

11245

46
20



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud
DDF



Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Dirección General de Servicios de Salud del
Departamento del Distrito Federal

Dirección de Enseñanza e Investigación

Subdirección de Enseñanza

Departamentó de Postgrado

Curso Universitario de Especialización en: Traumatología y Ortopedia

INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A,
DR. CUAUHEMOC MUÑOZ NIÑO
PARA OBTENER EL GRADO DE:
E S P E C I A L I S T A E N
T R A U M A T O L O G I A Y O R T O P E D I A

Director de Tesis: Dr. Jorge García León

1993

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 está 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

- 1º INTRODUCCION.
- 3º ANTECEDENTES.
- 5º PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 6º JUSTIFICACION.
- 7º HIPOTESIS.
- 8º OBJETIVOS.
- 9º MATERIAL Y METODOS.
- 10º CRITERIOS DE INCLUSION.
- 11º CRITERIOS DE EXCLUSION
- 12º CRITERIOS DE ELIMINACION.
- 13º VARIABLES.
- 14º OEPRAACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.
- 15º INSERCIÓN DE PRTOESIS CEFALICA FEMORAL CON FLEJES GL- T.
- 17º CRITERIOS DE TRNZO.
- 18º CRITERIOS DIAGNOSTICOS.
- 19º RECURSOS FISICOS.
- 20º PLAN DE TABULACION Y ANLISIS.
- 21º RIESGO DE LA INVESTIGACION.
- 22º RESULTADOS.
- 23º GRAFICA Nº 1
- 24º TABLA Nº 1
- 25º GRAFICA Nº 2
- 26 TABLA Nº 2
- 27º ANALISIS ESTADISTICO.
- 28º CONCLUSIONES.
- 29º CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.
- 30º BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

EL ASPECTO FUNDAMENTAL DE LA LOCOMOCION HUMANA ES LA TRASLACION DEL CUERPO, DE UN PUNTO A OTRO MEDIANTE LA MARCHA.

SIENDO UNA EJECUCION DINAMICA, EN LA QUE OCURREN MOVIMIENTOS EN SUCCESION REGULAR, LA MARCHA DEPENDERA DE LA INTEGRIDAD DE:

LOS REFLEJOS POSTURAL, LABERINTICO, Y DE ENDEREZAMIENTO, ESTANDO DETERMINADA POR FACTORES COMO: ROTACION, INCLINACION, Y LATERALIZACION, PELVICA, MOVILIDAD DE LA RODILLA, PIE Y TOBILLO.

TENIENDO COMO PREMISA LA INTEGRIDAD Y SIMETRIA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES, TANTO EN LONGITUD COMO EN SUS EJES MECANICOS.

POR LO TANTO LA DESIGUALDAD DE PIERNAS Y MUSLOS OCASIONADA POR LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS, CONDICIONARA ALTERACIONES EN LOS FACTORES DETERMINANTES-DETERMINANDES DE LA MARCHA. PRINCIPALMENTE INCAPACIDAD FUNCIONAL Y: CAMBIOS-DEGENERATIVOS EN LA ARTICULACION COXOFEMORAL.

Y HA NIVEL DE LA COLUMNA VERTEBRAL, CONVEXIDAD LUMBRAR HACIA EL LADO AFECTADO, LO CUAL REPERCUTE EN FORMA DEFINITIVA EN EL PACIENTE EN CUANTO AL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES LABORALES Y SOCIALES CON ALTERACIONES DE TIPO PSICOLOGICO. (7).

LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS, SON UNA ENTIDAD FRECUENTE ENTRE LA: SEXTA Y SEPTIMA DECADA DE LA VIDA, CON UNA GRAN IMPORTANCIA CLINICO PATOLOGICA. EL INDICE DE PRESENTACION DE ESTA PATOLOGIA HA AUMENTADO EN FORMA PAULATINA - CONFORME A LA EVOLUCION Y DESARROLLO DE LA SOCIEDAD MISMA.

