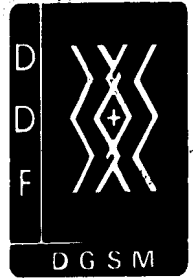




11245
2 ej 5

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
Dirección General de Servicios Médicos de
Departamento del Distrito Federal
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
Curso Universitario de Especialización en
Traumatología y Ortopedia



**MANEJO DE PACIENTES PSIQUIATRICOS CON
TRASTORNOS TRAUMATICOS DEL SISTEMA
MUSCULO ESQUELETICO**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTA

DR. JESUS INES ARMENTA CERVANTES

Para Obtener el Grado de:

ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia

Director de Tesis:

DR. IGNACIO PADILLA SANCHEZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 :

Introducción:	1
Pacientes seniles con lesiones del sistema - músculoesquelético con trastorno psiquiático.	3
Trastornos mentales provocados por traumatis- mo craneoencefálico en pacientes con fracturas y el manejo de los mismos.	15
Pacientes traumatizados relacionados a intoxi- cación aguda o crónica con alcohol y su manejo	27
Pacientes con trastornos de origen psicógeno previo a lesiones de sistema esqueleto mus - cular.	34
Conclusión	37
Bibliografía	39

INTRODUCCION

En la segunda mitad del presente siglo, gracias a los adelantos de la tecnología por un lado y de la ciencia por otro, ha traído el desarrollo de grandes urbes, y un auge en las vías de comunicación, el aumento considerable de automóviles y de la velocidad de los mismos, siendo éstas en gran parte las causas del índice de accidentes, incrementándose en gran medida el número de politraumatizados, asociándose lesiones en uno o varios sistemas mayores del organismo. Principalmente lesiones del sistema musculoesquelético, junto con traumatismo craneoencefálico, contusión profunda de torax o abdomen sinedo de vital importancia para el traumatólogo saber diagnosticar y tratar adecuada y oportunamente estas lesiones y tener conocimiento de sus posibles complicaciones.

Así mismo se sabe que el aumento de los accidentes va en relación directa con el incremento del alcoholismo. El uso generalizado del alcohol parece haber comenzado con las ciudades industrializadas, aunque las consecuencias de su abuso se conocen desde hace siglos. En estas sociedades modernas en que se depende del transporte a gran velocidad la incidencia de los accidentes en gran medida es a causa de la intoxicación aguda o crónica con alcohol. Muchos de los pacientes del servicio de admisión como de hospitalización presentan problemas a causa del alcoholismo y por lo tanto necesitan especial atención de sus lesiones traumatológicas por parte de los ortopedistas .

El gran desarrollo de la ciencia médica a logrado que se extienda la longevidad humana y aunado a ello la patología de la -- gente senil, viéndose con más frecuencia pacientes con fractura -- de tercio proximal de fémur y tercio distal de radio, junto con -- problemas de tipo degenerativo a nivel de articulaciones. No es -- raro observar en ellos datos de demencia senil por degeneración -- neuronal progresiva.

El gran número de pacientes psiquiátricos que por una causa -- u otra sufren lesiones del sistema músculoesquelético por la poca o nula cooperación que presentan para su estudio y manejo, es me -- nester darles tratamiento adecuado multidisciplinario.

El presente trabajo se realizó en el Hospital de Urgencias -- Traumatológicas de la Villa, Delegación Gustavo A. Madero en el pe -- ríodo comprendido del primero de enero al treinta de noviembre de mil novecientos ochenta y cuatro, efectuándose una investigación -- estadística en los registros de admisión y hospitalización básica -- mente de cuatro tipos de pacientes.

1.- Pacientes seniles con trastorno psiquiátrico y lesiones -- del sistema músculo-esquelético.

2.- Trastornos mentales provocados por traumatismos craneoen -- cefálico.

3.- Pacientes traumatizados relacionados a intoxicación agu -- da o crónica con alcohol.

4.- Pacientes con trastornos de origen psicógeno previo a le -- siones del sistema músculoesquelético.

PACIENTES SENILES CON LESIONES DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO
CON TRASTORNO PSIQUIATRICO.

La longevidad humana se ha extendido mucho en la actualidad gracias a los adelantos científicos y a la lucha contra la desnutrición; es por estas razones que se ven en la práctica de nuestra especialidad más frecuentemente pacientes seniles con fracturas de caderas y tercio distal de radio, con un marcado predominio del sexo femenino en un 80% a 85%, quizá como consecuencia de varios factores, entre otros, las mujeres son menos activas y adquieren osteoporosis más pronto que los hombres por la deficiencia de estrogenos.

