

11245
2/56

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL REGIONAL " GENERAL IGNACIO ZARAGOZA "

COMPLICACIONES DE LAS FRACTURAS

DE C A D E R A

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

E S P E C I A L I S T A E N

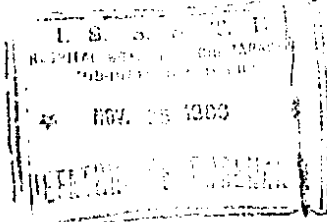
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia

P R E S E N T A :

DR. ALFREDO RAMOS DE LA CRUZ

MEXICO, D. F.

1989



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

- INTRODUCCION
- FRECUENCIA
- CLASIFICACION
- PROCEDER QUIRURGICO
- MATERIAL Y METODOS
- RESULTADOS
- DISCUSION
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

Desde que el hombre ha existido sobre la tierra ha presentado diversos problemas de salud, siendo uno de ellos las fracturas, y de éstas las que se presentan en la cadera son las de mayor consideración, ya que se considera a éstas fracturas como las más devastadoras del cuerpo humano y su mayor frecuencia de presentación es por arriba de los cincuenta años de edad, lo que trae con sí un tratamiento difícil y más probabilidades de complicaciones debido a que se requiere para su tratamiento inmovilización prolongada, lo que nos produce complicaciones como son: Pulmonares, Tromboembólicas, Gastrointestinales, Infecciosas, etc.

Al principio éstas fracturas eran tratadas conservadoramente por lo que la mayoría de los pacientes quedaban con un miembro acortado, una cadera inestable ó una cojera de Trendelenburg que obligaba a éstos pacientes a usar un bastos ó muletas. En el año de 1902 el Dr. Whitman de Nueva York, empleaba como tratamiento el enyesado pélvico pédico en abducción, pero aun los más perfectos enyesados y el hermoso pulimiento que les daba no bastaba para proteger la fractura del desplazamiento y la rotación de éstas, principalmente en mujeres obesas, por lo que la consolidación se presentaba en un tercio de los pacientes que sobrevivían; Siendo evidente los peligros del vendaje enyesado. Este tipo de tratamiento era muy peligroso por la incomodidad del enyesado y el tiempo de inmovilización, lo que hacía presentar un alto índice de mortalidad. Se desconocen estadísticas ya que el Dr. Witman nunca presentó éstas. En el año de 1897 Nicolaysen ya había descubierto una técnica para clavar los fragmentos, posteriormente Lambotte empleaba la colocación de dos clavos delgados, Key Groves ensayó un clavo placa de cuatro pestañas fracasando ésta técnica debido

a las reacciones electrolíticas y tóxicas del material usado provocando osteoporosis circundante y con ello aflojamiento del clavo no obteniendo éxito, hasta que el Dr. Smith-Petersen en asociación con físicos fabricaron acero inoxidable y diversas aleaciones no electrolíticas y no tóxicas con lo cual se logra el éxito de la osteosíntesis. Este hecho marca un interesante ejemplo de la interrelación de las ciencias y su dependencia para su progreso.

Posteriormente se elaboraron otros métodos de fijación interna en su mayoría adaptaciones al clavo placa de Smith Petersen. En el año de 1950 la AO fabrica placas recta y clavos -- placas para el uso de fijación interna, ésta última cuenta -- con un clavo de perfil en U y un ángulo constante de 130 y 95 grados, siendo las de 130 grados las que más se van a usar en éste tipo de fracturas.

La literatura sobre fractura de cadera mencionan que fue el -- Dr. Hye Groves de Inglaterra quien por primera vez realizó -- una sustitución de una cabeza femoral en el año de 1922, Bohlman también experimentó una prótesis de este tipo y en 1927 -- sustituyó una prótesis femoral humana. Por esta época los hermanos Judet trabajaron con un sustituto femoral de diseño similar al de Hey Groves pero de un material acrílico casi idéntico al que se emplea en la actualidad para cementar las prótesis totales de cadera.