LAS FRACTURAS DE FEMUR PROXIMAL CORRESPONDE A CASI EL TREINTA PORCIENTO DE TODAS LAS HOSPITALIZACIONES POR FRACTURAS.

ADEMAS, ESTAS FRACTURAS SE ASOCIAN A GRAN MORBILIDAD Y MORTALIDAD. CASI TODAS SE PRODUCEN EN ANCIANOS Y CON PATOLOGIA ASOCIADA COMO OSTEOPOROSIS, ASI COMO RESULTADO DE TRAUMATISMOS MINIMOS. EL HUSO DE LA HEMIARTROPLASTIA CEMENTADA DE LA CADERA HA DISMINUIDO LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN ESTE TIPO DE FRACTURAS PERMITIENDO SU REDUCCION INMEDIATA Y MOVILIDAD RAPIDA ASI COMO SU PRONTA REHABILITACION LA PERFECCION DE LAS TECNICAS DE RADIODIAGNOSTICO-TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA, HAN PERMITIDO UNA DEFINICION Y CLASIFICACION MAS EXACTA DE ESTAS FRACTURAS, AYUDANDO AL PLANEAMIENTO PREOPERATORIO PARA SU TRATAMIENTO.

ANTECEDENTES

AMBROSIO PARE, CIRUJANO FRANCES, RECONOCIO LA EXISTENCIA DE LAS FRACTURAS DE CADERA HACE MAS DE 400 AÑOS; SIR ASTLEY COOPER, ES EL PRIMERO EN DELINEAR CLARAMENTE ENTRE LAS FRACTURAS DE CADERA Y LAS LUXACIONES DE LA MISMA.

PHILIPS EN 1867, INTRODUCE LA TECNICA DE TRACION LATERAL, Y LONGITUDINAL COMO TRATAMIENTO DE LAS MISMAS, PARA ELIMINAR EL ACORTAMIENTO Y DEFORMIDAD DE LA EXTREMIDAD AFECTADA.

MAXWELL, EN 1876, REPORTA BUENOS RESULTADOS CON ESTA TECNICA. RUTH, EN 1921 - UTILIZA LA REDUCCION CERRADA CON UNA ESPIGA DE YESO POR 8 SEMANAS, CON PREVIA TRACCION DE 8 A 12 MESES.

EN 1902, WHITMAN CON EL ADVENIMIENTO DE LOS RAYOS X REALIZA UNA MEJOR REDUCCION LOS PRIMEROS EN UTILIZAR CLAVOS EN LAS FRACTURAS DE CADERA FUERON: LONGENBECKH EN 1850, Y KONIN EN 1875.

SMITH PETERSON EN 1925, UTILIZO UN CLAVO TRILAMINAR PARA REDUCCIONES ABIERTAS, IMPACTACION Y FIJACION INTERNA.

EL DESARROLLO Y ESTANDARIZACION DE LOS METALES HECHA POR VENEABLE Y STUCK, FUE ESENCIAL EN EL DESAROLO DE ESTA TECNICA.

EN 1937, SE AGREGO UNA PLACA AL CLAVO POR THORTN. ESTO FUE EL PRINCIPIO PARA EL DESARROLLO DEL CLAVO-PLACA DE LOS HERMANOS JUDET.

EN 1945 SE INTRODUCE EL TORNILLO DE COMPRESION DINAMICA POR VIRGIL Y MACAUSLAUD

EN 1940, THOMPSON Y MOORE INTRODUCEN EL MODELO DE LOS HERMANOS JUDET DE IMPLANTE PROTESICO.