Otro tipo de patología que comunmente vemos en la práctica de la especialidad son las de tipo degenerativo, principalmente a nivel de las rodillas; junto a estos padecimientos hay un incremento en relación directa en la psicosis seniles y preseniles por degeneración neuronal progresiva, autores norteamericanos como Lassar y colaboradores han calculado que la morbilidad total en las psicosis senil en pacientes de hasta 80 años es de aproximadamente de 10.6% para los hombres, y del 10.8% para las mujeres.

En el devenir biológico existe un largo camino evolutivo que lleva hasta la madurez y la plenitud. El sujeto se mantiene en esta situación durante una etapa más o menos larga, variable para -

cada especie y en una forma no siempre bien determinada comienza a declinar. La evolución se hace por así decirlo retrógrada y se -- transforma en involución . En el ser humano la legislación deter-- mina el final de la evolución y el comienzo de la involución senil a los 65 años (esta cifra es aceptada y promovida por la Organización Mundial de la Salud). Aunque siempre no está todo tan claro, y esta cifra debe tomarse como lo que es: Mero indicativo de finalidad legislativa-laboral.

La involución humana puede ser armónica, una lisis suave hasta la extinción; o por el contrario borrascosa, con fenómenos intercurrentes o colaterales desagradables o enfermedades de base.

Esta es la diferencia entre el envejecimiento fisiológico y patológicos. De aquí los conceptos casi filosóficos de " anciano" : figura venerable, magistral, experimentada y "viejo": personaje resentido, malhumorado, exigente, e injusto. Pero esta diferencia deriva precisamente de que existan o no procesos intercurrentes en el seno de la involución normal. Entre estos procesos se haya la esclerosis cerebral.

La causa principal de esta dolencia radica en la afectación - del árbol cerebral circulatorio y en especial el arterial. El deficiente aporte sanguíneo produce hipoxia, a la que es muy sensible el tejido nervioso, desembocando ello en una situación degenerativa. Ahora bien, en la involución influyen también factores metabólicos. Todo esto hace que la edad pueda sumergir al individuo humano en-

situaciones variadas que van desde la simple declinación de facultades hasta verdaderos cuadros psiquiátricos ya sea por predominio de los factores degenerativos (demencia senil) o bien por la acción de los factores degenerativos de naturaleza vascular (demencia aterosclerótica). El anciano entra entonces en la categoría de minusválido (campo de la rehabilitación) o de enfermo mental (campo de la psiquiatría).

Caracteres generales del enfermo anciano: Una de las primeras aptitudes que se alteran en el individuo anciano es la memoria visual inmediata. Mauren y colaboradores han analizado la desorganización del espacio visual en ancianos, encontrando que la noción del mismo se desintegra en forma exactamente inversa a como se constituye en el niño. En la desorganización del complejo viso-espacial intervienen tres factores: Edad, estado cerebral y nivel cultural, del individuo(esta desorganización condiciona frecuentes caídas y por consiguiente fracturas), medido por su grado de escolaridad es te último. El nivel cultural confirma la idea de que la memoria se deteriora con mayor facilidad en situaciones de deficiente aporte cultural.

Según la ley de Ribot en etapas posteriores se ve afectada la memoria de fijación en general y la evocación de hechos recientes, manteniéndose durante mucho tiempo la evocación de hechos antiguos. son muchas las alteraciones de las capacidades que involucran los fenomenos involutivos que algunos autores consideran como deterioro

simple que incluyen, entre otros, la limitación de la memoria (ya-mencionada), limitación en los intereses, pérdida de la iniciativa apatía, irritabilidad e inquietud nocturna. El contacto con el ambiente se vuelve cada vez menor y al final puede desarrollarse un estado vegetativo moderadamente estuporoso.

Por lo general, y afortunadamente la mayoría de nuestros pacientes seniles caen dentro de este grupo, que es la menos grave de las alteraciones, es decir, el llamado deterioro simple. Según una revisión estadística realizada en el Hospital de Urgencias - Traumatológicas de la Villa, se encontró que la mayor parte de estos pacientes eran del sexo femenino con lesiones del tercio distal del radio y de cadera se han realizado estudios en los que se ha determinado que el mejor tratamiento para los pacientes seniles con fractura de cadera es el quirúrgico, mediante la colocación de osteosíntesis o reemplazo protésico según el caso. Lo que evita la estancia prolongada en cama y sus complicaciones como las úlceras de presión y las infecciones de las vías respiratorias bajas como las neumonías hipostáticas por manejo inadecuado de secreciones, así como las alteraciones del peristaltismo con que cursan estos pacientes. con el tratamiento quirúrgico se favorece una rápida rehabilitación y movilización del paciente, y una pronta reintegración al núcleo familiar.