En el año de 1840 Bohlman de Baltimore y A. T. Moore de Columbia California del Sur introdujeron una prótesis de acero inoxidable, ésta cirugía se realizó en un paciente del Dr. Moore quien tenía un tumor maligno de células gigantes, la cirugía fue todo un éxito y el paciente deambuló a los trece meses.

En 1951 Petersen descubrió una prótesis de tallo corto que se fijaba con una pestaña en el lado externo de la diáfisis del-

femur mediante tornillos. En el año de 1950 se fabricaron dos prótesis de cuello largo, la prótesis de A. T. Moore que presenta fenestraciones del tallo superior la cual se denominó - autofijadora por que se introducía al hueso esponjoso en las fenestraciones del tallo para el hueso adherido a la cortical de ambos lados, y la prótesis de Fred Thompson, siendo éstas dos últimas prótesis las que más se han utilizado para el tratamiento de fracturas capitales y subcapitales de femur.

F R E C U E N C I A

Los reportes de la Literatura consideran que la edad media en que se presenta éste tipo de fractura es a los 75 años de edad, éstas fracturas afecta más a la Raza Blanca que a la Negra, es más frecuente en mujeres que en hombres, después de los 75 años de edad es la causa más frecuente de muerte por fracturas, se dice que los primeros 30 días del Postoperatorio constituyen el periodo más crítico de los fracturados de cadera y se considera que dentro de éste plazo ocurren las muertes causadas primeramente por la lesión.

Reska estudió a 112 pacientes sobre un total de 470 cuyo estado general no permitió procedimiento quirúrgico. El 40 % murió antes de los 30 días, en notable contraste con el 12 % de los tratados quirúrgicamente.

Se realizó necropsia en 82 pacientes y se comprobó que la principal causa de muerte fue Neumonía (22), seguido de Tromboembolia Pulmonar (17), Accidentes Cardiovasculares (11), Trombosis Coronaria (8) e Insuficiencia Cardíaca no Oclusiva (7), etc.

Horowitz menciona una mortalidad del 34.6 % en las fracturas de cadera tratadas conservadoramente y el 17.5 % en las tratadas quirúrgicamente.

C L A S I F I C A C I O N

Las fracturas de Cadera se clasifican de acuerdo al sitio de localización de la lesión, así tenemos la siguiente clasificación :

- a) CAPITALES .- Se presentan a nivel de la cabeza femoral.
- b) CERVICALES.- Se localizan a nivel del cuello femoral, entre éstas tenemos :

F R E C U E N C I A

Los reportes de la Literatura consideran que la edad media en que se presenta éste tipo de fractura es a los 75 años de edad, éstas fracturas afecta más a la Raza Blanca que a la Negra, es más frecuente en mujeres que en hombres, después de los 75 años de edad es la causa más frecuente de muerte por fracturas, se dice que los primeros 30 días del Postoperatorio constituyen el periodo más crítico de los fracturados de cadera y se considera que dentro de éste plazo ocurren las muertes causadas primeramente por la lesión.

Reska estudió a 112 pacientes sobre un total de 470 cuyo estado general no permitió procedimiento quirúrgico. El 40 % murió antes de los 30 días, en notable contraste con el 12 % de los tratados quirúrgicamente.

Se realizó necropsia en 82 pacientes y se comprobó que la principal causa de muerte fue Neumonía (22), seguido de Tromboembolia Pulmonar (17), Accidentes Cardiovasculares (11), Trombosis Coronaria (8) e Insuficiencia Cardíaca no Oclusiva (7), etc.

Horowitz menciona una mortalidad del 34.6 % en las fracturas de cadera tratadas conservadoramente y el 17.5 % en las tratadas quirúrgicamente.

