

11245



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO

H.G. "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"

HEMIARTROPLASTIA FALLIDA DE CADERA,
CAUSAS E INDICE DE LUXACIONES EN EL
H.G. DR. DARIO FERNANDEZ

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN:

O R T O P E D I A

P R E S E N T A:

DR. FIDEL MARISCAL MAXIMO



ISSSTE

MEXICO, D. F.

~~2005~~
2005

0351920



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.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO

SERVICIO DE ORTOPELIA*

TESIS:



**HEMIARTROPLASTIA FALLIDA DE CADERA, CAUSAS E ÍNDICE
DE LUXACIONES EN EL H.G. DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO**

DRA LUZ MARÍA GOTI RODRÍGUEZ
Directora del H.G. Dr. Darío Fernández Fierro

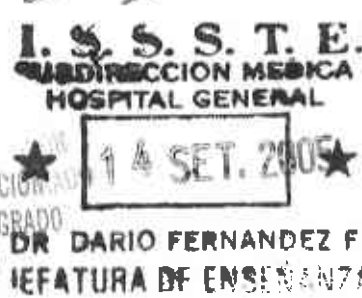
DR. ROBERTO CRUZ PONCE
Jefe del Departamento de Enseñanza e investigación

DR. DANIEL LINARES PALAFOX
Profesor Titular del Curso de Ortopedia y
Coordinador del Servicio de Cirugía General

DR. ABELARDO CELIS PINEDA
Medico adscrito al servicio Ortopedia
Asesor de Tesis

DR. FIDEL MARISCAL MÁXIMO
Residente de cuarto año de Ortopedia

Handwritten signatures of:
1. Luz María Goti Rodríguez
2. Roberto Cruz Ponce
3. Daniel Linares Palafox
4. Abelardo Celis Pineda
5. Fidel Mariscal Máximo



AGRADECIMIENTOS:

A mis padres, quienes con su humildad, esfuerzo y dedicación, me acompañaron siempre en mi carrera y que actualmente se encuentran con DIOS; pero continúan a mi lado, siempre brindándome su apoyo.

A mis hermanos, de quienes tengo apoyo incondicional en cualquier momento.

A mi novia, quien con amor y paciencia ha sabido comprenderme, durante los difíciles momentos de la vida y de esta profesión.

A mis compadres, Armando Barragán y Socorro Martínez e hijos, por impulsarme a continuar con mi carrera y superación personal, durante la ausencia de mis padres.

A la familia Rincón Murguía, por apoyarme en mis momentos de soledad, brindándome calor familiar.

A mis maestros y compañeros, por compartir sus experiencias y conocimientos conmigo.

GRACIAS A TODOS POR FORMAR PARTE DE MI VIDA

INDICE

Marco teórico	1
Hipótesis	1
Objetivos	2
Material y método	3
Cedula de recolección de datos	4
Resultados	5
Discusión	18
Conclusiones	19
Citas Bibliográficas	20

HOSPITAL GENERAL DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO

HEMIARTROPLASTÍA FALLIDA DE CADERA, CAUSAS E ÍNDICE DE LUXACIONES EN EL H.G. DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO

1. MARCO TEORICO:

1.1. DEFINICION DEL PROBLEMA:

¿Cuál se el índice de luxaciones en pacientes postoperados de Hemiartroplastia de cadera en el H. G. Dr. Darío Fernández Fierro, en los últimos 3 años, así como las causas que determinaron esta complicación?

1.2. HIPOTESIS

Las luxaciones protésicas siguen siendo un problema en nuestro medio hoy en día, en el cual intervienen diversos factores tales como: enfermedades asociadas, tipo de abordaje, tamaño de la prótesis, orientación de la prótesis, tipo de fractura, procesos infecciosos agregados, entre otros; de tal manera que, mediante este estudio, se pretende conocer el índice de luxaciones en este hospital, así como las causas que condicionaron la misma.

