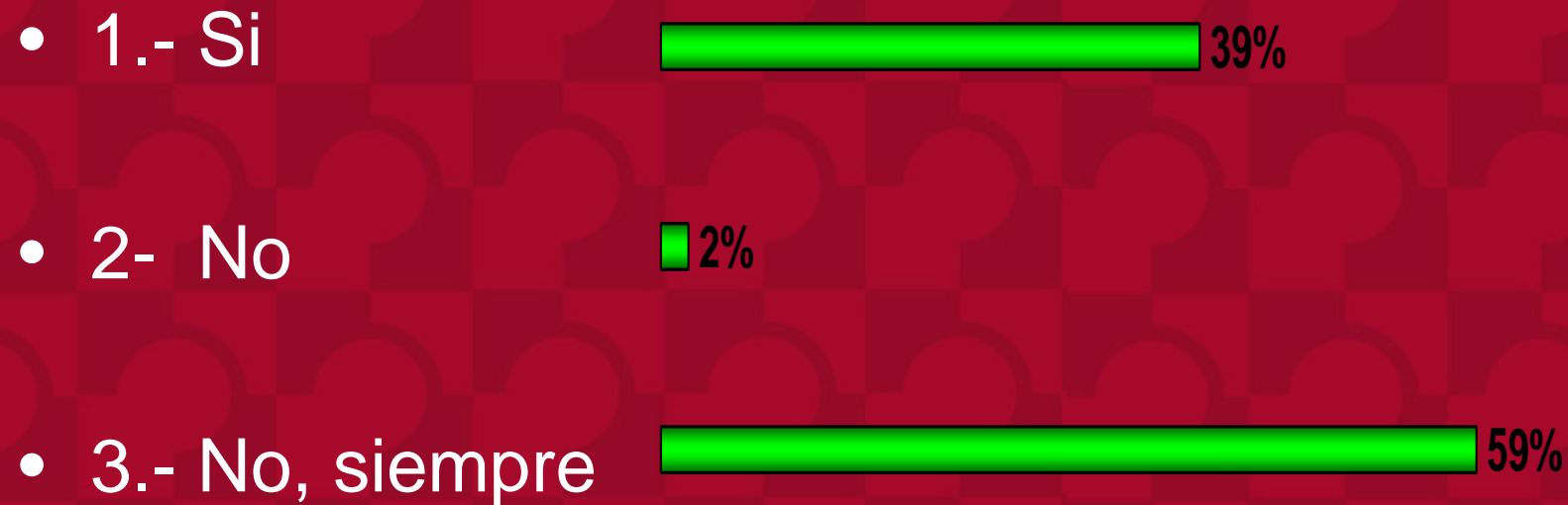
- 4.- Locorregional
con hipotensión



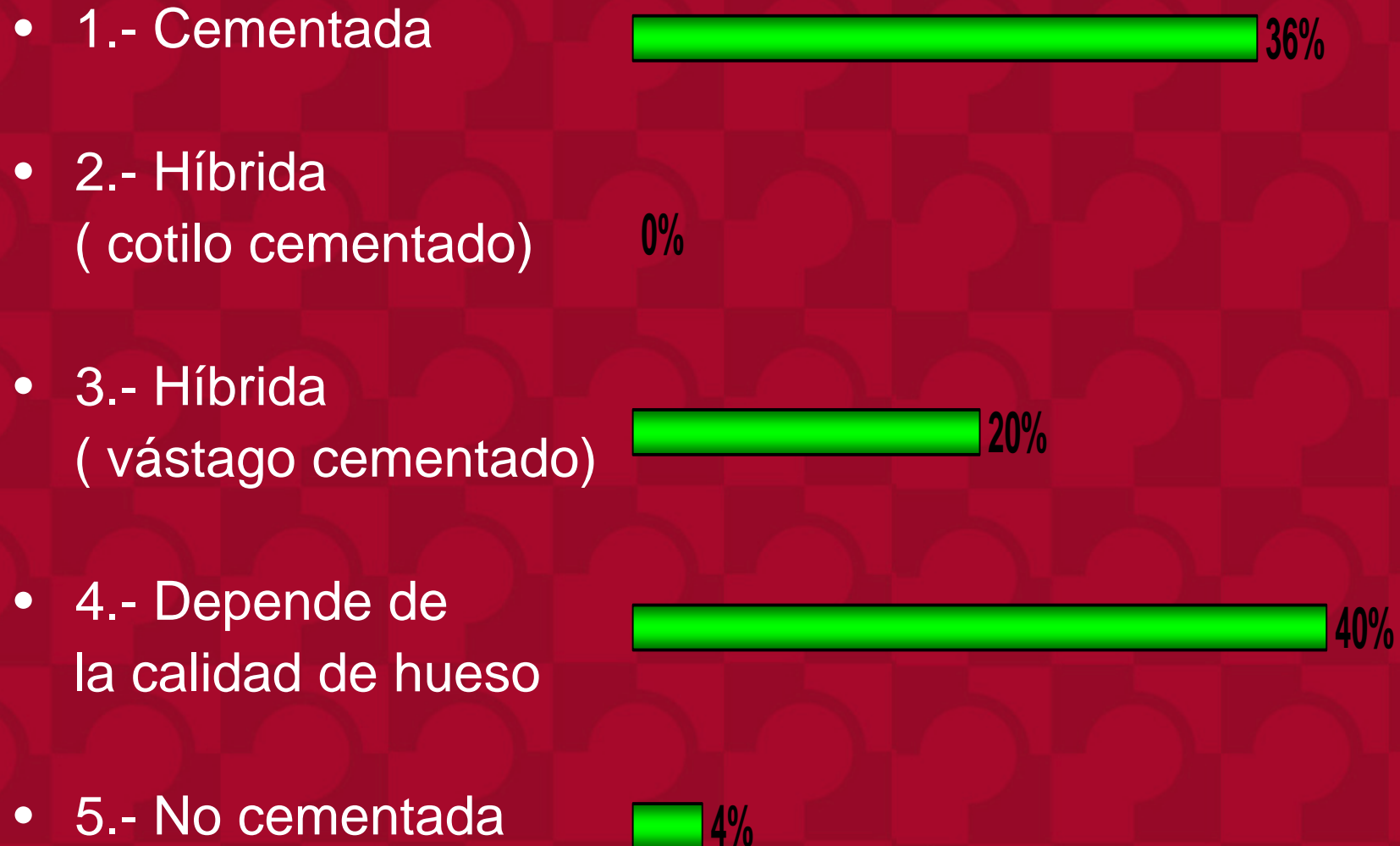
- 5.- La que decida
el anestesiologo



- 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?

- 1.- Titanio fijación metafisaria  83%

- 2.- Titanio fijación diafisaria  6%

