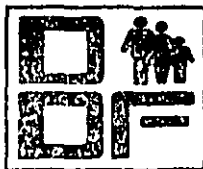


11211
2ej.
7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Dirección General de Servicios Médicos
del Departamento del Distrito Federal
Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza Médica
Departamento de Posgrado
Curso Universitario de Especialización en
Cirugía Plástica y Reconstructiva

ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE FRACTURAS
FACIALES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENE-
RAL DE URGENCIAS XOCO DE 1985-1987

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
P R E S E N T A :
DR. MARIO ALFONSO CRUZ MONROY
Para Obtener el Grado de:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA
PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

Director de Tesis: Dr. Jorge R. Oropeza M.

1988
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.

I N D I C E

| | | | |
|--------|--------------------|-------|----|
| I.- | RESUMEN | | 1 |
| II.- | INTRODUCCION | | 2 |
| III.- | MATERIAL Y METODOS | | 6 |
| IV.- | RESULTADOS | | 8 |
| V.- | DISCUSION | | 10 |
| VI.- | CONCLUSIONES | | 12 |
| VII.- | BIBLIOGRAFIA | | 14 |
| VIII.- | ANEXO | | |

I RESUMEN:

Las lesiones por accidentes o violencia se considera un problema de salud que afecta en forma importante la región de cabeza y cuello, en el presente estudio se realizó un análisis de fracturas faciales de tipo retrospectivo de enero de 1985 a diciembre de 1987 con un total de 403 casos atendidos en la sala de Urgencias del Hospital de Xoco D.D.F. y registrados en la unidad de observación. Fueron revisados de acuerdo a protocolo que incluye edad, sexo, causa, relación de ingesta de alcohol, el turno de ingreso, día de la semana y el diagnóstico por localización anatómica de la cara. De los casos revisados la edad promedio durante 1985-1986 en el rango 25-29 años de edad y 1987 en rango 30 a 34 años, la relación hombre mujer fue aproximadamente 3:1, en la causa la violencia supero a los accidentes con un pequeño margen.

En cuanto la ingesta de alcohol el 81% de las fracturas faciales no tuvo relación a la ingesta de alcohol a su ingreso considerando muy elevado con respecto a otros estudios, en los turnos de ingreso el vespertino y nocturno fueron mayores que el matutino, la máxima concentración en cuanto los días de la semana del viernes al lunes es la mayor incidencia, en cuanto a las fracturas faciales las de mandíbula son más frecuentes en un promedio de 60%, a continuación las de tercio medio y en especial las de cigoma en el tercio superior se observo un porcentaje muy bajo por presentarse asociadas por fracturas de craneo y por falta de un diagnóstico adecuado pensamos que estas pueden presentarse con mayor frecuencia. Del análisis total de trauma facial el 6% corresponde a fracturas faciales.

II INTRODUCCION:

En las grandes ciudades como la nuestra se ha observado un incremento en la morbi-mortalidad por accidentes - afectando en forma importante la población económicamente activa.

Hasta estos momentos no existen registros ni estadísticas locales que nos den una idea clara del problema, y se encuentran con series de estudios en la bibliografía extranjera y que se toman como base para el manejo del paciente con fracturas faciales.

En nuestra sociedad por su complejidad el trauma por accidentes se ha convertido en un problema de salud, el trauma maxilofacial no es la excepción y las lesiones de tejidos blandos y fracturas faciales se ven con frecuencia en las salas de urgencias. La corrección de las deformidades y disfunciones es el mayor interés en el tratamiento de las lesiones en la región maxilofacial, en ocasiones salvar la vida, restaurar la función y posterior integración a la sociedad.

Frecuentemente los pacientes con lesiones faciales se asocia a lesiones de otros órganos, por lo que el diagnóstico y el tratamiento inicial se realiza junto con otras disciplinas y el planteamiento de un tratamiento a veces se requiere de alta satisfacción.

No se cuenta con esa información local sobre las fracturas faciales que incluya datos estadísticos y valoración de las características concómitantes que permitan mejorar el diagnóstico y el tratamiento de estos en nuestro medio.

En los últimos diez años se ha incrementado las publicaciones sobre traumafacial. Describiendo las tendencias sociales- la naturaleza y la distribución por grupos de edades, así como - las características de eventos individuales como aditamentos para deportes y vehículos (1,2,3,) en publicaciones de otros países reportan series de varios tamaños y algunas variaciones de los pacientes y en sus características que pueden atribuirse a factores de desenvolvimiento social y cultural (4).

En una serie publicado por Hill y Cols de 945 fracturas- encontrando un relación hombre mujer de 2.6:1 en cuanto a la edad el promedio fue de un 30.5%, los accidentes de tráfico fue- de 23%, por deportes 16.3%, en industria solo 3%, otras causas- 27.2% en cuanto a la relación de fracturas de mandibulay maxila fue de 1.2:1 haciendo énfasis que en ocasiones se dificulta el diagnóstico y la interpretación (5,6).

En otras publicaciones Azaelius y Rosen reportan que el 60% de las fracturas faciales involucran al tercio medio de la - cara(6,7,8). Spenagos y Zchariades y Cols, encontraron que las fracturas de mandibula son más frecuentes en un 80% y con relación hombre mujer de 4:1 y la causa más común fueron los acci- dentes de tráfico.

