

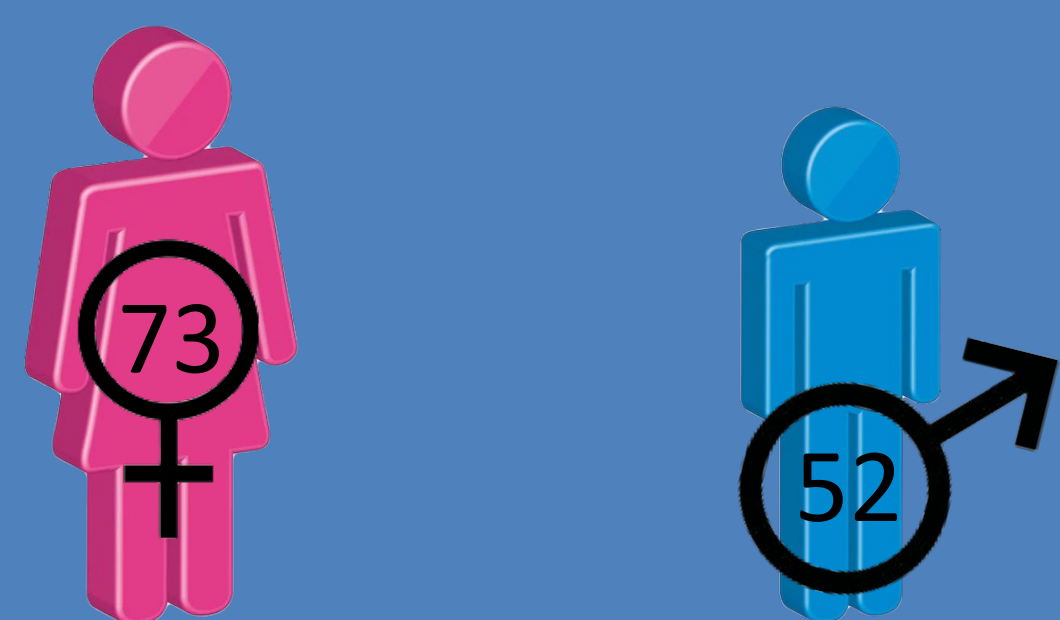
¿Es necesario control analítico postquirúrgico de rutina en pacientes intervenidos de artroplastia de cadera?

Montero Furelos LA, Suarez Sanjuas MC, Cons Lamas S, Renzo Chavez Reyes, Sanchez Sierra B.
Servicio COT. Unidad de Cadera. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN

Es habitual el estudio analítico postquirúrgico en pacientes tras artroplastia de cadera. ¿ Con los cambios de hábitos de las perdidas sanguíneas, que han supuesto un menor índice transfusional, sigue siendo necesario?