EN LA ACTUALIDAD, LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS, SON TRATADAS EN NUESTRO - HOSPITAL, CON HEMIARTROPLASTIA CEMENTADA. YA QUE PERMITE EL SOPORTE INMEDIATO DE CARGAS, CON EL CONSIGUIENTE RETORNO A LA ACTIVIDAD DE PACIENTES ANCIANOS, - AYUDANDO A EVITAR COMPLICACIONES, ADEMAS, COMO PROCEDIMIENTO PRIMARIO ESTA OPE- RACION ELIMINA EL RETARDO O FALTA DE CONSOLIDACION, EN ESTE TIPO DE FRACTURAS.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

DENTRO DE LA PATOLOGIA TRAUMATICA, EN NUESTROS HOSPITALES DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL (DDF), LAS FRACTURAS DE FEMUR HAN VENIDO OCUPANDO LOS PRIMEROS LUGARES COMO CAUSA DE INGRESO; ESTAS FRACTURAS, SON SUJETAS A DIVERSOS MANEJOS TERAPEUTICOS. EN ESTE TRABAJO SE INTENTA PLANTEAR LA NECESIDAD DE MANEJARLAS - EN FORMA ABIERTA, REALIZANDO HEMIARTROPLASTIA CEMENTADA CON LIGAMENTOPEXIA CON FLEJES ORTOPEDICOS, YA QUE OFRECE MEJORES VENTAJAS VERSUS CLAVO-PLACA ANGULADA.

TANTO EN COSTO-BENEFICIO, PARA LA INSTITUCION, COMO PARA EL PACIENTE EN TIMPO-CAMA DE HOSPITALIZACION.A

ADEMAS, DE SU PRONTA REHABILITACION E INCORPORACION A SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. CABE, MENCIONAR UN MOTIVO APARTE, QUE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA - ESTA PATOLOGIAHECHO, QUE DEBE MOTIVAR QUE EL ESPECIALISTA EN FORMACION DESARROLLE NUEVAS Y MEJORES TECNICAS,PARA LA MEJOR ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE.

JUSTIFICACION

EL PRESENTE TRABAJO PLANEA LA NECESIDAD DEL MANEJO QUIRURGICO EN LOS PACIENTES TRAUMATICOS QUE PRESENTEN FRACTURAS INTERTROCANTERICAS, CON UNA TECNICA DE HEMI-ARTROPLASTIA-CEMENTADA + LIGAMENTOPEXIA, SE OFECEN MEJORES VENTAJAS EN LA PRONTA REHABILITACION DEL PACIENTE, A SUS ACTIVIDADES DIARIAS, CON UN MENOR NUMERO DE COMPLICACIONES.

HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA:

Ho = "EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS, CON HEMIARTROPLASTIA CEMENTADA Y LIGAMENTOPEXIA NO SE ASOCIA A PRONTA REHABILITACION DE LOS PACIENTES"

HI = "EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS, CON HEMIARTROPLASTIA CEMENTADA Y LIGAMENTOPEXIA SE ASOCIA A PRONTA REHABILITACION DE LOS PACIENTES"

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

"EVALUAR LA EFICACIA DE LA HEMIARTROPLASTIA CEMENTADA DE CADERA Y LIGAMENTOPEXIA, EN EL MANEJO DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS".

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- DETERMINAR EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO, EL TIEMPO DE APOYO EN LOS PACIENTES MANEJADOS CON ESTA TECNICA.
- 2.- EVALUAR EL TIEMPO DE REHABILITACION TEMPRANA DE ACUERDO A LOS ARCOS DE MOVILIDAD DE LA CADERA HASTA LAS: 2,4,6 Y 8 SEMANAS DE SEGUIMIENTO.
- 3.- DETERMINAR SI EXISTEN COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

MATERIAL Y METODOS:

TIPO DE DISEÑO: ENSAYO CLINICO

DIRECCIONALIDAD: PROGRESIVO

TEMPORALIDAD: PROSPECTIVO

UNIDAD DE ANALISIS: INDIVIDUAL

TIPO DE MUSTREO: ALEATORIO SISTEMATICO

UNIVERSO: POBLACION ABIERTA

SEDE: HOSPITAL GRAL. DR. RUBEN LEÑERO, DSS, DDF

AÑO: 1992

CRITERIOS DE INCLUSION:

- SE INCLUIRAN TODOS LOS PACIENTES DE AMBOS SEXOS.
- QUE SE INGRESEN A LA UNIDAD MEDICA CON EL DIAGNOSTICO CLINICO Y RADIOLOGICO DE FRACTURA INTERTROCANTERICA.
- SE CLASIFICARAN DE ACUERDO A "TRONZO".
- SE INCLUIRAN LOS GRADOS III, IV, Y V.
- A TODOS LOS PACIENTES SE LES REALIZARAN EXAMENES PREOPERATORIOS.
- A LOS PACIENTES MAYORES DE 45 AÑOS DE EDAD SE LES REALIZARA VALORACION CARDIOVASCULAR ESTIMANDO RIESGO QUIRURGICO EN RELACION A LA "ASA".
- A TODOS LOS PACIENTES SE LES SOLICITARA SU AUTORIZACION VOLUNTARIA PARA INTEGRARSE A ESTE EXPEDIENTE.
- A TODOS SE LES APLICARA UN CUESTIONARIO REALIZADO EXPROFESO EL CUAL FIRMARAN.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

SE EXCLUIRAN LOS PACIENTES QUE PRESENTEN PATOLOGIA ASOCIADA COMO:

**.ENFERMEDADES MIELOPROLIFERATIVAS, CARDIOPATIAS, NEOPLASIAS, SIDA EN FASE -
TERMINAL .**

.PACIENTES QUE SOLICITEN ALTA VOLUNTARIA DE ESTE HOSPITAL. .

CRITERIOS DE ELIMINACION:

.A LOS PACIENTES QUE NO AUTORIZEN EN FORMA VOLUNTARIA SU MANEJO QUIRURGICO.

.A AQUELLOS QUE FALLEZCAN EN EL PREOPERATORIO POR PATOLOGIA ASOCIADA.

VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE:

FRACTURAS INTERTROCANTERICAS DE FEMUR.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

HEMIARTROPLASTIA CEMENTADA DE CADERA.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

FRACTURAS INTERTROCANTERICAS.

VARIABLE CUALITATIVA ORDINAL.

CLASIFICACION DE TRONZO.

SE DIVIDE EN 5 TIPOS, BASADOS EN LA FORMA DE REDUCCION REQUE_
RIDA.

TIPO I: FRACTURAS INTERTROCANTERICAS INCOMPLETAS.

TIPO II: FRACTURA TROCANTERICA NO CONMINUTA CON DESPLAZAMIENTO
O NO EN LAS CUALES AMBOS TROCANTERES ESTAN FRACTURADOS

TIPO III: FRACTURAS CONMINUTAS EN LAS CUALES EL FRAGMENTO TRO_
CANTERICO MENOR ES GRANDE. LA PARED POSTERIOR HA ESTA_
LLADO Y EL PICO DEL CUELLO INFERIOR YA ESTA DESPLAZA_
DO EN LA CAVIDAD MEDULAR DEL FRAGMENTO DE DIAFISIS.

TIPO IV: FRACTURAS TROCANTERICAS CONMINUTOS CON DESPRENDIMIEN_
TO DE LOS DOS FRAGMENTO PRINCIPALES, CON LA PARED POS_
TERIOR ESTALLADA CON LA ESPIGA DEL FRAGMENTO DEL CUE_
LLO DESPLAZADA HACIA MEDIAL EN RELACION A LA DIAFISIS.

TIPO V: FRACTURAS TROCANTERICAS CON OBLICUIDAD INVERSA A LA _
LINEA DE FRACTURA.

HEMIARTROPLASTIA CEMENTADA Y LIGAMENTOPEXIA:

VARIABLE CUANTITATIVA NOMINAL.

.MEDICION EN CUANTO A EFECTO BOSS Y GRADOS DE ANTEVERSION FEMORAL.

**EFECTO BOSS: ES LA RELACION QUE GUARDA EL CENTRO DE LA ESFERA PROTESICA EN -
RELACION A UNA LINEA QUE PARTE DEL TROCANTER MAYOR, HACIA EL CENTRO DE LA MISMA,
SIENDO POSITIVO SI DOS O MAS TERCIOS DE LA ESFERA, REBAZAN ESTA LINEA EN DIRE-
CCION SUPERIOR, SIENDO NEGATIVO ESTE EFECTO SI SE REBAZA LA LINEA DE MANERA IN-
FERIOR, TOMANDOSE ESTOS DOS PARAMETROS EN CUANTO A LA POSIBILIDAD DE LUXACION
DEL IMPLANTE PROTESICO, SI EL EFECTO BOSS ES NEGATIVO.**

SEXO:

VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL.