EnBenghazi, Libya de un análisis de 2888 de fracturas - faciales las fracturas de mandibula fueron de 60% comparadas con las del tercio medio que fueron de 40% y con la relación hombre mujer de 5.4:1 y como causa de los accidentes de tráfico(11,12)'

Van Hoof y Colsen 1977 estudio pacientes con fracturas- faciales en Nijnenegen y las compara con las de Gran Bretaña -- las dos Alemanias, en todos los casos de fracturas de mandibula es más frecuente que en la maxila, en cuanto a la relación hombre mujer varia 7.3:1 a 2.9:1 Van Hoof encontro una alta inciden- cia de fracturas que ocurrían en edades de 11-20 años y la cau- sa más común fue por accidente de tráfico excepto en Alemania - en el que el asalto predomino.

En Nigeria, Adekeye en 1980 estudia pacientes de fracturas faciales en número de 1447 encontrando una relación hombre mujer de 19.9:1 mucho más alto que otros estudios publicados y el 75% fueron por accidente de tráfico (15,16,17).

En América Fortunato y Cols 1982 reporto fracturas en niños en las que encontro una relación hombre mujer 2.5:1 incrementandose 1:1 por arriba de los 7 años y de 4;2:1 arriba de los 15 años. Lendrot en 1983 realizó una revisión de 30 años post-guerra de las fracturas observadas en Hamburgo enfatizando el incremento en el tercio medio y particularmente como resultado de accidentes automovilísticos, disminuyendo los accidentes industriales y deportivos (12). Zachariades y Cols. En Grecia 1983 refiere un estudio en el Hospital "Apostol Paul" en el departamento maxilofacial durante un periodo de 10 años-se admitieron 6548 de los cuales 1791 el 27% fueron accidentes de tráfico (19, 20).

Otro dato interesante en Tenesse U S A el 80% de las fracturas atendidas el 59% fueron violencia intencional (21) - Hills y Cols reportan que en recientes investigaciones, sugiere que el alcohol es un factor importante implicado en un 50% tanto en accidentes de tráfico como por asalto. En Gran Bretaña el consumo de alcohol se incrementa anualmente, siendo proporcional al incremento de accidentes (22, 23, 24).

Revisando las estadísticas generales de salud de la República Mexicana observamos que desde la etapa pre-escolar la mortalidad por accidentes ocupa el primer lugar; en hombres y mujeres de 15-24 años ocupa también el primer lugar, en etapa escolar el primer lugar y la mortalidad por accidentes en hombres de 25-44 años continua en primer lugar y en las mujeres ocupa también el tercer lugar, en la etapa de 45-64 años en hombres ocupa tercer lugar y en mujeres cae hasta octavo lugar esto nos indica que la mayor afección es en etapa económicamente activas y en edades mayores es ya superada por enfermedades

cardiovasculares, tumores, cirrosis hepática, diabetes Mellitus y otras causas (25).

Las fracturas faciales se atienden en las salas de urgencias y se presentan como resultado de un accidente o una violencia, estas son atendidas por Cirujanos Plásticos y Reconstructivos y por Cirujanos Maxilofaciales de los cuales no se tienen reportes de la incidencia por lo que solo nos damos una idea por los reportes que existen en la bibliografía mundial.

El presente trabajo pretende establecer nuestra propia experiencia en cuanto a la atención de las fracturas faciales comparandolas con las de otros centros hospitalarios.

III.- MATERIAL Y METODOS

Se realizó una investigación de tipo encuesta descriptiva, retrospectiva y longitudinal, de las fracturas faciales que fueron atendidas en el servicio de urgencias del Hospital General y De Urgencias Coyoacán Xoco del D.D.F. En el periodo de Enero de 1985- a Diciembre de 1987.

En este estudio fueron excluidas las lesiones de trauma facial sobre los tejidos blandos y las fracturas nasales, las lesiones dentales y dentoalveolares se agruparon como fracturas dentoalveolares . Las fracturas de los huesos de la cara se dividieron por tercios para su evaluación y registro.

Las variables que se estudiaron fueron:

EDAD: Se capto en base a años cumplidos y posteriormente se se determino la edad promedio.

SEXO: La información se proceso en base a sexo y diagnóstico mas frecuente, determinando la relación hombre mujer.

CAUSA: Se registro como accidente o violencia, considerando como accidnetes causas inesperadas incluyendo accidentes de tráfico, deportivos, de trabajo y del hogar. Y violencia las agreciones directas, voluntarias, premeditadas como asaltos y riñas, incluyendo las lecciones por arma de fuego.

INGESTA DE ALCOHOL: Se capto esta información como si ebrio no ebrio, considerando ebrio desde aliento alcoholico-- hasta ebrio completo y relacionandolas con fracturas fa ciales a su ingreso a urgencias.

TURNO DE INGRESO: Considerando estos matutino de las 8 hrs. a las 14 hrs., vespertino de las 15 hrs. a las 20 hrs., nocturno de 21 hrs. a 7 hrs., tomando en cuenta la hora de ingreso al servicio de urgencias.