MATERIAL Y METODOS



Edad media 66,9 años

ANALITICA PREOPERATORIA

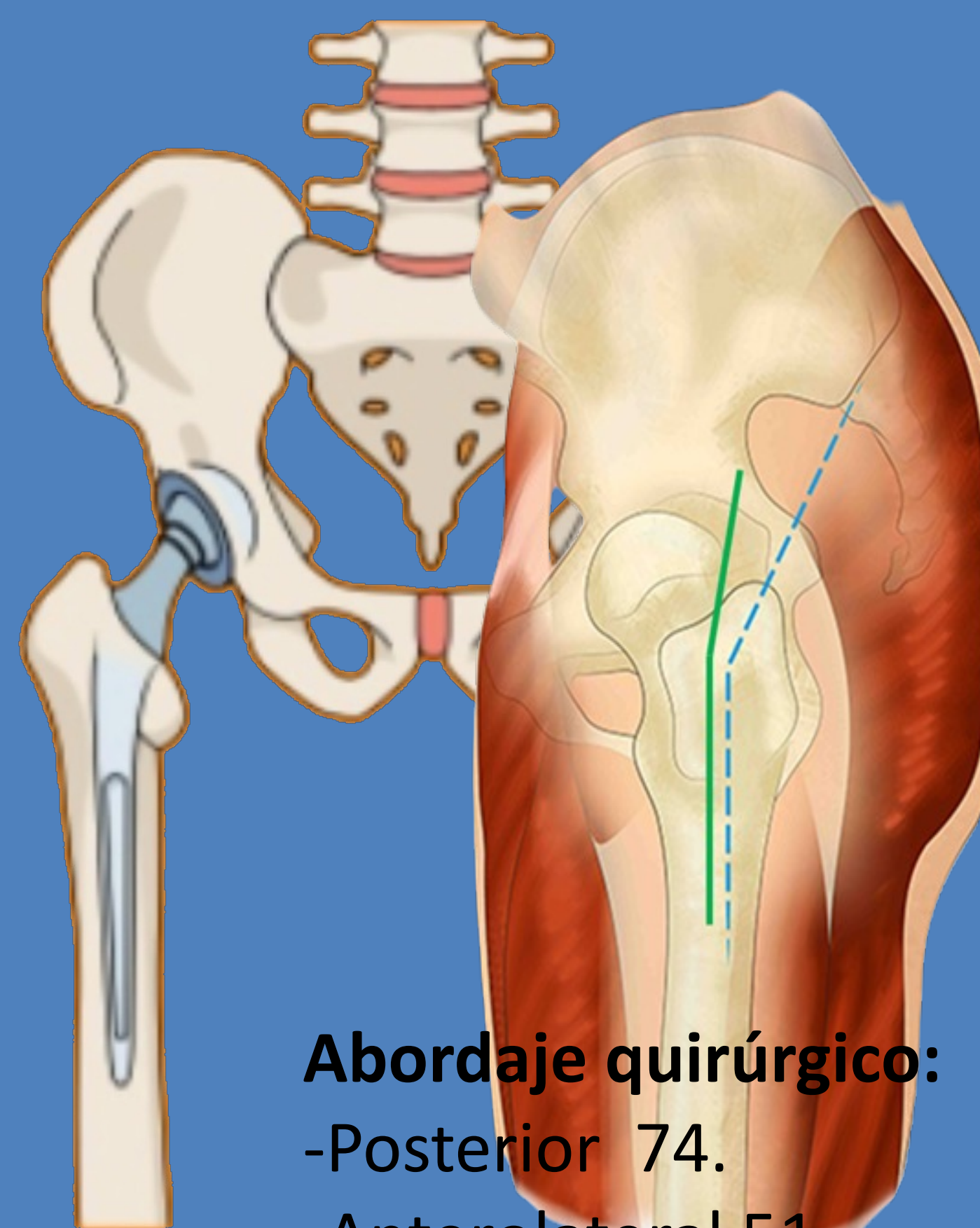
Hb 14,2 g/dL

Cr 0,84 mg/dL

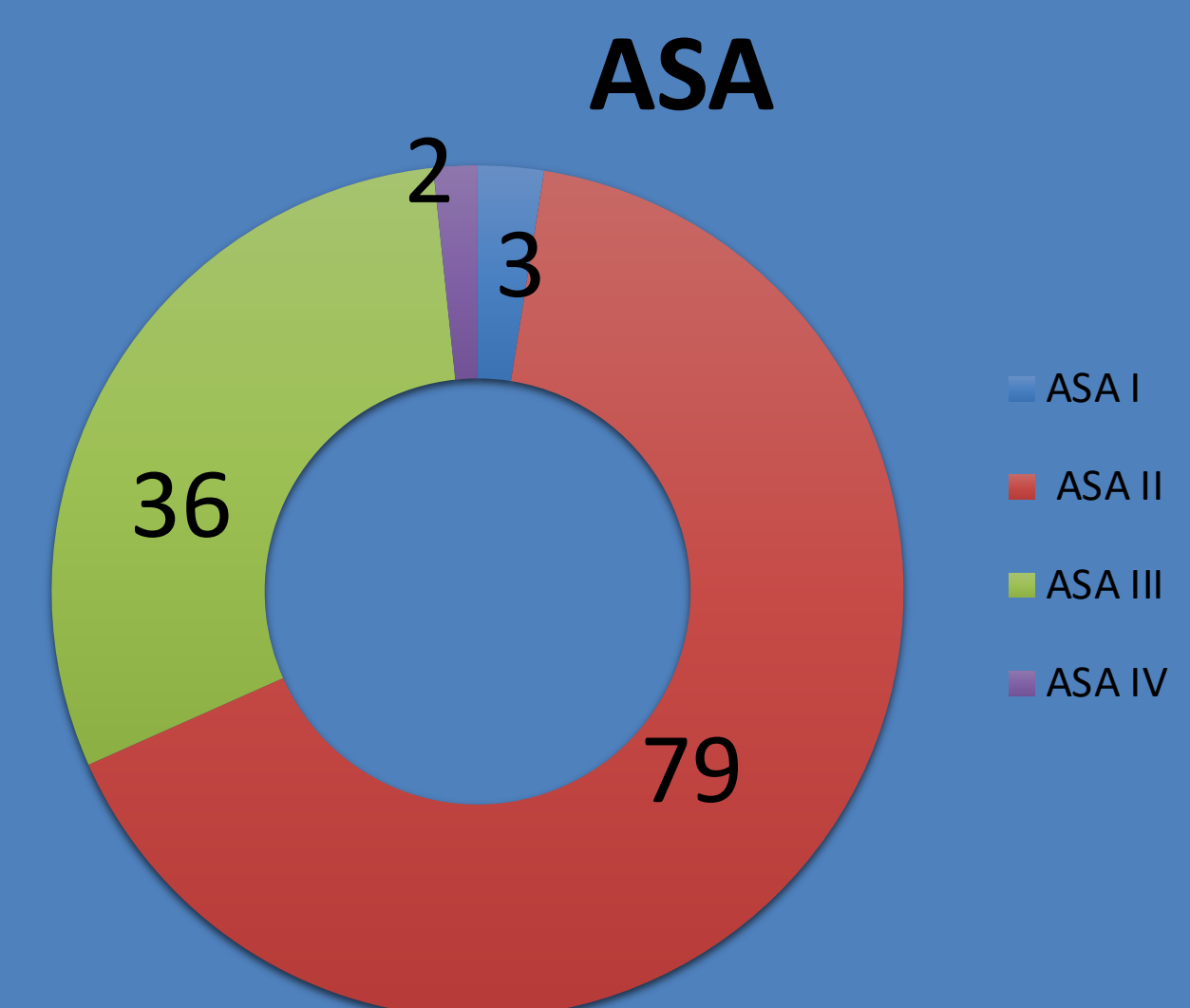
Na 140,8 mmol/l