1.3. ANTECEDENTES:

Cada año ocurren en el mundo más de 1 millón de fracturas de la cadera, países desarrollados invierten en ellas, 3 billones de dólares, en igual periodo y según expertos de la OMS, los costos del tratamiento para esta patología en décadas venideras, harán colapsar los presupuestos de salud en algunos países del tercer mundo. ¹

Las cifras de incidencia de fractura de cadera que se manejan en la literatura mundial dan una idea de la magnitud del problema al que se enfrentan los cirujanos ortopédicos .Se ha estimado que en el año 1990, hubo 1.66 millones de fracturas de cadera en todo el mundo y de acuerdo con las proyecciones epidemiológicas actuales, se cree que esta cifra, se elevará hasta los 6.26 millones en el año 2050. ²

Dado que la gran mayoría, 95-97% de las fracturas de cadera se dan en ancianos, podría pensarse que el espectacular aumento de incidencia de esta patología se debe al envejecimiento progresivo de la población. Sin embargo múltiples estudios demuestran que la incidencia ajustada por edad, también aumenta, por lo que el envejecimiento poblacional no puede ser la única causa de la mayor incidencia de este tipo de fracturas.

Una mayor frecuencia de caídas y una peor calidad del hueso ajustada por edad, pueden explicar, en parte este fenómeno. 3

Solo un 3-5 % de las fracturas de cuello femoral se producen en jóvenes por traumatismo de alta energía. El resto se da en personas mayores, como resultado de caídas desde la bipedestación. La incidencia ajustada por edad de estas fracturas se duplica cada 5.6 años en mujeres a partir de los 30 años, hasta alcanzar una incidencia de 18 fracturas por cada 1000 habitantes y año, en mujeres mayores de 80 años.

Las fracturas intracapsulares desplazadas representan un reto terapéutico. El tratamiento de las fracturas desplazadas en las últimas décadas ha sido la artroplastía, parcial o total. Es necesario considerar los factores demográficos y la relación coste efectividad. El tratamiento ideal de las fracturas es la reducción anatómica y una fijación estable. Algunos autores han utilizado la artroplastía como tratamiento de este tipo de fractura, porque evita los fallos de la osteosíntesis, la necrosis avascular y la falta de consolidación.

La introducción de las hemiartroplastias de Austin Moore y de Thompson cambió el tratamiento de estas fracturas, y de haberse utilizado para los fallos de la osteosíntesis, comenzaron a utilizarse como tratamiento primario. Las ventajas teóricas que ofrecían eran que evitaban una segunda cirugía y que se evitaba el periodo postoperatorio de carga parcial o descarga de los pacientes, con osteosíntesis.4

La Hemiartroplastía de cadera es un procedimiento quirúrgico que se realiza de manera frecuente en el H. G. Dr. Darío Fernández Fierro.

Las indicaciones para Hemiartroplastía de cadera son: fracturas de cuello femoral, fracturas intertrocantericas, pseudoartrosis del cuello femoral, y falla en el tratamiento conservador de una fractura de cuello femoral.

Las complicaciones de una Hemiartroplastía de cadera son: luxación, aflojamiento, reabsorción del calcar, erosión acetabular, osificación heterotópica y fractura protésica o periprotésica.

La luxación es una complicación grave de una Hemiartroplastía de cadera. La prevalencia de la luxación oscila entre 0.3 y 11 %. 5

Los factores que influyen para que se luxa una hemiprótisis de cadera son: 1- Condición del paciente: Los sujetos con Enfermedad de Parkinson tiene una mayor incidencia de luxación debido a las contracturas musculares de los aductores, 2-Cápsula articular: si no se reseca de manera adecuada, la cápsula puede interponerse entre el acetábulo y la prótesis, favoreciendo la luxación, 3-Mala orientación de la prótesis.4-interposición de cemento y 5-Inadecuado tamaño de la cabeza de la prótesis.6

1.4-OBETIVO GENERAL.

Determinar el índice de luxaciones y las causas que determinaron esta complicación en los pacientes postoperados de Hemiartroplastía de cadera en el H.G. Dr. Darío Fernández Fierro, durante el periodo comprendido entre Enero 2003 a Agosto 2005.

1.5-JUSTIFICACIÓN.

Debido a la gran cantidad de procedimientos quirúrgicos de Hemiartroplastia de cadera que se realizan en el H.G. Dr. Darío Fernández, se realiza este trabajo para conocer el índice de luxaciones y las causa de esta complicación frecuente.