En cuanto al manejo de las fracturas del tercio distal del radio en los Hospitales de la Dirección General de los Servicios Mé-

dicos del Distrito Federal, se sigue el método conservador, mediante la colocación de aparatos de yeso previa reducción cerrada de las fracturas con una pronta restitución del paciente a su hogar y su posterior manejo por la consulta externa. Es de hacer notar que un número considerable de estos pacientes presentaban lesiones a nivel del hombro: luxaciones glenohumorales, fracturas del tercio proximal de húmero, distal de clavícula o contusiones simples en quienes debemos poner especial atención en su tratamiento, para evitar la complicación conocida como hombro congelado, la cual, entre otros nombres, recibe el de capsulitis adhesiva periartritis escapulo-humeral, enfermedad de Duplay, pericapsulitis, bursitis subacromial adherente, según el autor que la describa. Este padecimiento debe ser considerado como una entidad clínica y no patológica, cualquiera que sea la causa del dolor en el hombro puede ser el principio de un hombro rígido; ocurre en la mayoría de los casos cuando existen factores de desuso en una persona con gran tensión emocional, ansiedad, y apatía (llamada personalidad periartrítica), así como un umbral bajo de dolor. Hemos visto que en pacientes ancianos en los que se inmoviliza el hombro por más de tres semanas pueden desarrollarse esta alteración. Todo esto en pacientes en que supuestamente no hay patología psiquiátrica asociada; pero la situación se complica cuando nuestros pacientes vienen canalizados por una institución para pacientes psiquiátricos, en el que los pacientes al ser lesionados son enviados al Hospital de Urgencias -- Traumatológicas de la Villa, pues debido a sus alteraciones mentales no cooperan con las indicaciones adecuadamente.

El tratamiento del hombro congelado una vez establecido el diagnóstico hay que proceder de inmediato. Recordemos que las rup-

turas incompletas del manguito rotador, la tendinitis calcarea, la tenosinovitis bicipital y la degeneración de la articulación acromioclavicular, producen hombro congelado y su tratamiento primario puede ser remitir el cuadro. El tratamiento varía desde la abstención total, hasta la intervención quirúrgica; entre los procedimientos figuran inyecciones periarticulares de corticoides y anestésicos locales, ejercicios activos asistidos y también se ha usado ultrasonido, microondas y terapia infraroja, aunque no parece existir diferencia entre los resultados obtenidos en este procedimiento.

A continuación describiré someramente los diferentes tipos clínicos de demencia senil: Deterioro simple, tipos delirante y confuso, deprimido y agitado, paranoide y presbiofrénico.

DELIRIO Y CONFUSION: El inicio de ésta reacción es agudo y puede asociarse a diferentes enfermedades físicas, entre ellas se encuentra alcalosis, la anoxia, la hipoglucemia, la infección urinaria, deshidratación (por fiebre o por intervención mayor quirúrgica).

En los casos moderados el paciente está perplejo, desorientado y a veces inaccesible con insomnio intenso y alucinaciones frecuentes; en los casos más graves el paciente está inquieto, se resiste a todo, hace escándalo y puede agotarse.

El proceso es irreversible. El tipo con depresión y agitación presenta no sólo la pérdida de la memoria y el empobrecimiento intelectual de la demencia senil, sino también un marcado egocentrismo, agitación persistente e ideas delirantes, melancólicas e hipo-

condriacas.

El tipo paranoide se distingue por lo aparente de las ideas - delirantes, casi siempre de naturaleza persecutoria, a veces el pa- ciente utiliza la capacidad para valerse por sí mismo como un me- dio efectivo de lograrlo y usarlo como arma. Muchos seniles para- noides son irritables, pendencieros, hostiles y exigentes, casi -- siempre expresan quejas de que los tratan mal.

Este tipo de conducta habitualmente es propio de personas cu- yo patrón de personalidad se ha caracterizado por insatisfacción, - proyección y otros mecanismos de defensa. En el tipo paranoide las alucinaciones y las ilusiones se presentan con mayor frecuencia-- que en cualquier otro tipo de psicosis senil. La conciencia no se altera y la orientación habitualmente permanece intacta. Ese tipo de demencia senil se delimita con mayor claridad como un tipo es-- pecial. Son comunes las transiciones y mezclas entre las diferentes tipos de psicosis descritos.