.SE DETERMINA EN BASE AL APARENTE: 1) MASCULINO Y 2) FEMENINO.

EDAD:

VARIABLE CUANTITATIVA ORDINAL.

.SE DETERMINARA EN AÑOS CUMPLIDOS.

INSERCIÓN DE UNA PROTESIS CEFÁLICA FEMORAL.

SE COLOCA ³ EL PACIENTE EN DECUBITO LATERAL SOBRE EL LADO SANO Y SE LE FIJA EN ESTA POSICIÓN MEDIANTE BRETES, POR DELANTE Y __ POR DETRAS, EL MISMO SE INCLUYE EN EL CAMPO OPERATORIO PARA __ PERMITIR SU MOVIMIENTO MIENTRAS DURA EL PROCEDIMIENTO.

LA INCISIÓN SE EXTIENDE DESDE UN PUNTO SITUADO A 5 CMS. POR __ DEBAJO DE LA ESPINA ILIACA POSTERIORINFERIOR, HACIA LA CARA POS__ TERIOR DEL TROCANTER MAYOR Y DE AHI SE ANGULA DISTAL, SIGUIENDO LA DIRECCIÓN DEL FEMUR; APROXIMADAMENTE 7 CMS. SE DISECA HASTA EXPONER LAS FIBRAS DEL GLUTEO MAYOR Y LA FACIA LATA. EL MUSLO SE ABDUCE Y SE INCIDE LA FACIA LATA, EN FORMA LONGITUDI__ NAL POR DETRAS DE LA DIAFISIS DEL FEMUR. ESTA INCISIÓN SE __ PROLONGA HACIA ARRIBA HASTA ENCONTRAR LAS FIBRAS DEL MUSCULO __ GLUTEO MAYOR, QUE SE DIVULSIONAN EN DIRECCIÓN A LA CRESTA ILIA__ CA POSTERIOR, SE RECONOCE EL NERVI__ CIÁTICO MAYOR EN UN PLA__ NO MAS PROFUNDO QUE EL PIRAMIDAL DE LA PELVIS, LOS ROTADORES EX__ TERNOS DE LA PELVIS SE SECCIONAN EN SU INSERCIÓN DISTAL DEL FE__ MUR, SE ABRE LA CAPSULA ARTICULAR DE LA CADERA CON UNA INCISIÓN PARALELA A EL FEMUR QUE LLEGUE HASTA EL RODETE ACETABULAR, SE EXTIRPA LA CABEZA DEL FEMUR CON BOTADOR. SE DEBE CONSERVAR ES__ TERIL PARA MEDICIONES POSTERIORES ASI COMO PARA LA TOMA DE IN__ JERTO, SERECONOCE EL TROCANTER MAYOR EL CUAL SERVIRA PARA APO__ YO DE LA PROTESIS ASI COMO GUIA DEL RIMADO PARA DETERMINAR LOS GRADOS DE ANTEVERSION PARA LA COLOCACION DEL IMPLANTE PROTESICO QUE SERAN DE 15 GRADOS DE ANTEVERSION. CON LA ESCOFINA SE RIMA PARA LA INSERCIÓN DE LA PROTESIS. PREVIA CEMENTACION DEL CANAL

ENDOMEDULAR FEMORAL CON ASPIRACION DEL MISMO CON COLOCACION DE SONDA NELATON. SE IMPACTA LA PROTESIS CON SUAVIDAD, HASTA _ QUE SU BASE APOYE FIRMEAMENTE CON EL CALCAR.