2-MATERIAL Y METODOS

2.1-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el género de pacientes con más Hemiartroplastías de cadera
- Conocer el lado mas frecuentemente afectado
- Conocer el tipo de fractura mas frecuente
- Conocer el tipo de prótesis mas utilizado
- Determinar el índice general de luxaciones y las causas.

2.2-DISEÑO.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, de Enero 2003 a Agosto 2005, en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, del ISSSTE, en el cual se revisaron los expedientes de archivo clínico de pacientes que fueron tratados quirúrgicamente de Hemiartroplastía de cadera. Se recabaron los siguientes datos: nombre, edad, sexo, Médico tratante, Diagnóstico, lado afectado, tipo de prótesis utilizada y numero, sangrado y tiempo quirúrgico.

2.2.1-TIPO DE INVSETIGACION.

Retrospectivo, transversal.

2.3-GRUPOS DE ESTUDIO.

Todos los pacientes postoperados de Hemiartroplastia de cadera, en el H.G. Dr. Darío Fernández Fierro, durante el periodo comprendido entre Enero 2003 a Agosto 2005.

2.4- TAMAÑO DE LA MUESTRA.

80 Pacientes postoperados de Hemiartroplastía de cadera, de Enero 2003 a Agosto 2005, en el H.G Dr. Darío Fernández Fierro, ISSSTE.

2.4.1-CRITERIOS DE INCLUSION.

Todos los pacientes con Diagnostico de Fractura de cadera, que requirieron de Hemiartroplastía como Tratamiento.

2.4.2-CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes que requirieron de la colocación de una prótesis Bipolar.

2.4.3-CRITERIOS DE ELIMINACION.

Pacientes con Fractura periprotésica

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD	SEXO	TIPO DE FRACTURA		TIPO DE PROTESIS Y NUMERO		

v

TIEMPO QUIRURGICO	SANGRADO	LADO AFECTADO	MEDICO TRATANTE			

RESULTADOS:

Se realizaron 81 procedimientos quirúrgicos, de los cuales uno de ellos se descarta ya que se le colocó una prótesis Bipolar. De las 80 Hemiartroplastías, 54 se realizaron en mujeres y 26 en hombres. Grafica 1. La edad promedio de los pacientes femeninos fue de 81 años y de los masculinos de 80 años (rango de 54 a 98 años). Grafica 2.

El lado afectado en el que se realizó el procedimiento fue el izquierdo, en 24 mujeres y 12 en hombres; Grafica 3. En el lado derecho, fue de 30 en mujeres y 14 en hombres. Grafica 4. El tipo de prótesis utilizada fue la Thompson en 33 mujeres y 16 hombres. Grafica 5. Y la tipo Austin Moore en 21 mujeres y 10 hombres. Grafica 6. Las 80 Hemiartroplastías tipo Thompson y Moore fueron primarias y todas fueron indicadas por fractura.

Los tipos de fractura fueron: Transtrocantérica en 19 mujeres y 6 hombres, Trancervical en 8 mujeres y 3 hombres, Basecervical en 9 mujeres y 12 hombres, Subcapital en 18 mujeres y 5 en hombres. Grafica 7 y 8.

El tiempo promedio del procedimiento quirúrgico fue de 1.41 hrs. en mujeres y 1.58 en hombres (límites de 1.00 y 3.00 hrs). Grafica 9. El sangrado promedio fue de 315 ml en mujeres y de 346 ml en hombres (rango de 200 a 750 ml). Grafica 10.

Se luxaron 10 prótesis, 6 Tipo Austin Moore y 4 Thompson, lo que da un índice de luxación de 12.5 %. Grafica 11.

Mediante el análisis estadístico de Chi Cuadrada, se determinó que no existe relación entre la luxación y el sexo del paciente. Tampoco existió relación entre luxación y el lado de la cadera afectado. El tipo de prótesis utilizada no fue un factor condicionante de la luxación. De igual forma, el tipo de fractura no parecer ser un factor predisponente a la luxación.

RESULTADOS

LUXACION		
	SI	NO
FEMENINO	7	47
MASCULINO	3	23

CHI CUADRADA=0.03
(p N.S.)

LUXACION		
	SI	NO
DERECHA	5	49
IZQUIERDA	5	21

CHI CUADRADA=0.81
(p N.S.)