< 137 mmol/l = 3 pacientes

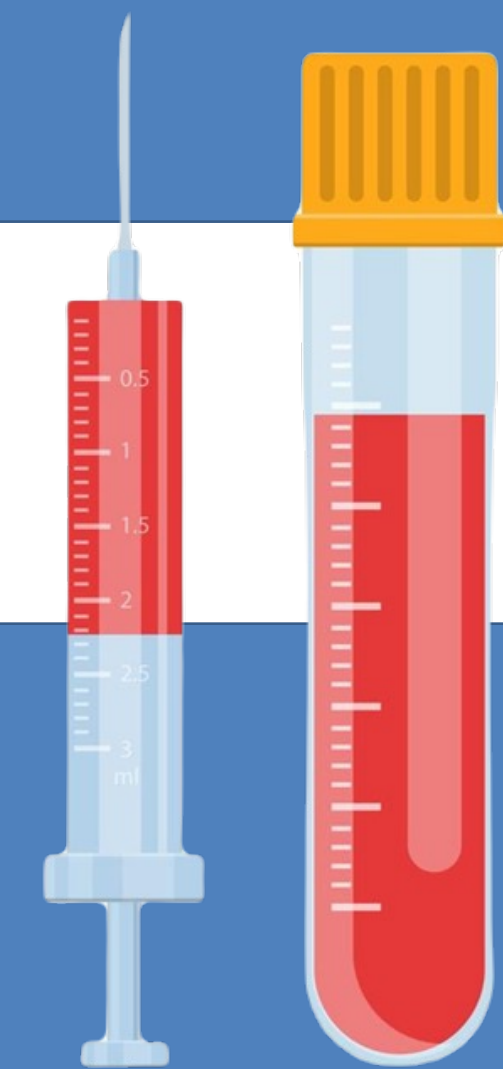
n = 125



Abordaje quirúrgico:
-Posterior 74.
-Anterolateral 51.

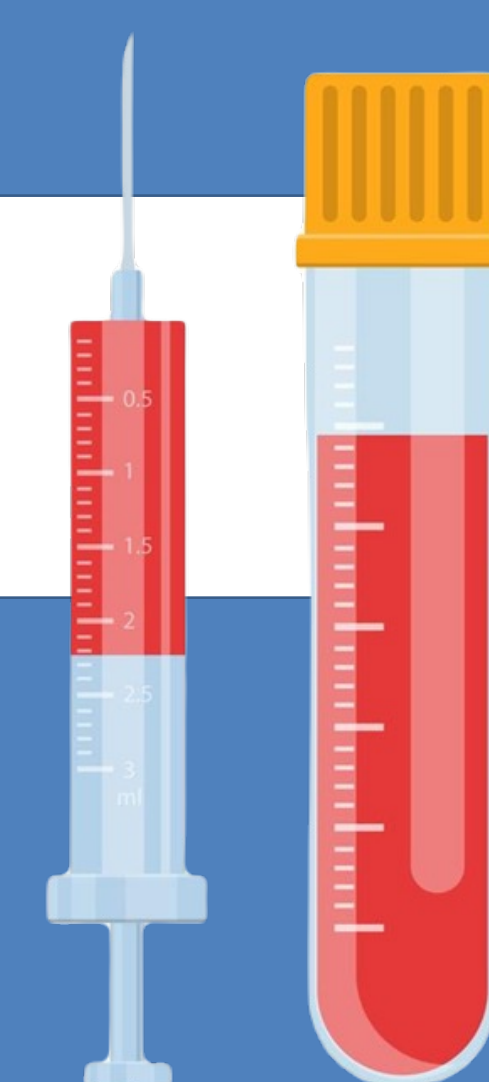


ANALITICA POSTOP 24 H