El tipo presbiofrénico se caracteriza principalmente por un - defecto de retención con confabulación. Tal vez no se le debe con- siderar una clasificación especial y se le debe conceder como una- forma más o menos temprana con ciertos síntomas clínicos. Habitual- mente se encuentra que la personalidad premórbida se caracteriza - por alergia, actividad enérgica, cierta vivacidad y una buena capa- cidad para adaptarse. Esta personalidad se conserva en casi todas sus rasgos; tiene tendencia a ser sugestionable y vacilar entre --

una actitud amistosa e irritable. Son verborreicos y en aparien --
cia alertas, pero cuando se les habla se encuentra que estan bastan
te desconectados de su ambiente. Muchos pacientes se ocupan de una
actividad inquieta, improductiva y a veces destructiva, con cierta
ansiedad como si se ocuparan de sus labores habituales; el paciente
destruye o desarregla su cama asiduamente.

PRONOSTICO: En la demencia senil avanzada no hay probabilidad
de curación. No deben esperarse remisiones bien definidas, aunque
los tipos excitados y en los deprimidos pueden presentarse mejoras
temporales. El curso es progresivo. Muchos trastornos mentales en
los ancianos son precipitados por situaciones problemáticas, como
por ejemplo aislamiento, agotamiento o factores tóxicos o nutricio
nales susceptibles a tratamiento adecuado.

TRATAMIENTO: Son de vital improtancia los factores profilác
ticos en la tradición de la demencia senil. Es por lo tanto muy -
conveniente que el anciano conserve el sentido de seguridad emocio
nal y una sensación de dignidad. Se debe por lo tanto satisfacer -
la necesidad que tiene el anciano de sentir que lo quieren, que --
es parte de un grupo, que ha logrado algo en la vida y que se reco
nocen sus méritos y su forma de ser. Se debe mantener adecuadamen
te su nutrición y dar tratamiento temprano a cualquier enfermedad
concomitante que aparezca y de aquí la improtancia de realizar os
teosíntesis en fractura de huesos largos pero principalmente en --
las de tercio proximal de fémur, (cadera) para evitar el prolongado
tiempo de estancia en cama, es decir que en estas fracturas el tra
tamiento conservador está proscrito, pues se han hecho estudios --

comparativos con ambos tratamientos y se ha demostrado que el índice de mortalidad aumenta con éste último, así sea con tracción o con aparato de yeso tipo Callot, el cual debe abandonarse por anti-funcional; como dice el maestro Dr. García León se le puede comparar con los sarcófagos en los que guardaban a las momias egipcias. En las fracturas de tercio proximal de húmero en cambio la conducta que se aconseja es la conservadora, debido a la gran capacidad anquilopoyética de la articulación glenohumeral; las fracturas del tercio distal del radio, se tratan con reducción incruenta y aparato de yeso, ambas con resultados excelentes.

La forma moderada de la demencia senil debe atenderse en el hogar; a menos de que existan circunstancias que amenacen la seguridad del paciente o de la familia.

En muchos casos es necesario la hospitalización del paciente; cuando está indicado el tratamiento quirúrgico de la fractura o cuando el grado de psicosis senil provoca inquietud nocturna, de respuestas perturbadoras ante ideas delirantes paranoides, irritabilidad acentuada o agresividad física, jugueteos sexuales con los niños, exhibicionismo o planes absurdos para contraer matrimonio. A menudo hay que tener cuidado para impedir que el paciente prenda fuego a sus ropas o a los muebles o huya del hogar sin rumbo definido o sufra caídas y se produzca fracturas de cadera o de tercio distal de radio. Algunas veces es necesaria la psicoterapia de apoyo, en las etapas tempranas de la enfermedad. Es aconsejable dar al paciente vitaminas, pero principalmente ácido ascórbico y complejo B cloruro de tiamina y ácido glutámico; se debe dar un hipnótico mo-

derado para el insomnio, para estimular los procesos mentales y la memoria se puede administrar pentilenotetrasol, se debe administrar una fenotiacina del tipo de la clorpromacina ,algunos autores recomiendan el uso de los electrochoques cuando falla esta medicación.