C L A S I F I C A C I O N

Las fracturas de Cadera se clasifican de acuerdo al sitio de localización de la lesión, así tenemos la siguiente clasificación :

- a) CÁPITALES .- Se presentan a nivel de la cabeza femoral.
- b) CERVICALES.- Se localizan a nivel del cuello femoral, entre éstas tenemos :

- Las Subcapitales.- Fracturas que se localizan inmediatamente por debajo de la cabeza femoral
- Las Transcervicales.- Son fracturas que se presentan a nivel del cuello femoral.

Dentro de las Transcervicales tenemos la Clasificación de PAWELS, quien para su clasificación toma en cuenta el grado de oblicuidad de la fractura.

TIPO I .- Fractura Transcervical con trazo oblicuo de 30°

TIPO II.- Fractura Transcervical con trazo oblicuo de 50°

TIPO III.- Fractura Transcervical con trazo oblicuo de 70°

- Las Basecervicales.- Es una fractura que se localiza a nivel de base de cuello y que se extiende desde un trocanter intacto a otro.

c) TROCANTERICAS .- De éstas fracturas tenemos 2 subclasificaciones que son la de Tronzo y la de Boyd y Griffin.

LA CLASIFICACION DE TRONZO, quien la dividió en 5 tipos basado en el tipo de tratamiento quirúrgico y pronóstico.

- TIPO I .- Fractura trocateriana incompleta, solo con fractura del trocanter mayor.
- TIPO II.- Fractura trocateriana con ligero desplazamiento ó sin él, pared posterior intacta y un fragmento relativamente pequeño en trocanter menor.
- TIPO III.- Pared Posterior conminuta con telescopado del espolón del cuello en el fragmento de la diáfisis, el fragmento del trocanter menor es grande.
- TIPO III VARIANTE.- Pared posterior conminuta con telescopado del espolón del cuello en el fragmento de la diáfisis, pero con fractura transversa en el trocanter mayor.
- TIPO IV.- Pared posterior conminuta sin telescopado de los fragmentos principales, de modo que el espolón -

del cuello está desplazado hacia afuera de la --
diáfisis, la mayor parte de la pared posterior --
se pierde hacia adentro.

- TIPO V.- Fractura trocateriana oblicua inversa, el tro--
canter mayor puede estar unido o no con el frag--
mento trocantérico, y el fragmento de la diáfi--
sis está desplazado hacia dentro.

BOYD Y GRIFFIN clasificaron a la fractura del area intertro--
cantérica del femur en 4 tipos, éstos comprenden todas las --
fracturas desde la parte extracapsular del cuello hasta un si
tio de 5 cm por debajo del trocanter menor.