HOSPITALIZACION: Se considerarán los casos que fue necesario hospitalizar para su observación con lesiones asociadas y para tratamiento quirurgico.

DIA DE LA SEMANA: La información se captó con numeración de 1 al 7 considerandolos 1 como lunes y así sucesivamente hasta el número 7 domingo, esto es para valorar el comportamiento de las fracturas en relación a los días de trabajo.

DIAGNOSTICO: Se basa en la división ya establecida dentro de la especialidad para el estudio de las fracturas faciales y es por tercios. El tercio inferior se incluye la mandibula y fracturas dentoalveolares con la subdivisión de sínfisis, cuerpo, ángulo, rama acendente, cóndilo apofisis coronoides. En el tercio medio se considera el maxilar, el cigoma y la orbita. Fue utilizada la clasificación de Keith y North para el cigoma la clasificación de Lefort para maxila y las orbitas como puras e impuras. Las del tercio superior agrupadas como nasofrontales y frontobasales y del seno frontal. Se consideró a más de 2 fracturas en diferentes regiones como fracturas panfaciales.

IV RESULTADOS:

Se estudiaron 403 casos de los que existen registrados en la fuente de información consultada, con el diagnóstico fracturas faciales que corresponde al 6% del total de trauma facial atendidos. De esto 80% fueron del sexo masculino y 20% sexo femenino con una relación hombre mujer de 4:1 (fig.1).

Los grupos de edad mas afectados estuvieron entre 25-29 años para los dos primeros años y en el de 30-34 para 1987 con una edad promedio para los tres años de 27.6 años.

La causa de las fracturas de acuerdo a la clasificación como accidente o violencia observamos que el 51% se presentan por violencia que es un porcentaje elevado . El 49% por accidente con predominio de los accidentes de tráfico, como atropellamiento y lesiones por choque de vehiculo. (fig. 5).

El papel del alcohol relacionado con la etiología de las fracturas en nuestro estudio solo se presento en un 19% y el 81% sin relación con la ingesta de alcohol, cabe hacer mención a un fenomeno que se observo durante la recolección de los datos que los pacientes se presentan al servicio de urgencias para una calificación de las lesiones en forma diferida, afectando la determinación final de la relación de alcohol y fracturas faciales (fig.2).

En cuanto de turno de ingreso de los pacientes a los que se diagnostica fractura facial el comportamiento es homogéneo con una predominancia del turno nocturno y vespertino, como se muestra en la grafica (fig.3), observando un porcentaje menor en el turno vespertino para el año 1985.

De la determinación de la relación de las fracturas faciales

con los días de la semana. Se observa una mayor frecuencia en los fines de semana con curvas de ascenso a partir del día jueves y -- franco descenso a partir del día lunes. (fig.4).

El diagnóstico anatómico de las fracturas, encontramos que en un 60% son mas frecuentes las de mandibula y de estas las mas - frecuente las de angulo en un 21%, las del tercio medio se presentaron en un 35% presentandose con mayor frecuencia las de cigoma - en un 15%. Las fracturas panfaciales se presentaron en 4% de los casos, para el tercio superior considerando las fracturas nasofron- tales y frontobaseles y del seno frantal se presentaron en 9%, pu- diendo presentarse con mayor frecuencia ya que pueden asociarse a fracturas frontales, frontotemporales, fracturas de piso de cráneo y que no se diagnostican para clasificarse como tales y que estas- generalmente son atendidas por un neurocirujano. (figuras 6,7,8).

De las fracturas captadas en algunos casos fueron hospitali- zadas en un porcentaje de 57.3% ya que requerian observación por lesiones asociadas o intervención quirurgica para su tratamiento - de las lesiones asociadas, quedando un 42.7% de no hospitalizados por no requerir un tratamiento quirurgico o la resolución en la sala de urgencias (fig. 9).

V DISCUSION:

Las lesiones por trauma facial y en especial las fracturas faciales se han modificado, incrementándose en número y la causa por accidentes de tráfico, así como su mortalidad (4,24,25), en los últimos años.

Del estudio retrospectivo realizado de 403 casos es similar a otros reportes en cuanto a cantidad (Luce 1979). reporta 127 casos - por año (14), otro reporte (Zachariades(1984) reporta 1791 casos en diez años y mencionando que corresponde a un 27%. Las fracturas faciales en nuestro reporte corresponde a un 6% de total de trauma facial la diferencia es que la captación fue solo del servicio maxilofacial y el nuestro de un servicio de urgencias.

La relación hombre mujer en todos se reporta mayor incidencia en el sexo masculino y varia de acuerdo a las sociedades, Hill reporta una relación 2.6:1 en Nigeria, Adereke (1980) reporta una relación de 16.9:1, Fortunato (1982) reporta en niños 2.5:1, en el presente estudio es de 4:1, representando que el sexo masculino esta mayormente expuesto, y progresivamente aumentada para el sexo femenino cuando alcance igualdades en trabajo y desarrollo social.