RESULTADOS: El total de pacientes mayores de 70 años de edad admitidos en el Hospital de Urgencias traumatológicas de la Villa de Gustavo A. Madero fué de 475 por diferentes causas y de estos 131 presentaron fracturas, siendo unicamente 9 de ellos los que presentaron datos francos de demencia senil; 2 de ellos presentaron fracturas de Colles , los cuales fueron tratados conservadoramente mediante la colocación de aparato de yeso previa reducción cerrada de la fractura; 4 de ellos tenían fractura de caudera (3 del sexo femenino) el tratamiento para ellos desafortunadamente no fué el indicado, pues a pesar de haber insistido tanto en el tratamiento conservador está proscrito, no fué posible realizar osteosíntesis en 2 de estos pacientes debido a que no contaban con medios socioeconómicos para adquirir dicho material, por lo que se les trató con inmovilización con tracción esquelética, evolucionando satisfactoriamente, aunque uno de ellos presentó consolidación en varo. A los 2 pacientes que sí pudieron ser intervenidos quirúrgicamente se les colocó placa angulada. Otra paciente ingresó por presentar luxación glenohumeral y se le realizó reducción por maniobra de Kocher.

RELACION DE PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS DE EDAD CON LESIONES DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO Y DEMENCIA SENIL VISTOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE URGENCIAS TRAUMATOLOGICAS DE LA VILLA, DELEGACION -- GUSTAVO A. MADERO, EN EL PERIODO DE ENERO A NOVIEMBRE DE 1984.

LESION	No.de Pac.	M.	F.	D.S.
Fx. Colles	57	12	45	2
Fx. de Cadera	18	4	14	4
Lx. Glenohumeral	22	9	13	1
Fx. Tibia y peroné	5	2	3	1
Fx. de cúbito	3	2	1	0
Fx. de tobillo	6	3	3	1
T O T A L :	131	41	90	9

No. de Pac.: Número de pacientes

M: Masculino

F: Femenino

D.S.: Demencia senil



Femenino 82 años
Fractura de cadera.
Demencia Senil.

TRASTORNOS MENTALES PROVOCADOS POR TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

EN PACIENTES CON FRACTURAS Y EL MANEJO DE LOS MISMOS.

En las últimas décadas ha aumentado considerablemente la incidencia de accidentes en la industria, así como el tránsito urbano y en carretera y consecuentemente se ha incrementado el número de accidentados que presentan traumatismos a diferentes niveles, asociándose frecuentemente lesiones de cráneo, tórax o abdomen con fracturas de huesos largos principalmente de las extremidades pélvicas debiéndose tratar este tipo de pacientes en una forma integral.

Es necesario conocer el estado mental del paciente previo al accidente, así como realizar exámenes mentales y neurológicos detallados con objeto de llegar a un diagnóstico exacto. La opinión generalizada de que los traumatismos en la cabeza son causa frecuente de trastornos mentales es un error, aunque no hay duda de que un traumatismo intenso en cualquier parte del cuerpo puede ser el agente que contribuya o precipite a que se desarrolle una esquizofrenia o una psicosis maníaco-depresiva, en pacientes predispuestos o puede activar un proceso neurológico asintomático.

La relación entre el traumatismo craneal y el desarrollo de trastornos mentales a menudo implica un problema difícil e importante. La dificultad de este cuadro puede aumentar con el cuadro clínico se complica debido a la respuesta de la personalidad, que es activada por la pérdida o la obstaculización del funcionamiento men

tal por una lesión cerebral; junto con dicha lesión aparecen síntomas psicógenos que exageran los síntomas que expresan la función cerebral alterada.

Trastornos agudos y crónicos provocados o asociados a traumatismos craneales.

Agudos: Síndrome de concusión, coma traumático, delirio traumático, síndrome amnésico o confabulatorio.

Crónicos: Trastornos postraumáticos de la personalidad, alteraciones postraumáticas con defecto mental, tales como la encefalopatía traumática y la epilepsia traumática.

TRASTORNOS AGUDOS:

Síndrome de concusión: Existe una interrupción fisiológica momentánea de los procesos cerebrales provocados por el traumatismo craneal; no hay alteraciones histológicas ni cambios clínicos, la recuperación es rápida y completa. Se presenta amnesia respecto al período de segundos o momentos previos al traumatismo. La concusión es la consecuencia del impacto sobre el cráneo de una fuerza intensa, paralizante desde el punto de vista funcional, especialmente si se trata de una fuerza que provoque aceleración o detención brusca como por ejemplo una coalición entre dos vehículos motorizados, debiéndose descartar en estos pacientes lesión a nivel de la columna cervical. En años recientes se ha sugerido que la concusión puede ser el resultado de una cavitación en los líquidos celulares. Algu

nos experimentos con animales muestran que si se aplica un impulso por medio de un golpe intenso o una explosión bajo el agua produce una onda momentanea de presión positiva seguida de una onda negativa, aunque ésta dura u lapso infinitesimal de segundo aparentemente basta para hacer que se formen burbujas diminutas momentaneas en los líquidos celulares; esto produce una descarga eléctrica cortical momentanea que hace que el paciente caiga en la inconsciencia; la descarga va seguida de una depresión en la función. Algunos síntomas - remotos que se presentan después de una concusión pueden deberse a cambios en la célula nerviosa que ocurre poco tiempo después de la concusión misma.