TIPO DE FRACTURA	LUXACION	
	SI	NO
FX TRANSTROCANTÉRICA	4	21
FX TRANSCERVICAL	0	11
FX BASECERVICAL	1	20
FX SUBCAPITAL	5	18

CHI CUADRADA=4.79 (p N.S.)

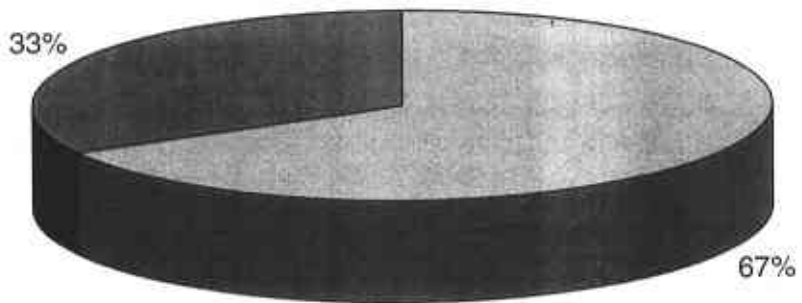
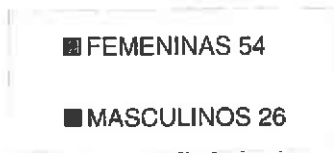
	LUXACION	
	SI	NO
AUSTIN MOORE	6	50
THOMPSON	4	22

CHI CUADRADA=0.06

(p N.S.)