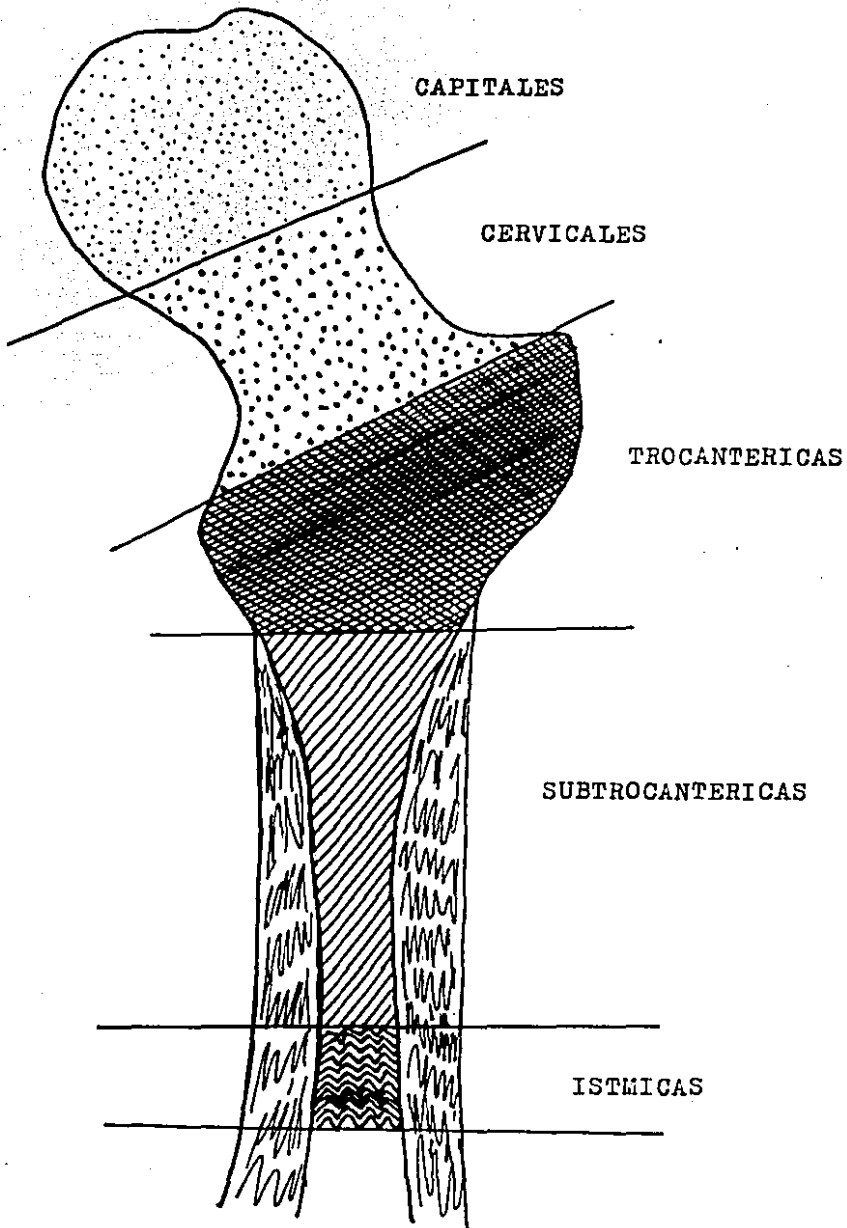
- TIPO I .- Fracturas que se extienden a lo largo de la lí--
nea intertrocantérica, desde el trocanter mayor--
hasta el trocanter menor.
- TIPO II .- Fracturas conminutas en que la línea principal -
corre a lo largo de la línea intertrocantérica,--
pero existen múltiples fracturas en la corteza.
- TIPO III.- Fracturas subtrocantéricas que por lo menos pre--
sentan una línea de fractura que pasa por el ex--
tremo proximal de la diáfisis, justo por debajo--
del trocanter menor ó a nivel del éste.
- TIPO IV .- Fractura de la región trocantérica y de la diáfi--
sis proximal, con línea de fractura en dos pla--
nos por lo menos.

d) SUETROCANTERICAS .- Las fracturas subtrocantéricas son to--
das las que se localizan a 5 cm abajo--
del trocanter menor, FIELDING las cla--
sificó de la siguiente manera.

- TIPO I .- Fractura a nivel del trocanter menor.
- TIPO II .- Trazo de fractura entre 2.5 y 5 cm debajo del --
trocanter menor.

- TIPO III.- Trazo de fractura entre 5 y 7.5 cm por debajo --
del trocanter menor.

Según Tronzo las fracturas subtrocantéricas son todas aque- -
llas que se encuentran ó localizan a nivel del trocanter me--
nor y el istmo.



ESQUEMA DE LAS DIVERSAS REGIONES DE
FRACTURA A NIVEL DEL FEMUR SUPERIOR

PROCEDER QUIRURGICO DE LAS FRACTURAS DE CADERA

En nuestra Unidad Hospitalaria a todo paciente con diagnóstico de Fractura de Cadera en cualquiera de sus variedades es intervenido quirúrgicamente si las condiciones generales del paciente lo permiten.

El que la vida probable sea corta en los pacientes seniles, no justifica las molestias de una fractura no consolidada, se tiene experiencia que los ancianos toleran muy bien la cirugía y la anestesia.

En cuanto a las fracturas subcapitales y cervicales el procedimiento quirúrgico es la colocación de Endoprótesis femorales.