En cuanto a las edades Van Hoof (1977) en cuanto al grupo de edad mas afectado para fracturas faciales de 11-20 años, Hajar Medina (1986) en un estudio de mortalidad por accidentes, violencia y envenenamiento el grupo mas afectado fue de 20-24, en el presente estudio el grupo de edad de 25-34 años con un promedio de 27.6 años, Hill (1984) reporta promedio de edades de 25 años .

La etiología de fracturas faciales más comunmente reportada es por accidentes de tráfico Lendrot (1983), Huelke (1961), Fortunato (1982), Killer (1963), Van Hoof (1977), Khalil y Shaladi (1981) y -

Zachariades (1983). Otros reportes en Alemania del Este predomino - mas la causa por asalto Nakamura y Groos (1973), en la Universidad de Tenesse encontraron 59% de todas las fracturas resultaron de violencia intencional como causa, nosotros encontramos del total de - fracturas faciales estudiadas la violencia fue mayor en un 51%.

La relación de ingesta de alcohol con las fracturas faciales en accidentes de tráfico y violencia, en investigaciones recientes - reporta una asociación del 50% de los casos. Nosotros encontramos - la relación en solo un 19%, considerando que es necesario una inves - tiguación mas detallada ya que pensamos el porcentaje es mayor en nu - estro medio.

Por las características de nuestra sociedad y costumbres los - días donde se incrementan el número de fracturas faciales es de jue - ves a domingo y sobre todo los que se relacionan con pagos quincena - les. Los turnos mayormente afectados son el vespertino y nocturno - fuera de las horas de trabajo, no encontramos reportes de estas va - riables.

Las fracturas del tercio inferior son mas frecuentes en la - presente investigación en un 60% que concuerda con el reporte de - Khalil y Shaladi (1981). Otro reporte de Zachariades (1983) encontro - que las fracturas de mandibula se presentan en un 80%. Afzelius y - Rosen (1977) reportan que el 60% de las fracturas faciales involu - cran el tercio medio de la cara. En nuestro servicio se captaron - fracturas panfaciales en un 4%. Las fracturas del tercio superior - son raras pero en un reporte representan el 5.6% de las fracturas - faciales (4), contra 1% de nuestro reporte, refiriendo a la impor - tancia en las deformidades y complicaciones de las mismas.

Los fenómenos estudiados consideramos que pueden modificarse - de acuerdo al desarrollo económico, social y cultural por lo que los - reportes varían de un país a otro.

VI CONCLUSIONES:

- 1.- De nuestros resultados encontramos que las edades afectadas estan en la poblacion econ6micamente activa, esto aunado al incremento de accidentes. El trauma facial y en especial los faciales constituyen un problema de salud que va adquiriendo mayor relevancia.
- 2.- Por las caracteristicas de nuestra sociedad el sexo masculino se ve mas afectado pero con incorporaci6n de la mujer a la vida productiva se ir3 incrementando el n6mero y disminuyendo la relaci6n hombre mujer, como ya se reporta en otros paises econ6micamente mas avanzados.
- 3.- La ingesta de alcohol en relaci6n a la etiolog3a de las fracturas faciales no se determino en forma satisfactoria por lo que requeriria un estudio ulterior ya que no corresponde el resultado con los reportes hasta estos momentos presentados.
- 4.- Dentro de la causa la violencia predomino en el presente estudio superando las causas por accidente de tr3fico, esto puede estar determinado por el grado de agresividad de la poblaci6n en estudio que puede estar condicionado como un fen6meno sociol6gico, adem3s que las caracteristicas de la poblaci6n varfa y pr3cticamente proviene de todos los puntos de la ciudad, as3 como de pacientes trasladados de otros estados de la Rep6blica como Morelos, Guerrero. Pachuca, Estado de M3xico.
- 5.- El pron6stico del resultado del tratamiento establecido desde el primer contacto de las fracturas faciales es determinante, ya que incluyen el aspecto funcional y est3tico. Teniendo los medios adecuados para diagn6stico y tratamiento mejoraran los resultados. Este estudio brinda un panorama del tipo de fracturas mas-

Frecuente podría tomarse en cuenta mejora la infraestructura de nuestros hospitales.

- 6.- Las fracturas del tercio superior consideramos pueden presentarse con mayor frecuencia y requiere mayor atención para su diagnóstico.
- 7.- Para la disminución de la incidencia del trauma facial y por lo tanto las fracturas faciales requiere de una educación para la salud a la población en general con respecto a los accidentes, incluyendo algunas medidas preventivas como la disminución de ingesta de alcohol, mejorar las condiciones mecánicas de los vehículos, utilización de cinturones de seguridad en forma obligatoria, seguir los señalamientos de vialidad e investigar la causa de agresividad que se presenta en zonas de alta incidencia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ellis E. Ten years of mandibular fractures
J. oral Surg. 59(1985)120
- 2.- FROST D.E. El-Attar Moos Evaluation of metacarpal
Bone in the mandibular fracture, Br. J. Oral Surg.
- 3.- Cannel, H. J. B. King and facial injuries after lowspeed
Motor-cycle accident, Br. Oral Surg. 20 (1982)38.
- 4.- Loannides, H.P. Freihofer I. Brunset; trauma of the upper
third of face J. max-fac Surg. 12(1984)255.
- 5.- Matras, H., H. Kuderma combined craneo-facial fractures
J. max-fac Surg. 8(1980)2-59
- 6.- Afzelius, L. E. Rosen facial fractures; A Review of 368
cases int. J. Oral Surg. 9(1980)25
- 7.- Lanigan, D.T., D.J.W. Stoeltingan; fractures of the supra-or-
bital rim J. Oral Surg. 38(1980)764-770
- 8.- Spengos M.N., N. Swenzer. D. Demetroglou; A. Patten of fa-
cia fractures in Greece. Int. J. Oral Surg. 10(1981)248
- 9.- Zachariades, N.D. Papacassiliou, I. Kondouroulis fractures
Skeleton in Greece J. Max-fac Surg. 11(1988)142
- 10.- Khalil., A.F.O.A. Shaladi; fractures of the facial bones in
the Eastern Region of Libya Br. J. Oral Surg. 19(1981)300
- 11.- Melmed e,p,a,j, Koonin; fractures of the Mandible Plastic
Reconstruc Surg. 56(1975)323