LA REDUCCION DE LA PROTESIS SE OBTIENE POR COMBINACION CUIDADOSA DE MANIOBRAS, APLICANDO LA FUERZA SOBRE LA CABEZA PROTESICA. MIENTRAS UN AYUDANTE COORDINADAMENTE EJERCE TRACCION Y ROTACION EXTERNA SOBRE EL MIEMBRO, HASTA LLEVAR LA PROTESIS AL ACETABULO. EL CIERRE DE LA CAPSULA SE FACILITA LLEVANDO EL FEMUR A LA ROTACION EXTERNA. SE SUTURAN LOS ROTADORES EXTERNOS, SE COLOCA EL MUSLO EN LIGERA ABDUCCION.

SE TERMINA EL CIERRE DE TEJIDO CELULAR ASI COMO DE PIEL CON PUNTOS SEPARADOS CON COLOCACION FINAL DE APARATO DE YESO ANTIRROTACIONAL.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

VARIABLE CUANTITATIVA NOMINAL.

**SE DETERMINARAN PROYECCIONES RADIOGRAFICAS ANTEROPOSTERIOR
ASI COMO LATERALES Y EN PROYECCION DE ANURO; DE CADERA
AFECTADA. LAS CUALES DEBERAN INCLUIR LA ARTICULACION MAS
PROXIMAL ASI COMO LA ARTICULACION DE LA RODILLA.**

RECURSOS FISICOS:

SE CONTARA CON LAS AREAS DE URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACION. PARA EL MUESTREO DE PACIENTES. SE CONTARA CON SALA DE RADIODIAGNOSTICO, Y LABORATORIO DE ESTA UNIDAD.

RECURSOS MATERIALES:

ESTE TRABAJO SE AUTOFINANCIA CON LOS RECURSOS ECONOMICOS DESTINADOS AL SERVICIO DE ORTOPEDIA.

RECURSOS HUMANOS:

SE CONTARA CON EL PERSONAL ADSCRITO A LOS SERVICIOS DE : URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACION, Y QUIROPANO.

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS:

SE ELABORARAN MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL.

(MEDIA, MODA, MEDIANA, Y DESVIACION ESTANDAR POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD).

SE ELABORARAN PORCENTAJES POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.

SE REALIZARAN GRAFICAS EN PASTEL Y BARRAS POR GRUPOS ETARIOS Y SEXO.

SE HARAN TABLAS DE SALIDA POR GRUPOS DE EDAD Y GRADOS DE FRAC_ TURAS.

SE ELABORARAN TABLAS DE SEGUIMIENTO A LAS 4, 6, 8, Y 10 SEMANAS EVALUANDO MARCHA, APOYO Y ARCOS DE MOVILIDAD.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

1-MARZO DE 1992-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

**2-RECOPIACION DE DATOS Y ORGANIZACION DEL EXPEDINTE CLINICO
MARZO DE 1992-MAYO DE 1992.**

**3-REALIZACION DE ACTIVIDADES QUIRURGICAS :MARZO DE 1992-
DICIEMBRE DE 1992.**

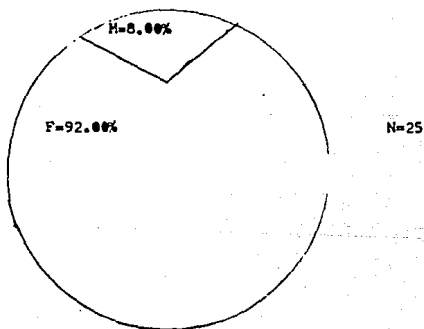
**4-ANLISIS ESTADISTICO Y ELAVORACION DE TESIS
DICIEMBRE DE 1992**

RESULTADOS

SE REPORTAN UN TOTAL DE 25 PACIENTES MANEJADOS CON HEMIARTROPLASTIA CEMENTADA Y LIGAMENTOPEXIA.

DE ESTOS CORRESPONDEN AL SEXO FEMENINO: 23 (92.00%) Y AL MASCULINO: 2 (8.00%); CON UNA MEDIA DE EDAD DE: 65 AÑOS Y UNA DESVIACION ESTANDARD 19 AÑOS, CON UNA MINIMA DE 60 AÑOS Y MAXIMA DE 102; CON UNA MEDIANA DE 68 AÑOS Y MODA DE 70.