El período de la inconsciencia puede prolongarse durante horas o ser momentáneo, muchos pacientes vomitan al recuperar la conciencia. Aparentemente no existe relación entre la gravedad de la recuperación y la gravedad de las secuelas psiquiátricas. Al recuperarse la conciencia el paciente puede despertarse de manera súbita o pasar por una etapa de obnubilación de la conciencia y confusión. En etapas posteriores el paciente presenta pérdida de la memoria (amnesia postraumática) habitualmente la recuperación es completa en poco tiempo, pero puede aparecer un trastorno crónico de la personalidad, siendo el síntoma inicial la angustia, cefalea, vértigo, fatigabilidad, hipersensibilidad a los estímulos sensoriales intensos, insomnio, alteraciones de la memoria y de la capacidad para concentrarse, etc.

Un gran número de éstos pacientes ingresan a los Hospitales de Urgencias de la D.G.S.M.D.D.F.; son de éste tipo y son registrados y clasificadas sus lesiones como aquellas que por su naturaleza sí

ponen en peligro la vida, a veces injustificadamente, por el solo hecho de haber sufrido traumatismo craneoencefálico, con concusión únicamente, la recuperación es ad integrum, aunque el diagnóstico de concusión sin complicaciones solo puede hacerse a posteriori, y solo se puede tener certeza de que no habrá secuelas orgánicas cuando se recupera la conciencia. El manejo de la concusión únicamente se basa en la observación, con vigilancia de las constantes vitales.

COMA TRAUMATICO: Un coma prolongado puede producirse debido a concusión grave sin herida o más frecuentemente asociada a contusión (Disrupción mecánica de tejido casi siempre acompañada de hemorragias capilares muy pequeñas) o a una laceración (desgarro intenso de tejido).

El coma se caracteriza por una ausencia de respuesta a los estímulos. Puede durar horas o varios días según el grado y la extensión del traumatismo. En ausencia de signos focales de laceración o de presión (como en la hemorragia subdural) un coma dura más de 24 horas habitualmente indica que se trata de una contusión intensa.

Después del coma se presenta un período de estupor, obnubilación e inquietud de la conciencia clara, o pasar de un estado de delirio traumático. El coma se interrumpe por intervalos de semi-estupor y si se prolonga con frecuencia va seguido de un período de delirio, el cual a su vez desemboca en un período más largo de amnesia o en el síndrome confabulatorio amnésico conocido como Síndrome de Korsakoff.

EXPLORACION FISICA: Se debe vigilar estrechamente los signos vitales; la cabeza y el cuerpo deben ser examinados cuidadosamente en busca de lesiones, se deben explorar los ojos cuidadosamente, la hemianopsia puede ser demostrable en el estupor por la falta de retroceso al amenazar con ademanes manuales al paciente desde el lado hemianopsico. La anisocoria puede ser importancia vital; pupilas dilatadas (midriasis) se encuentran en el hematoma subdural con frecuencia, así como los reflejos de la lesión de la vía piramidal, como el reflejo de Babinsky y sucedaneos. Al estudio del fondo de ojo el papiledema indica presión intracraneal elevada y es un signo de mal pronóstico.

La parálisis del motor ocular común de un ojo indica probablemente ruptura de una neurisma de la porción anterior del polígono de Willis. El cambio de color de tras de la oreja (Signo de Battle) - a menudo está asociado a fractura de cráneo lo mismo que la otorragia.

La sospecha de hematoma subdural, la angiografía, el electroencefalograma, la tomografía axial computarizada, son de valor decisivo, pues al hacer el diagnóstico oportuno se realiza craneotomía, con lo que verdaderamente se evita la muerte a muchos pacientes.

El tratamiento debe estar encaminado primariamente a mantener las constantes vitales hasta llegar a un diagnóstico específico para instituir el tratamiento adecuado, puede mantener las vías aéreas permeables, manteniendo la cabeza en hiperextensión y aspirando las secreciones y en cuanto sea posible realizar intubación endotraqueal; siendo necesario en la mayoría de los casos realizar ventilación -

mecánica asistida, lo que amerita su manejo en la Unidad de Terapia Intensiva. Si se establece el diagnóstico de hematoma intracraneal, una vez controladas las constantes vitales del paciente se debe intervenir de urgencia.