- 12.- Van Hoof, R.F.C.A. Merkes E.C. Stekelenburg; the Different Patterns of the facial Skeleton in for European countries Int J. Oral Surg.
- 13.- Stell R.J. Litter Effect of Seal Legislation Lancet 845, 2 (1983)34
- 14.- Luce E. A. T.D. Tubb A. M. Oore; Review of 1 000 Major Facial fractures and Associated injuries Plastic Reconstrucc Surg. 63(1979)26
- 15.- Cruce., C. W. P. K. Blenkins, E. A. Lice Naso Ethmoid Orbital fractures J. Trauma 20 (1980) 551-556
- 16.- Cope M. R. Spontaneous fracture an atypical edentulous mandible treated with fixation Brit J. Oral Surg. 20 (1980)22
- 17.- Fortunato M. A.F. A. IEDDING L.H. Guernsey facial Bone fractures in children Oral Surg. 53(1982)225
- 18.- Lentrecht J. Maxillofacial injuries Statics and Cause of accident in oral and maxillofacial traumatology Ed. Kruger and Schillquissen int. Chicago 1983
- 19.- Zachariades N. D. Papassilou D Triatayfyou E. Vaiaktaris I Paademetriou M Mezitis A. Papidis fractures of facial Skeleton in the edentulous Patients, J. Max-fac facial 12(1984)262-266
- 20.- Nakamura M. D. W. C. Gross facial fractures Analysis of five years of experience Arch Otolaryngol 97(1973)288

- 21.- Levince P.A.R.I. Goode; Tretment of the fractures of the udentolous mandible treated withot fixation. Brit. J. Oral Surg. 13(1982)167.
- 22.- Mandsdon p.n.j.e. Hoopes C.T. Structural Pilaris of the facial Skeleton and Approach to the managet of lefort fratures Plastic Recontruc, Surg. 66(1980)54
- 23.- Prie J. D. Facial Fractures and Set Belts Br. Dent. J 155(1985)112
- 24.- Estadísticas Generales de Salud INSS 1979
- 25.- Hill M, Crosher, Carroll M, Mason D. Facial Fractures the Results of a prospective Four-Year Study J. Max. Fac. Surg. 12(1984)267-270
- 26.- Hajar M.C. Rea Castañeda R, Muggenlong C Mortalidad por accidentes, violencia y envenenamientos en el Distrito Federal de 1979 a 1982 Salud Pública Méx. 28(1986)413-437.