Las fracturas Tipo I y Tipo II de la clasificación de Tronzo en las que Evans mencionó como fracturas estables, éstas son tratadas con Reducción anatómica y Fijación con Placa In-Situ.

En cuanto a las fracturas Tipo III y Tipo III Variante, Tipo IV y Tipo V de Tronzo la mayoría son tratadas con Osteotomía-Valgizante tipo Hughston Dimon.

Las fracturas subtrocantéricas son tratadas con Reducción Anatómica, Colocación de Placa Recta Moldeada, Clavo Centromedular ó con Placa Angulada Larga.

M A T E R I A L

A).- HUMANO

Pacientes hospitalizados en el Servicio de traumatología y Ortopedia con diagnóstico clínico y radiológico de fractura de Cadera en cualquiera de sus variedades.

Médicos adscritos al servicio de Traumatología y Ortopedia a los cuales estaban a cargo los pacientes. Personal de Laboratorio, personal del servicio de Radiodiagnóstico, personal de Archivo Clínico, personal de Enfermería de los servicios de CEYE, Hospitalización y Quirófano.

B).- FISICO

Expedientes Clínicos

Estudios Radiográficos

Material Quirúrgico

M E T O D O

La presente investigación es de tipo observacional, prospectiva, descriptiva, abierta, realizada en el Hospital Regional - Ignacio Zaragoza del ISSSTE, comprendida del mes de marzo de 1986 a septiembre de 1988.

Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que fueron internados en el servicio con diagnóstico de Fractura de Cadera en cualquiera de sus variedades y que fueron candidatos para tratamiento quirúrgico, se excluyeron aquellos pacientes que presentaron patología pulmonar y vascular, así como riesgo quirúrgico muy alto.

Se estudiaron las siguientes variables: Complicaciones postquirúrgicas, edad, sexo, tipo de fractura, tipo de tratamiento quirúrgico, diagnósticos acompañantes, riesgo quirúrgico, días de estancias, tipo de anestesia.

Todo paciente hospitalizado se le mejoran las condiciones generales, se solicita estudio radiográfico de cadera posteroanterior, tele de torax, estudios de laboratorio, biometría hemática, química sanguínea, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, valoración cardiopulmonar, así como - tratamiento quirúrgico lo más pronto posible, el tratamiento inicial fue analgésico y tracción cutánea ó esquelética según condiciones de miembros inferiores y la pronta programación - de cirugía.

La valoración Cardiopulmonar se realizó según la Clasificación de la Asociación Americana de Cardiología, la cual consta de IV clases que son /

- | | | |
|-------------|------------------|---|
| CLASE I .- | 5 puntos o menos | Riesgo propio de la Cirugía en pacientes sanos. |
| CLASE II .- | 6 a 12 puntos | Riesgo propio de la Cirugía en pacientes con enfermedad orgánica aguda ó crónica. |
| CLASE III.- | 13 a 25 puntos | El trauma quirúrgico pone en peligro la vida del paciente. |
| CLASE IV .- | 26 ó más puntos | Pronóstico de vida no mayor de 24 hrs., con ó sin cirugía. |

A todo paciente internado se le trató con analgésicos, anti-coagulantes, así como tratamiento para la enfermedad acompañante en caso de que se presentara. Se tomaron exámenes de laboratorio, se realizó valoración Cardiopulmonar, se cruzaron 2 unidades de sangre total ó paquete globular para ocuparse en caso necesario en el trans ó el postoperatorio, se realizó cirugía con los lineamientos normales, asepsia y antisepsia de la región, insición y técnica quirúrgica según el tipo de cirugía (Colocación de Endoprótesis Femoral, Técnica de Hughton, Colocación de Placa Recta Moldeada, Reducción Anatómica y Fijación In Situ), antes de cerrar la herida se colocó - -

drenaje, al terminar se colocó apósito estéril, los cuales se retiraron a las 24 ó 48 Hrs., el tiempo de hospitalización -- fué el requerido para cada tipo de cirugía y paciente, egresado el paciente se llevó control por medio de la consulta externa, citandose a los 15 días para retiro de puntos y al mes y dos meses se cita para control de consolidación de fractura.