- 3.- Es indiferente mientras tenga hidroxiapatita  11%

- 4.- Vástago de Cr-Co  0%

- 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.- Antero-lateral



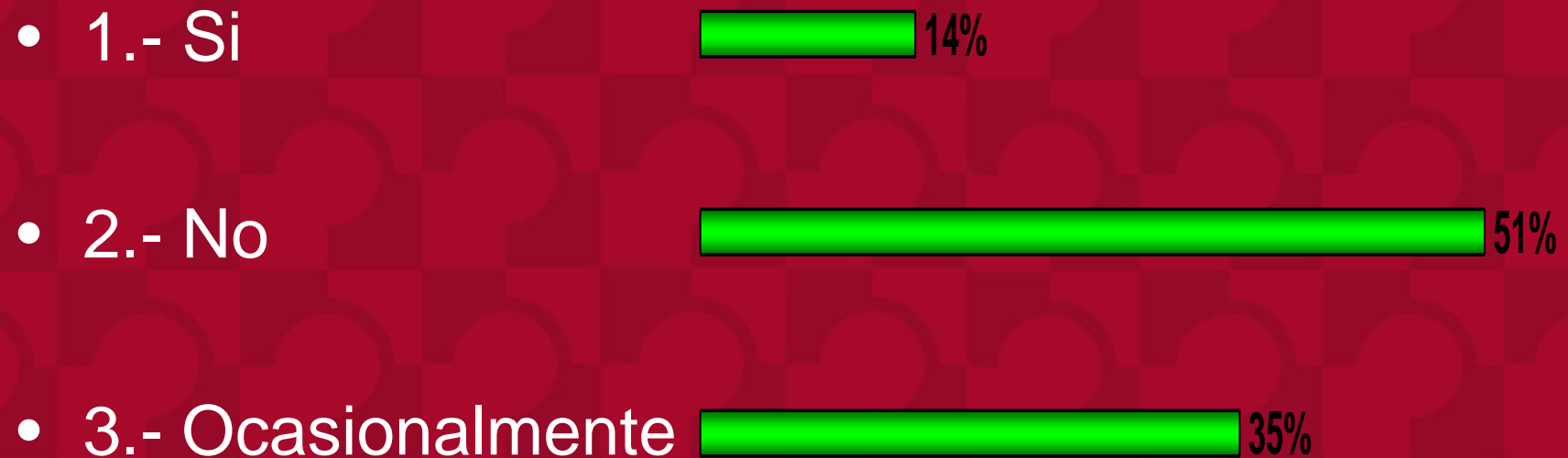
- 3.- Lateral directo



- 4.- Posterior o Postero-lateral



- 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)?