Hb 11,6g/dL
Cr 0,94mg/dL
Na 138,86
mmol/l

ANALITICA POSTOP 48 H



Hb 11,07g/dL
Cr 0,97 mg/dL
Na 138,26
mmol/l

USO TRANEXÁMICO

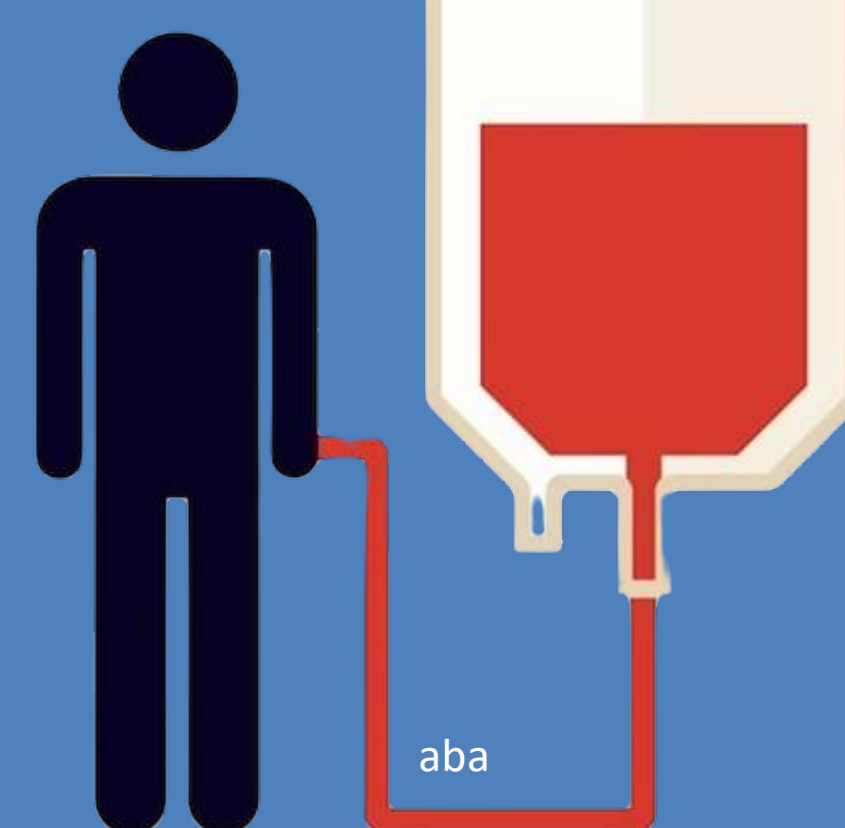
88,4% SI 0% Transfusiones.