FEMENINO
MASCULINO

HISTOGRAMA QUE MUESTRA LA DISTRIBUCION DEL SEXO EN LAS FRACTURAS FACIALES

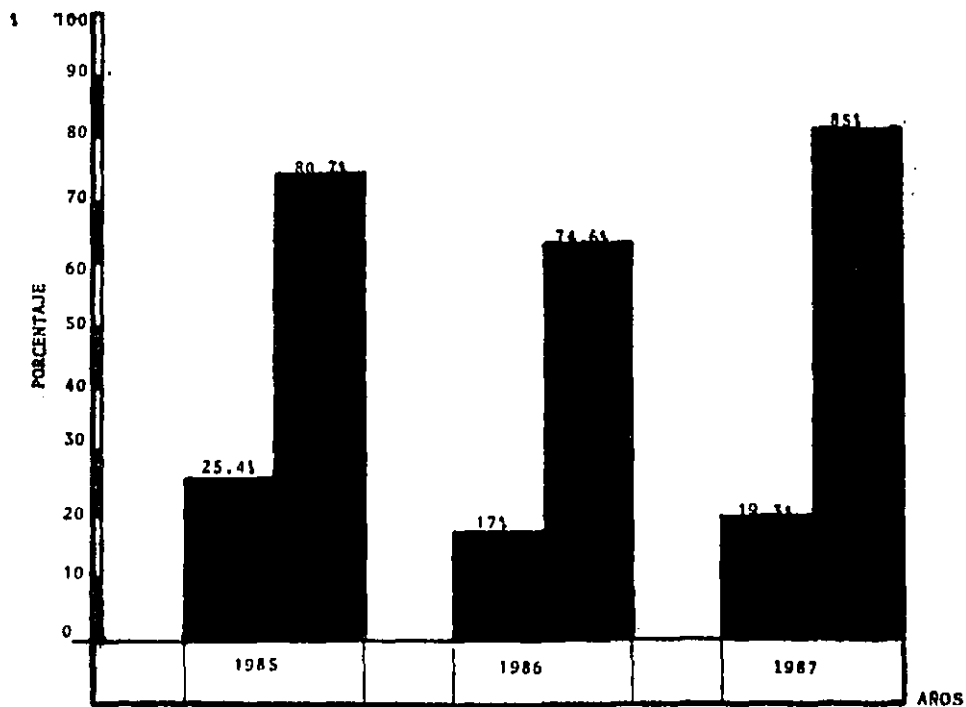


FIGURA 1

| CATEGORIAS Estado de ebriedad | 1985 | | 1986 | | 1987 | | TOTAL | |
|----------------------------------|--------|------|--------|------|--------|-----|--------|-----|
| | #Casos | % | #Casos | % | #Casos | % | #Casos | % |
| SI EBRIO | 31 | 18.7 | 25 | 16.2 | 18 | 22 | 74 | 19 |
| NO EBRIO | 135 | 81.3 | 129 | 83.8 | 65 | 78 | 329 | 81 |
| TOTAL | 166 | 100 | 154 | 100 | 83 | 100 | 403 | 100 |

FIGURA 2 Cuadro con relación de fracturas faciales y la ingesta de alcohol

FIGURA 3 Relación de fracturas faciales con turno de ingreso a urgencias

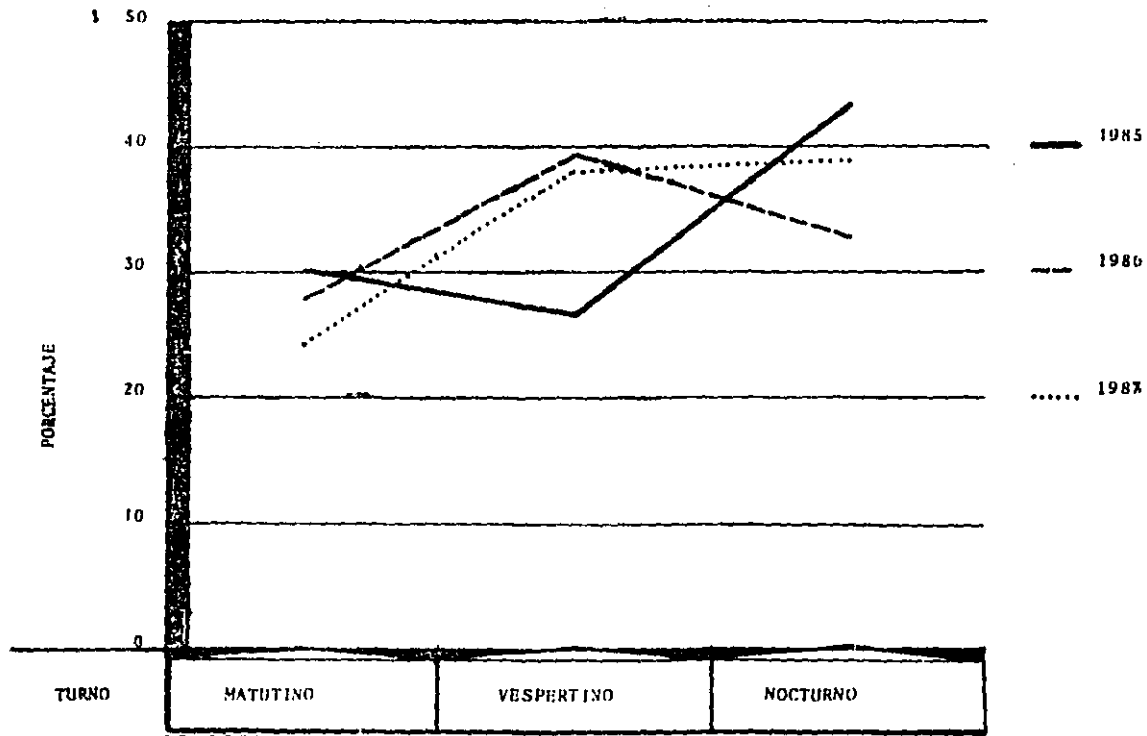
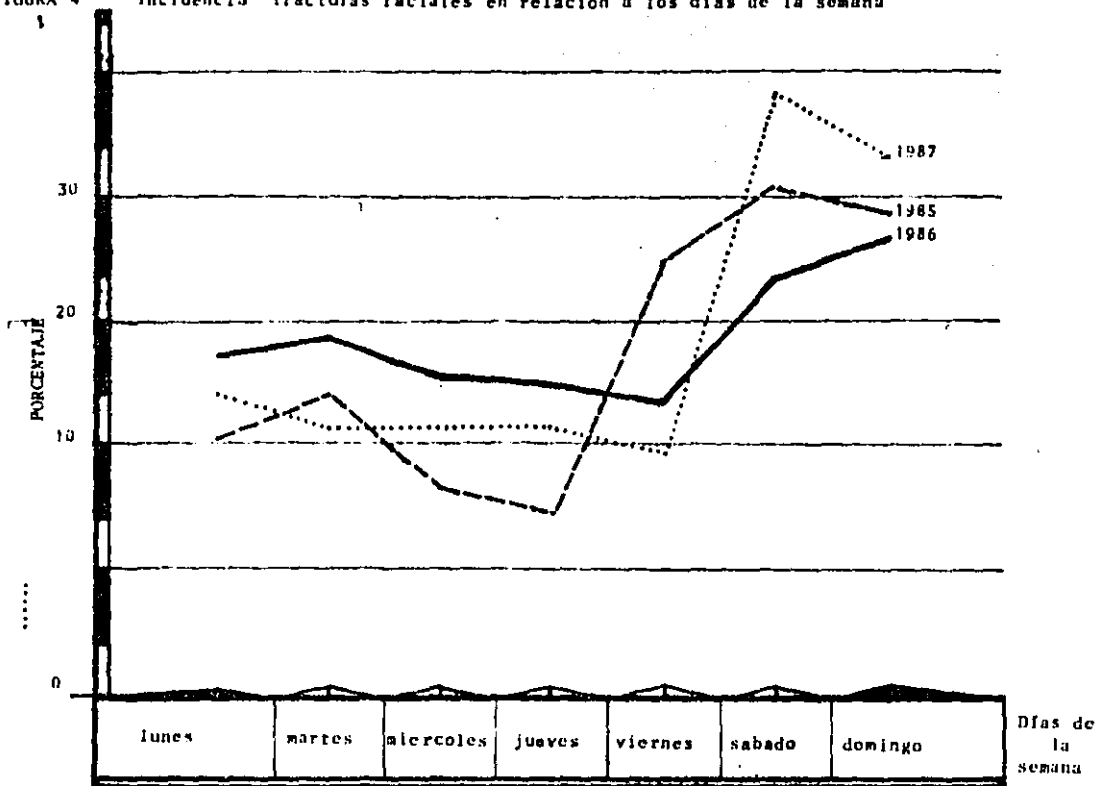