R E S U L T A D O S

La edad de los pacientes estudiados fructúa entre los 50 y 90 años de edad.

El número de pacientes estudiados fue de 66, de los cuales 19 son del sexo masculino y 47 del sexo femenino, la frecuencia en porcentaje fue para el sexo masculino de 28.7 % y para el sexo femenino de 71.3 %.

En cuanto al tipo de fractura las Intertrocantéricas fueron las que más se presentaron con un número de 41 casos, seguidas de las Subtrocantéricas con un número de 12 casos, las Bascervicales con 9 casos y las Subcapitales con 4 casos, los porcentajes fueron 62.12 % para las fracturas Intertrocantéricas, el 18.18 % para las fracturas Subtrocantéricas, 13.63 % para las fracturas Bascervicales y 6.06 % para las fracturas Subcapitales.

Según el tipo de Cirugía, el procedimiento quirúrgico que más se realizó fue la Técnica de Hughston Dimon con una frecuencia de 34 casos, Artroplastía 15, Placa Recta Moldeada 14, -- Otros procedimientos (Placa In Situ, Técnica de Roger Anderson) 3, los porcentajes fueron para la Técnica de Hughston 51.51 %, Artroplastía 22.72 %, Placa Recta Angulada 21.21 %, -- y Otras Técnicas 4.54 %.

Se realizaron 42 procedimientos Anestésicos del Tipo de Bloqueo Peridural, 6 del Tipo Mixto (Bloqueo Peridural más Bloqueo Subaranoideo), 8 Bloqueo Subaranoideo y 10 procedimientos de Anestesia General, lo que nos dá un porcentaje del -- 63.63 % para el Bloqueo Peridural, 9.09 % para Bloqueo Subaranoideo y bloqueo peridural, 12.12 % para el Bloqueo subaranoideo y 15.15 % para la Anestesia General.

De las complicaciones que se presentaron la Neumonía fue la más frecuente con 11 pacientes, seguida por las Defunciones --

que se presentaron en 4 casos, así como la Mala Técnica en el Procedimiento Quirúrgico con 7 casos, Tromboembolia Pulmonar en 3 casos, el porcentaje fue de 16.16 % para los pacientes con Neumonía, 6.00 % para las Defunciones, 10.60 % en Mala Técnica quirúrgica, y 4.54 % en los casos con Tromboembolia Pulmonar.

El tiempo de Estancia Hospitalaria fue de 8 a 27 días siendo el promedio de 14 días, requeridos por 11 pacientes con un porcentaje de 16.66 %.

En lo referente a enfermedades acompañantes la Diabetes Mellitus se presentó en 15 pacientes, Hipertensión Arterial Sistémica en 10 pacientes, Infecciones de Vías Urinarias en 4 pacientes, Artritis Deformantes 16 pacientes y Demencia Senil en 10, correspondiendo en porcentaje la Diabetes Mellitus 22.72 %, Hipertensión Arterial Sistémica 15.15 %, Infección de Vías Urinarias 6.06 %, Demencia Senil 15.15 % .

FRECUENCIA POR SEXO

MASC.	FEM.	TOTAL
19	47	66

TIPO DE FRACTURA

INTERTROCANTERICA	41
SUBTROCANTERICA	12
BASECERVICAL	9
SUBCAPITAL	4

T O T A L 66

PORCENTAJE POR SEXO

MASC.	FEM.	TOTAL
28.7 %	71.3%	100 5

PORCENTAJE POR FRACTURA

INTERTROCANTERICA	62.12 %
SUBTROCANTERICA	18.18 %
BASECERVICAL	13.63 %
SUBCAPITAL	6.06 %

T O T A L 100.00 %

FRECUENCIA POR EDAD

50 - 54	3
55 - 59	10
60 - 64	2
65 - 69	6
70 - 74	3
75 - 79	6
80 - 84	21
85 - 89	8
90 - 94	6
95 - 100	1
T O T A L	66

PORCENTAJE POR EDAD

50 - 54	4.54 %
55 - 59	15.15 %
60 - 64	3.03 %
65 - 69	9.09 %
70 - 74	4.54 %
75 - 79	9.09 %
80 - 84	31.83 %
85 - 89	12.12 %
90 - 94	9.09 %
95 - 100	1.51 %
T O T A L	100.00 %

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA.