Si el paciente presenta fractura es necesario inmovilizarla --temporariamente, mediante la colocación de férula, si la fractura es expuesta se debe realizar cura descontaminadora, siempre que ésta sea posible en quirófano, si no es permitida ésta conducta por las malas condiciones del paciente se debe realizar lavado de la herida e inmovilizar.

DELIRIO TRAUMÁTICO: Habitualmente comienza cuando el paciente está saliendo en forma gradual del estupor o coma traumático. En la mayoría de los casos el delirio es ligero y consta de confusión, irritabilidad, inquietud y trastornos moderados del sensorio. Aunque la mayor parte del tiempo se dá cuenta que está en el hospital, no recuerda como llegó ahí; puede no reconocer las personas que lo rodean, ni entender porqué se le detiene en la institución. Otros pacientes se muestran francamente perplejos, aprensivos y miedosos. En algunos casos el delirio se relaciona con la ocupación del enfermo. Muchos pacientes son rebeldes, ruidosos, irritables, no cooperan y son verbalmente soeces. Otros son beligerantes, dominantes y --agresivos. Si se presentan alucinaciones habitualmente son visuales. En los casos más graves puede haber tal excitación confusional y tal tendencia a caminar sin rumbo fijo, que es necesario maniatar a los pacientes. Cuando desaparece el delirio ruidoso, algunos pacientes siguen presentando verborrea y lenguaje iterativo. La evolución puede caracterizarse por fluctuaciones entre confusión y relativa cla-

ridad de la conciencia.

Si el delirio se prolonga más de una semana sugiere la existencia de un daño considerable. Se debe esperar por lo menos seis meses para apreciar el daño residual final. Delirio o el coma de más de un mes de evolución habitualmente son signos de una destrucción tisular extensa. La apreciación del deterioro y de otros resultados de la destrucción tisular debe hacerse hasta doce a dieciocho meses después del traumatismo. El defecto final habitualmente no es tan grave como lo sugieren los primeros síntomas.

Uno de nuestros pacientes que sufrió traumatismo craneoencefálico, presentó coma traumático durante 9 días, asociándose con fractura de cadera (intertrocantérica); el delirio que presentó fué de estar pidiendo alimentación a todas horas y llamar a su familia; una vez que se recuperó del coma y se restablecieron sus constantes vitales se le efectuó osteosíntesis con placa angulada a 130° no habiéndose logrado la identificación del paciente por presentar amnesia postraumática se hizo necesario enviarlo a una institución para enfermos mentales.

SINDROME AMNESICO CONFABULATORIO: El Síndrome de Korsakoff, descrito por primera vez en el alcoholismo crónico, se presenta relativamente más frecuente después de un traumatismo craneoencefálico. El rasgo más prominente de este signo es la confabulación, aunque se acompaña de desorientación y alteraciones de la percepción y de la memoria recientes. Muchos pacientes con este síndrome muestran

serenidad, euforia, e hilaridad, pero fácilmente se vuelven irritables cuando se les interroga. Los síntomas que se presentan después de un traumatismo son de menor duración que los del síndrome alcohólico de Korsakoff.

RESULTADOS: El total de pacientes que presentaron trauma craneoencefálico en el período de enero a noviembre de 1984 en el H.U.T. de la Villa de la Delegación Gustavo A. Madero fué 715 y de estos 237 presentaron fracturas, 11 de ellos fallecieron debido a la gravedad de las lesiones y afortunadamente la gran mayoría solo presentó síndrome de concusión sin ninguna secuela desde el punto de vista neurológico y solo 8 de ellos presentaron trastornos post-traumáticos de la personalidad (3.3%) tales como encefalopatía traumática (5), Síndrome amnésico (2); epilepsia traumática (1) y coma traumático que presentó posteriormente delirio traumático (1).

Uno de los que presentó encefalopatía postraumática, ingresó con fractura expuesta de tibia izquierda ameritando cura descontaminadora y posteriormente osteosíntesis con placa de compresión dinámica y en la rodilla derecha presentó lesión total de los ligamentos, con luxación de la misma, en ésta lesión se le practicó artrodesis de rodilla con clavos de Steimann cruzados. Este paciente a pesar del tratamiento con antipsicóticos se mostraba agresivo, llegando incluso a agredir a las enfermeras. Además manchaba de excremento los yesos, permaneció en el servicio 98 días internado. Otro paciente de 35 años de edad presentó fractura de tobillo izquierdo el cual se manejó conservadoramente mediante manipulación y bota corta de yeso. Un tercer paciente femenino de 28 años tuvo fractura supracondilea de fémur derecho a quien por no contar con el material