FIGURA 4 Incidencia fracturas faciales en relación a los días de la semana



| CATEGORIA | 1985 | | 1986 | | 1987 | | TOTAL | |
|-----------|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|
| | #Casos | 1 | #Casos | 1 | #Casos | 1 | #Casos | 1 |
| ACCIDENTE | 81 | 49 | 76 | 49 | 40 | 48 | 197 | 49 |
| VIOLENCIA | 85 | 51 | 78 | 51 | 43 | 52 | 200 | 51 |
| TOTAL | 166 | 100 | 154 | 100 | 83 | 100 | 403 | 100 |

FIGURA 5 Cuadro de la Clasificación de las fracturas faciales de acuerdo a su causa

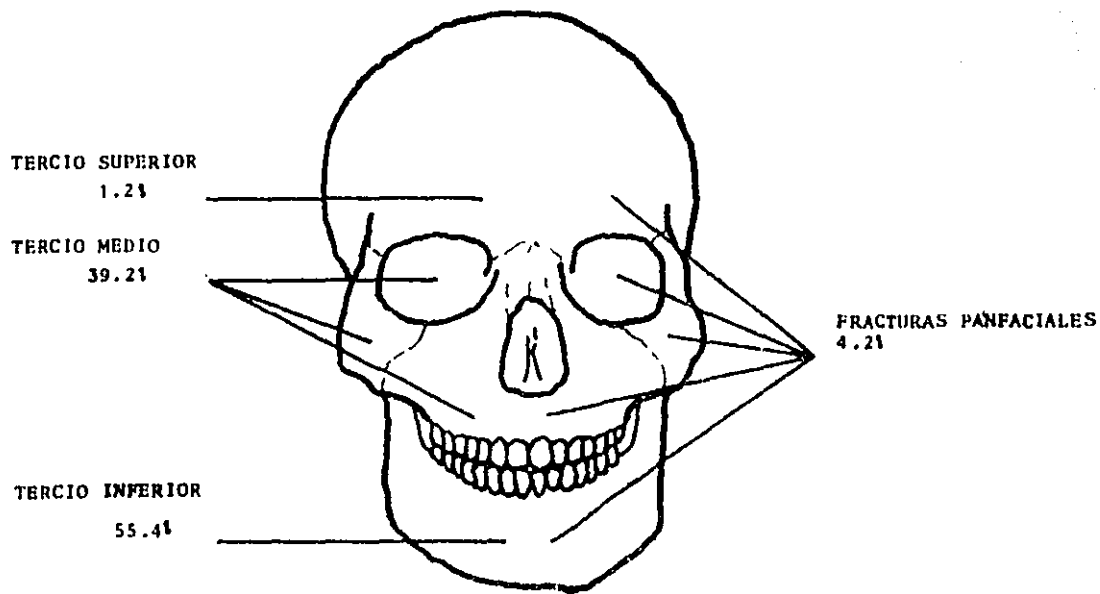


FIGURA 6 Localización anatómica y distribución de las fracturas faciales durante el año de 1985.