- 1.- Si, siempre  92%

- 2.- No  6%

- 3.- Si, a veces  2%

- 22.- ¿ Utiliza drenajes ?

- 1.- Si, siempre 24 h



- 2.- Si, siempre 48 h.



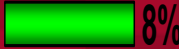




- 3.- No utilizo



- 4.- A veces,
dependiendo del sangrado



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

- 1.- Si, siempre de forma ambulatoria  8%
- 2.- Solo durante la hospitalización y luego pauta domiciliaria  25%
- 3.- Solo cuando lo necesite  40%
- 4.- Es imprescindible y el tiempo depende de cada paciente  8%
- 5.- Caminando es suficiente  21%

- 24.- ¿ Permite carga parcial inmediata?

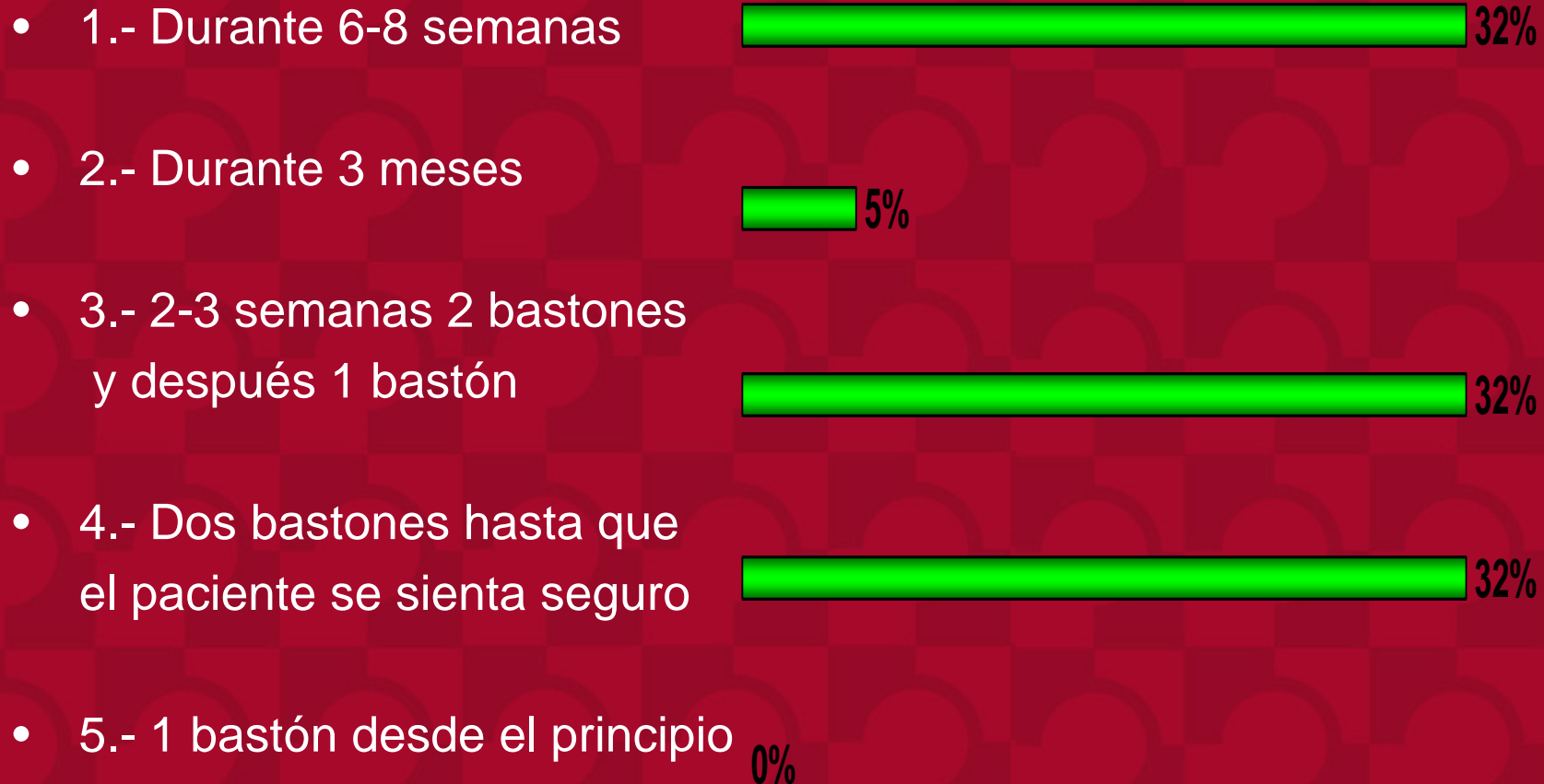
- 1.- Si, con 2 bastones en cuanto el paciente sea capaz