GRAFICA No 1

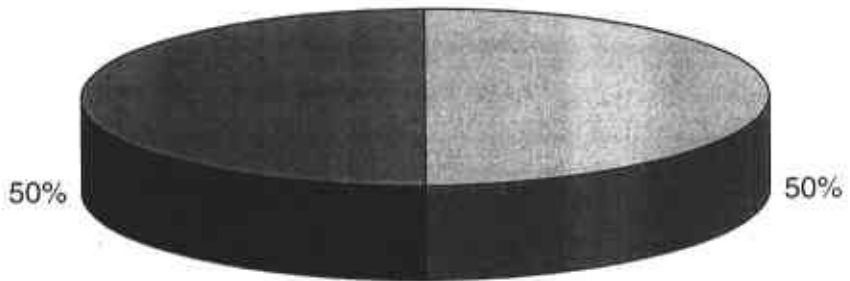
SEXO



GRAFICA No 2

EDAD PROMEDIO

■ MASCULINOS 80 ■ FEMENINOS 81



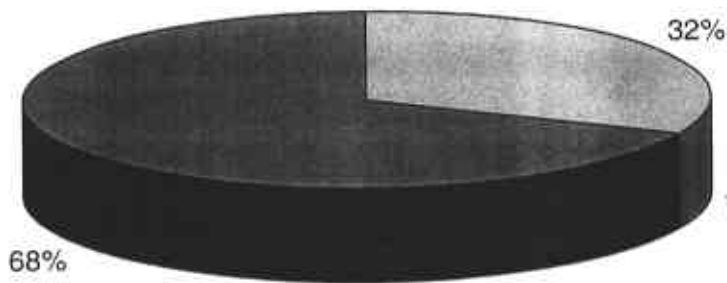
GRAFICA No.3

**LADO AFECTADO
IZQUIERDO**



GRAFICA No 4

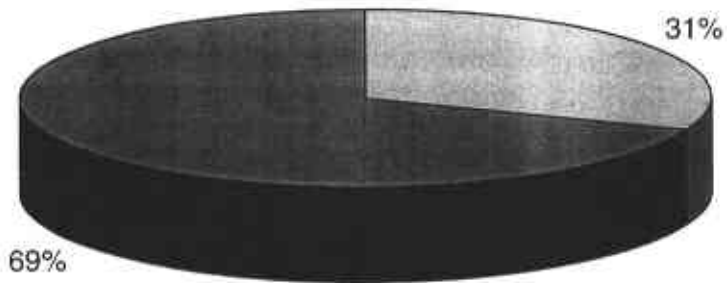
**LADO AFECTADO
DERECHO**



GRAFICA No 5

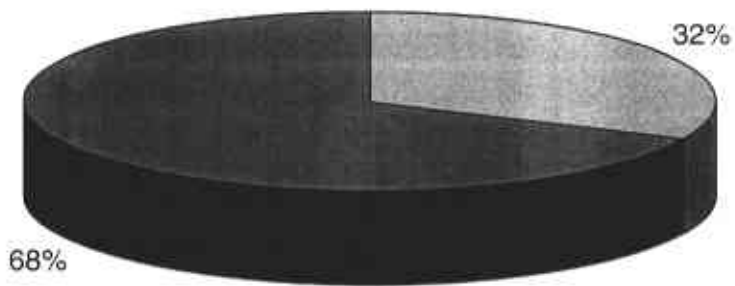
PROTESIS THOMPSON

■ MASCULINOS 15 ■ FEMENINOS 33



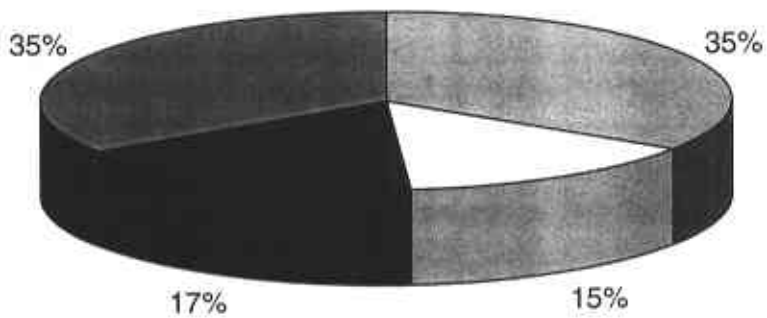
GRAFICA No 6

PROTESIS AUSTIN-MOORE



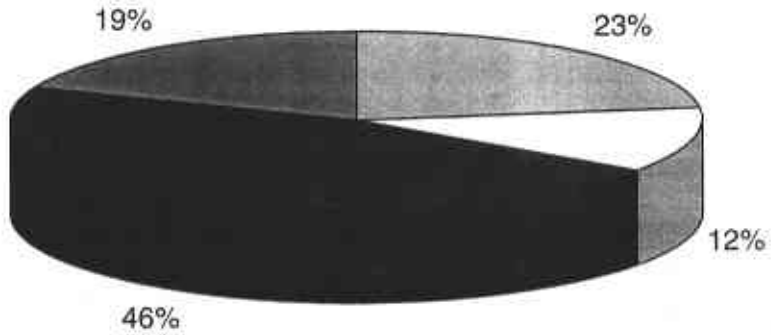
GRAFICA No 7

TIPO DE FRACTURA EN FEMENINAS



GRAFICA No 8

TIPO DE FRACTURA EN MASCULINOS



GRAFICA No 9

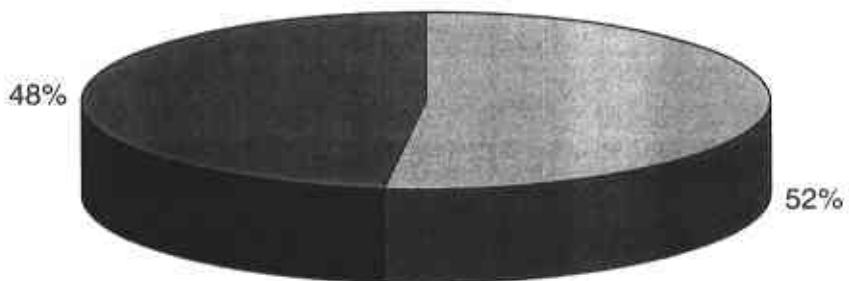
TIEMPO QUIRURGICO PROMEDIO EN HRS



GRAFICA No 10

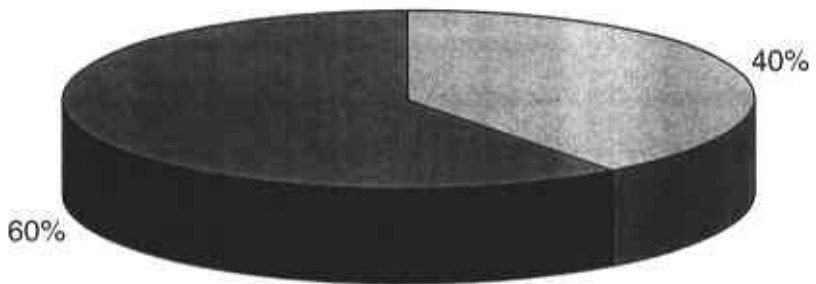
SANGRADO QUIRURGICO PROMEDIO

■ MASCULINOS 346.15 ML ■ FEMENINOS 315 ML



GRAFICA No 11

PROTESIS LUXADAS



CONCLUSIONES.