TIPO DE ANESTESIA

BLOQUEO PERIDURAL	42
BLOQUEO PERIDURAL MAS BLOQUEO SUBARANOIDEO	6
BLOQUEO SUBARANOIDEO	8
ANESTESIA GENERAL	10
T O T A L	66

FORCENTAJE DEL TIPO DE ANESTESIA

BLOQUEO PERIDURAL	63.63 %
BLOQUEO PERIDURAL MAS BLOQUEO SUBARANOIDEO	9.09 %
BLOQUEO SUBARANOIDEO	12.12 %
ANESTESIA GENERAL	15.15 %
T O T A L	100.00 %

TIPO DE CIRUGIA

TECNICA DE HUGHSTON	34
ARTROPLASTIA	15
PLACA RECTA MOLDEADA	14
OTROS	3
T O T A L	66

PORCENTAJE DE LAS CIRUGIAS

TECNICA DE HUGHSTON	51.51 %
ARTROPLASTIA	22.72 %
PLACA RECTA MOLDEADA	21.21 %
OTROS	4.54 %
T O T A L	100.00 %

COMPLICACIONES

NEUMONIA	11
MALA TECNICA	7
CONSTIRPACION	2
DEFUNCIONES	4
INFECCIONES	2
TROMBOEMBOLIAS	3
OTRAS	2

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES

NEUMONIA	16.66 %
MALA TECNICA	10.60 %
CONSTIRPACION	3.03 %
DEFUNCIONES	6.06 %
INFECCIONES	3.03 %
TROMBOEMBOLIAS	4.54 %
OTRAS	3.03 %

ENFERMEDADES ACOMPAÑANTES

DIABETES MELLITUS	15
HIPERTENSION ARTERIAL	10
INFECC. VIAS URINARIAS	4
ARTRITIS	16
DEMENCIA SENIL	10

PORCENTAJE ENFERMEDADES ACOMPAÑANTES

DIABETES MELLITUS	22.72 %
HIPERTENSION ARTERIAL	15.15 %
INFECCION VIAS URINARIAS	6.06 %
ARTRITIS	24.24 %
DEMENCIA SENIL	15.15 %

DIAS DE ESTANCIA

8	7
9	11
10	7
11	2
12	7
13	1
14	11
15	2
16	3
17	1
18	3
19	1
20	3
21	2
23	1
26	1
27	3

PORCENTAJE DIAS ESTANCIA

8	10.60 %
9	16.66 %
10	10.60 %
11	3.03 %
12	10.60 %
13	1.51 %
14	16.66 %
15	3.03 %
16	4.54 %
17	1.51 %
18	4.54 %
19	1.51 %
20	4.54 %
21	3.03 %
23	1.51 %
26	1.51 %
27	4.54 %

D I S C U S I O N

La frecuencia de las Fracturas de Cadera en relación con la - Literatura Internacional es similar, presentandose en un 60 % en mujeres. Según la localización éstas se presentaron a nivel trocantérico en un 62.12 %, contrario a lo referido en la literatura donde se presenta en primer lugar las transcervicales.

En lo referente a la Cirugía la que más se realizó fue la Técnica de Hughston Dimon, considerando ésta como la ideal ya -- que el tiempo quirúrgico es más reducido que otras técnicas y se logra una excelente fijación.