11,5% NO 13,9% Transfusiones.

Test Fisher p=0,046



TRANSFUSIONES



ASA

ASA II 2,5% Transfusiones.

ASA III 17% Transfusiones.

Chi-cuadrado p=0,146.

Según ABORDAJE QUIRURGICO n.d.s.

Sexos n.d.s.

Edad n.d.s.

HIPONATREMIA:

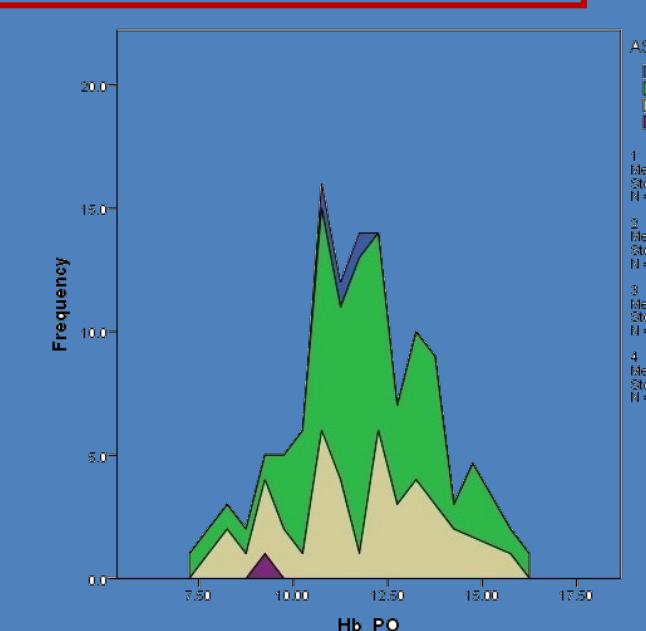
13 pacientes <137 mmol/l,
sin diferencias con significación estadística en relación
a aparición de complicaciones médicas.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

Fracturas periprotésicas intraoperatorias n = 4

-Acetabular 1. Femoral 4.

Drenaje persistentes n = 8, 1 paciente preciso DAIR
(cultivos negativos).



RESULTADOS

CONCLUSIONES

- Baja prevalencia de hiponatremia, sin relación con las complicaciones.
- Los factores de riesgo de necesidad de estudio analítico no fueron de predictivos en nuestra serie.
- Bajo índice de cambios terapéuticos tras controles analíticos postoperatorios.
- El control analítico a las 48 horas determina mejor el descenso de Hb.
- En la mayoría de nuestros pacientes la analítica de control no aporta beneficio al manejo del paciente.
- Pudiera ser excepción:
 - pacientes ASA III o superior, en que no podamos emplear recursos de ahorro hemático,
 - eventos inhabituales durante la cirugía
 - pacientes con sintomatología clínica que lo aconsejen.