-Se encontró un índice de luxación de 12.5%, la cual se encuentra ligeramente por arriba de la cifra reportada en la literatura mundial.

- No se observó correlación entre el sexo del paciente y la luxación de la prótesis.

-Se determinó que el lado afectado no es un factor que predispone a la luxación

-En esta investigación, se resalta que el tipo de fractura y la luxación de la misma no esta relacionado.

-El tipo de prótesis, ya sea Austin Moore o Thompson, no representa un factor que induce a las luxaciones, sin embargo se observo que la mayoría de las prótesis luxadas eran de cuello corto.

Respecto a las hemiartroplastías efectuadas en nuestro hospital, las causas de luxación fueron:

-Las asociadas a enfermedades que requieren de un cuidado especial del paciente como son: Alzheimer y Parkinson, así como Crisis convulsivas.

-Caída del paciente durante su Terapia física de Rehabilitación.

-Contracturas en flexión de extremidades inferiores, por secuelas de EVC.

-En uno de los casos se encontró una fractura de la ceja cotoidea.

-Aflojamiento séptico. (1 caso).

De lo anterior se deriva que los pacientes, requieren de un mayor cuidado postoperatorio por parte de los familiares, para evitar esta complicación, ya que la mayoría de las luxaciones ocurren por una caída, durante el periodo de recuperación o bien, por falta de una terapia de rehabilitación adecuada y cuidadosa en el hogar.

Los pacientes con alteraciones neurológicas como enfermedad de Parkinson, accidentes cerebro vasculares o demencia grave, necesitan de una meticulosa asistencia médica y de enfermería para evitar complicaciones. Debe considerarse la posibilidad de corrección de una contractura de la cadera en aducción mediante una tenotomía y un abordaje quirúrgico anterior. Estas dos medidas pueden disminuir el riesgo de luxación.

CITAS BIBLIOGRAFICAS:

1-Perera Rodríguez N.R, Pérez Guerra E., Y Cols. Incidencia de las fracturas de cadera en la provincia de Sancti Spiritus. Rev. Cubana Ortop Traumatol 2002; 16 (1-2):44-77.

2-Dávila Lucio Laura, García García Jacinto, y Cols. Experiencia en el tratamiento de fracturas de cadera en pacientes de 50 a 95 años. Revista del IMSS, 2002.

3-Sibila J, Hyvoren P. Early Revision after hemiarthroplasty and osteosynthesis of cervical hip fractures; short term function mortality unchanged in 102 patients. acta orthop scan 2004 aug; 75 (4) 402-7

4-Hospital Universitario. Características de las fracturas de cadera en pacientes ancianos del hospital universitario de San Ignacio, seguimiento a 1 año. Vol. 15 no. 4 oct-dic 2001.

5-López Duran L. Rodríguez Olaverri J. Cebrian J., y Cols. Prevención y tratamiento de las complicaciones de las fracturas intracapsulares. E Munera L. Osteoporosis y fracturas. Masson , 2000: 114-14.

6-Pereiro J., Rodríguez Olaverri J.C., Vicario C. y cols. Análisis de los resultados a 7 años de las prótesis uni y bipolares en el tratamiento de las fracturas de cuello femoral.

7-Suárez Junco R, Paz Cordovez N. y cols. Atención integral al paciente Geriátrico con fractura de cadera. Rev. Cubana Ortop Traumatol 2002;16(1):48-52

8-Adunsky A, Leventrohn S., y cols. Rehabilitation outcomes in patients with full weight bearing hip fractures. Arch Gerontol 2001, Sep; 33(2):123-31

9-Nnila, Camacho J, Lazcano. Porcentaje de luxaciones de artroplastia de cadera: 14 años de experiencia en el hospital ABC. Rev. Med. Ortop. Trauma . 1999,13(6) 383-384.