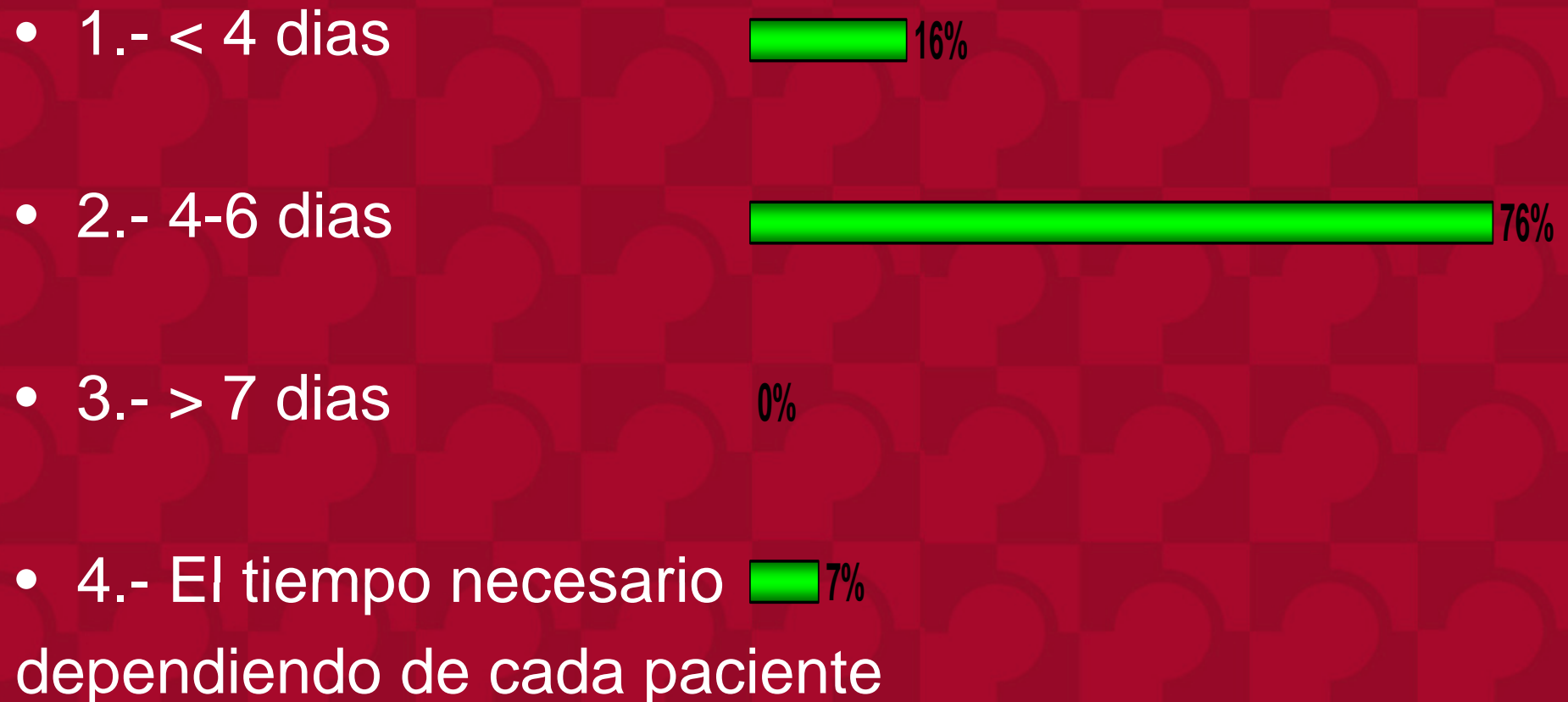
- 2.- No hasta la 1ª semana

0%





- 25.- Tiempo de bastones ingleses o muletas



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



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

- 1.- Si, siempre independientemente del abordaje previo  34%
- 2.- Respeto la misma incisión y mismo abordaje utilizado en la primaria  32%
- 3.- Siempre el abordaje posterior  34%
- 4.- Siempre transtrocantérico  0%

- 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.

- 1.- Si  71%

- 2.- No  29%

- 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



- 2.- A partir del 1er año solo cada dos años



- 3.- Solo cuando detectemos algún problema



- 4.- Al año, a los 3, y a los 10 años



- 5.- Nunca los sigo



- 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



- 2.- No creo que sea una ventaja



- 3.- No es posible realizarla