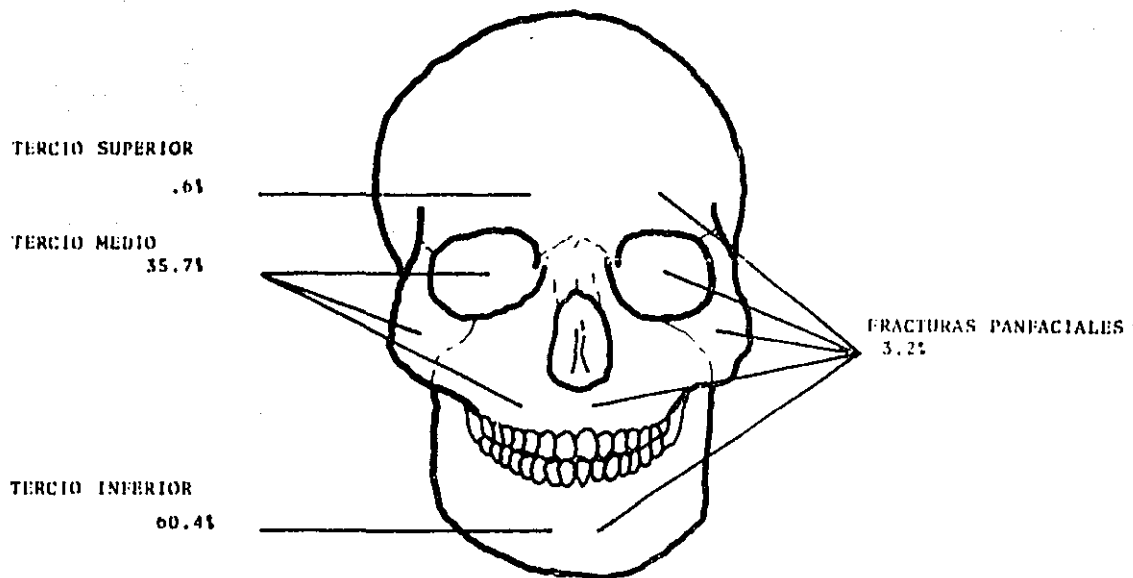


FIGURA 7 Localización anatómica y distribución de las fracturas faciales durante el año de 1986.

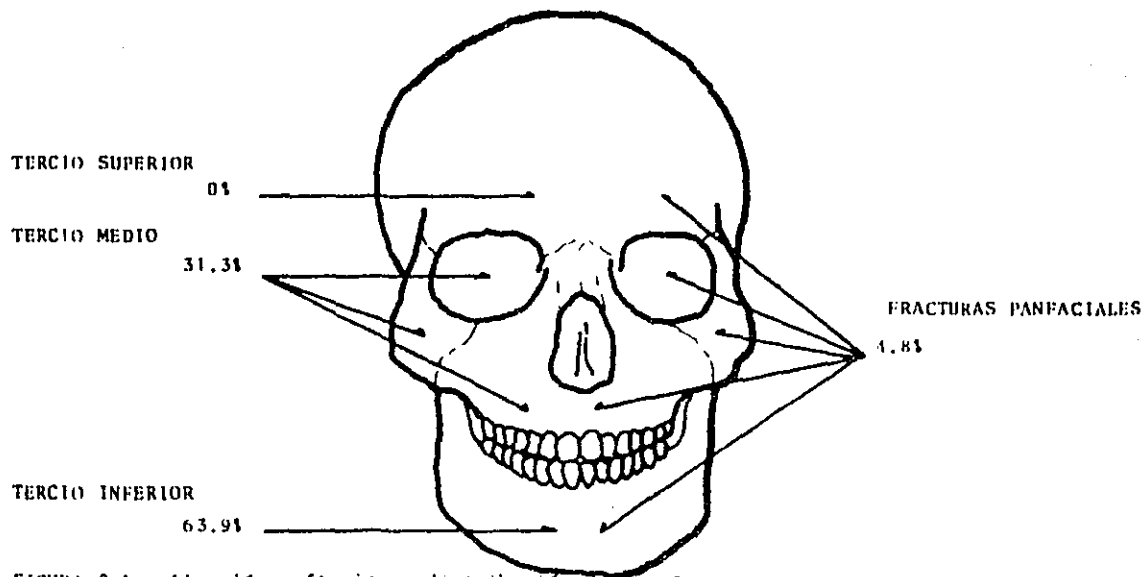


FIGURA 8 Localización anatómica y distribución de las fracturas faciales durante el año de 1987

| CATEGORIA Hospitalizados | 1985 | | 1986 | | 1987 | | TOTAL | |
|-----------------------------|--------|------|--------|------|--------|-----|--------|------|
| | #Casos | % | #Casos | % | #Casos | % | #Casos | % |
| SI HOSPITAL | 110 | 66.3 | 82 | 53.2 | 44 | 53 | 236 | 57.3 |
| NO HOSPITAL | 56 | 33.7 | 72 | 46.8 | 39 | 47 | 167 | 42.7 |
| TOTAL | 166 | 100 | 154 | 100 | 83 | 100 | 403 | 100 |

FIGURA 9 Cuadro relación de fracturas faciales hospitalizadas