De las complicaciones la principal fue la Neumonía en un - - 16.66 % presentandose en los pacientes de más edad, el porcentaje obtenido en nuestro estudio es muy inferior a lo reportado en la Literatura Internacional la cual es la del 20 al 25% La siguiente complicación presentada es la Falla en la Técnica Quirúrgica la cual se presentó en un 10 % siendo una de -- las causas principales la mala calidad ósea (Osteoporosis), las Defunciones se presentaron en un 6.06 % siendo similar a lo reportado en la Literatura Internacional, la Tromboembolia se reportó en un 3.54 % porcentaje inferior a lo reportado en la Literatura.

C O N C L U S I O N

El presente trabajo de investigación cumple con sus objetivos fijados que son el conocer la morbilidad presentada en -- nuestra Unidad Hospitalaria.

Se comprobó la incidencia real de las fracturas de cadera, -- las cuales se presentan en un 71.30 % en el sexo femenino y -- el 28.70 % en el sexo masculino.

En lo referente al tipo de fractura la Intertrocantérica fue -- de 62.12 % seguidas de las Cervicales en un 19.69 %.

En cuanto a la incidencia de las complicaciones que se presen -- taron en nuestro estudio la principal fue la Neumonía con un -- 16.66 % , seguida de Mala Técnica Quirúrgica con un 16.60 % -- así como también los problemas Tromboembólicos con un 4.54 % , la frecuencia de las complicaciones como son la Neumonía y la Tromboembolias se pueden disminuir tratando al paciente más -- integralmente realizando el tratamiento quirúrgico lo más -- pronto posible en cuanto las condiciones generales lo permi-- tan, así como integrar a la unidad de traumatología y ortope -- dia un técnico en medicina física y rehabilitación y un técni -- co en inhaloterapia con lo cual la movilización del paciente -- sería más temprana y se evitarían éstas complicaciones en -- gran medida.

La mortalidad se presentó en un 6.06 % debido a la edad de -- los pacientes y las enfermedades acompañantes.

B I B L I O G R A F I A

TRONZO, RAYMOND G.

- Cirugía de Cadera
1er. reimpresión 1980
Buenos Aires, Panamericana

EDMONSON, ALLEN S., CRENSHAW, A. H.

- Cirugía Ortopédica de Campbell
Tomo I y II 6a. Edición 1981
Buenos Aires, Panamericana

CONNOLLY, JOHN F.

- Atlas de Tratamiento de Fracturas y Luxaciones de Palma
Tomo I y II 3a. Edición 1984
Buenos Aires, Panamericana

WILSON, J. H.

- Fracturas y Heridas Articulares
Tomo I y II 3a. Edición 1980, reimpresión 1982
Barcelona, Edit. Salvat

RAMOS VERTIZ, JOSE RAFAEL

- Traumat-Ortop
Tomo I y II, Edición 1984
Buenos Aires, Edit. Ergon

MULLER, M. E., et ali

- Manual de Osteosíntesis, Edición 1980
Barcelona, Edit. Científico Médico.

BOMBELLI, RENATO

- Artrosis de la Cadera, Edición 1985
Barcelona, Edit. Salvat

SCHNEIDER, ROBERT

- La prótesis total de la Cadera, Edición 1983
Madrid, Edit. AC

Subtrochanteric fracture as a complication of proximal femoral pinning.

Karr Rk et al Clinic Orthop, 1985 Apr (194):214-7

Ender nailing of pertrochanteric fractures complicaciones related to technical failure and bone quality

Zain Siguond et al Mennmed, 1985 May 68(5) 363-7

Tromboembolism following hip fracture

Montrey Js et al J Trauma, 1985 Jun 25(6)534-7

Technical failuyre following osteosistesis of trochanteric --
Fracture the femur a clinical follow-up study Homer Hansen Et
Al Ugesk Laeger 1985 Jun 3:147 (23) 1846-9

Rate of Mortality for Elderly Patients after Fracture of the Hip in the 1980's.

B. L. White, The Journal of Bone and Joint Surgery, 1987 Dec.
Vol. 69-A No. 9