GRAFICA Nº 1. DISTRIBUCION EN PORCENTAJES POR SEXO.



FUENTE: HOSPITAL GRAL. DR. RUBEN LEÑERO,DDF.

TABLA Nº 2. DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS.

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL

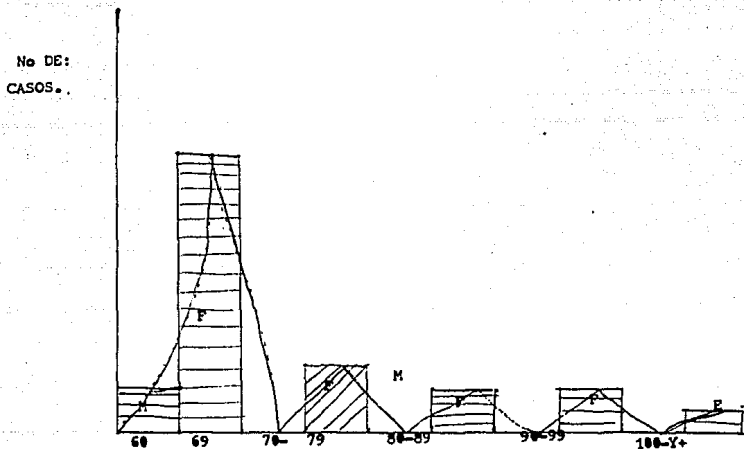
GPOS. ETARIOS	MASC.	FEM.	%	\bar{x}	MODA	S.D.	MEDIA: -NA	TOTAL
60-69	I	15	64	63	64	3.2	63	16
70-79	-	3	12	76	73	67	76	3
80-89	I	2	8.0	84	85	2.2	84	3
90-99	-	2	8.0	84	92	1.7	93	2
100 Y +	-	I	4.0	102	100	0.0	102	1
TOTAL	2	23	100	65	83	13.8	418	2.5

FUENTE: HOSP.GRAL. DR. RUBEN LENERO, DDF 1992.

GRAFICA N° 3. DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS Y SEXO.

HEMIARTROPLASTIA CEMENTADA Y LIGAMENTOPEXIA 1992.

▣ POLIGONO DE FRECUENCIAS SIMPLES ▣



FUENTE: HOSP. GRAL. DR. RUBEN LEÑERO, DDF 1992.

TABLA N° 4. CUADRICELULAR DE 2X2

ASOCIACION ENTRE HEMIARTROPLASTIA CEMENTADA Y LIGAMENTOPEXIA
POR GRADO DE FRACTURA INTERTROCANTERICA TRONZO.

FX:G:III-A Y B	20	2	22
FX:G: IV-V	2	1	3
	22	3	25

ANALISIS ESTADISTICO:

t-student = 1.41

Fischer = 1.19

P = 0.05 (significativa)

RR = 1.00

IC = 0.85-1.67

*SE ENCUENTRA ASOCIACION ESTADISTICA ENTRE LA TECNICA QUIRURGICA PLANTEADA Y EL -
GRADO DE LA FRACTURA DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DE TRONZO.

.DE ACUERDO AL RIESGO RELATIVO OBTENIDO, SE COMPRUEBA QUE ES UN FACTOR PROTECTOR,
Y LA T DE STUDENT APLICADA PARA DIFERENCIA DE MEDIAS MUESTRA QUE MIENTRAS SEA -
MENOR EL GRADO DE LA FRACTURA LOS PACIENTES EVOLUCIONAN MEJOR.

CONCLUSIONES:

- 1.- SE RECHAZA LA HIPOTESIS NULA, SE ACEPTA LA ALTERNA.
- 2.- LA HEMIARTROPLASTIA CEMENTADA CON LIGAMENTOPEXIA OFRECE MAYORES VENTAJAS, EN PACIENTES QUE PRESENTEN FRACTURAS DE ACUERDO A LA CLASIFICACION DE TRONZO.
- 3.- LA REHABILITACION SE INICIA AL TERCER DIA.
- 4.- EL FLEJE ORTOPEDICO NO PRODUJO RECHAZO POSTOPERATORIO.
- 5.- LOS ARCOS DE MOVILIDAD SE RESTABLECEN A LAS 8 SEMANAS EN PROMEDIO.
- 6.- SE TUVO UN FALLECIMIENTO POR PATOLOGIA ASOCIADA (sirpa).
- 7.- SE PLANTEA LA POSIBILIDAD DE AUMENTAR EL TAMAÑO MUESTRAL, PARA OBTENER - MAYOR PRECISION Y CONSISTENCIA DE LA ASOCIACION DE ACUERDO A LOS POSTULADOS DE BRADFORD-HILL.

BIBLIOGRAFIA:

- 1-ALFRAM PD. AN EPIDEMIOLOGIC STUDY OF CERVICAL AND TROCHANTERIC. FRACTURES DE PEMUR IN A URBAN POPULATION. ACTA ORTHOP SCAND 1989: SUPP: 65.
- 2-BLACK, PH. FAILURE OF IMPLANTS FOR INTERNAL FIXATION, ORTH, CLIN. N.M 1974. 5, No 4833-44
- 3-BOMBELLI, R. OSTEARTRIHITIS OF HIP, SPRINGER_VERLANG, BERLIN HEIDELBERG_NEW_YORK. 1976
- 4-BRAVO BERNABE, P.A: LAS FRACTURAS DE LA CADERA EN EL VIEJO, PRIMER CURSO DE ORTOPEDIA EN EL VIEJO. PUEBLA, PUE, 6-8 DE DICIEMBRE 1986
- 5-CHARNLEY, J. BIOMECHANICAL ANALISYS OF USE OF CEMENT TO ANCHORT THE FEMORAL HEAD PROTESIS. J. BONE. JOINT SURGERY 1965: 47-B354
- 6-DOMINGUEZ-GUINCHARD-ROJO DE LA VEGA. R. LA OSTEOTOMIA VALGUIZANTE EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS, INESTABLES EN EL ANCIANO. ARCHIVOS DE MEDICINA Y CIRUGIOA. 1981 VOL 2 No 1-1
- 7-EVANS. F.G. TROCHANTERICS FRACTURS, A REVIW OF 110 CASES. TRATADED BY, NAIL, PLATE FIXATION. J. BONE, SURGERY 1951 33-b192-204.
- 8-HUGHSTON, J. C. UNSTABLE INTERTROCHANTERIC FRACTURES, OF THE HIP. J. BONE SURGERY. 1989-34-B 122-134.
- 9-HUGGLER, A. H. ALOARTROPLASTIA DE LA CADERA . EDICIONES TORAY. S.A. BARCELONA 1982.

- 10-JENSEN. J.S. INSIDENCE OF THE HIP FRACTURES, ACTA. ORTH. SCAND, 1990
51-511.
- 11-DELGADO, B.H., -RODRIGUEZ. V.. ARTROPLASTIA PARCIAL DE CADERA CEMENT
-ADA, EN FRACTURAS INTERTROCANTERICAS, REV. MEX. ORTOP TRAUM
1991-5-210-212.
- 12-DOMINGUEZ. B-ROJO V. -DOMINGUEZ.. LA ENDOPROTESIS FEMORAL EN EL
TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS INTERTROCANTERICAS INESTABLES EN
EL PACIENTE ANCIANO.
REV. MEX DE ORTOP. Y TRAU. 1992- V-3 137-142
- 13-BARCENA. J.R. PROTESIS DE FRICCION DIRECTA. RESPUESTA ACETABULAR
A LA DOBLE FRICCION. TRABAJO DE INGRESO A LA SOCIEDAD DE ORTOPED
-DIA MEXICANA MEXICO, DF 6 DE ABRIL DE 1986.
- 14-BENITEZ. G.R. DR. CIRUGIA DE REVICION EN ARTROPLASTIA TOTAL
TOTAL DE CADERA. REV. MEX ORTO TRAU. 1991; 5194-197