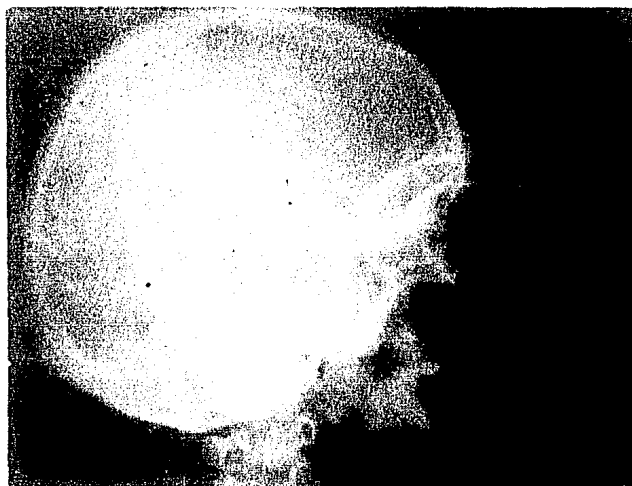
de osteosíntesis indicado se le colocó aparato de yeso Callot, con lo que aumentaron sus síntomas psiquiátricos, destruyendo el aparato de yeso en 2 ocasiones, lo mismo que la tracción esquelética, -- por lo que la fractura consolidó con desplazamiento posterior, y -- acortamiento de miembro pelvico.

Otro de los pacientes presentó fractura transtrocantérica izquierda (ya referido) se le colocó placa angulada, evolucionando satisfactoriamente.

El paciente que presentó fractura de tercio medio de húmero se le trató también conservadoramente con aparato de yeso toracobraquial, tolerando adecuadamente la inmovilización se logró adecuada consolidación, se trató por consulta externa.



Masculino de 35 años
Fractura de tobillo
Fractura de cráneo
Delirio traumático.



RELACION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE FRACTURAS ASOCIADAS CON
 TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO. VISTOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE UR-
 GENCIAS TRAUMATOLOGICAS VILLA DELEGACION GUSTAVO A. MADERO, EN EL -
 PERIODO DE ENERO A NOVIEMBRE DE 1984.

T.C.E. ASOCIADOS CON FRACTURAS DE:	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	TOTAL
CLAVICULA	3	2	1	2	1	3	4	1	3	3	3	26
HUMERO	1	3	2	1	0	2	1	1	0	5	2	18
CUBITO Y RADIO	1	2	1	0	2	1	0	1	0	4	2	14
MACIZO FACIAL	0	1	5	1	0	2	4	1	2	1	4	21
PARRILLA COSTAL	1	1	2	2	3	2	2	4	3	2	4	21
PELVIS	1	0	1	0	2	0	1	2	0	2	0	9
FEMUR	4	3	2	1	3	1	3	2	1	3	5	28
CAJERA (Lx)	3	1	1	0	0	2	1	2	0	1	4	15
TIBIA Y PERONE	5	4	7	6	3	3	2	3	1	4	0	44
ROTULA Y LIGAMENTOS	4	2	2	1	2	1	3	0	0	1	4	20
TOBILLO	2	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	6
COLUMNA	3	1	0	1	2	0	0	1	0	2	0	10
T O T A L	28	20	24	16	13	18	21	19	11	28	34	237

RELACION POR MESES DE PACIENTES CON TRAUMATISMOS CRANEOEN-
 CEFALICO ASOCIADO CON FRACTURAS Y TRASTORNOS MENTALES VISTOS EN
 EL HOSPITAL GENERAL DE URGENCIAS TRAUMATOLOGICAS DE LA VILLA DE
 LEGACION GUSTAVO A. MADERO, EN EL PERIODO DEL 1o. DE ENERO AL
 30 DE NOVIEMBRE DE 1984.

MES	P. CON T.C.E.	P. CON Fx.	P. CON T.M.
ENERO	89	28	0
FEBRERO	72	20	1
MARZO	46	24	1
ABRIL	51	16	0
MAYO	64	18	1
JUNIO	61	18	2
JULIO	59	21	0
AGOSTO	48	19	1
SEPTIEMBRE	73	11	1
OCTUBRE	65	28	0
NOVIEMBRE	87	34	1
T O T A L	715	237	8

P. con T.C.E.: Pacientes con traumatismo craneoencefálico

P. con Fx.: Pacientes con fractura

P. con T.M.: Pacientes con trastornos mentales.

PACIENTES TRAUMATIZADOS RELACIONADOS A INTOXICACION AGUDA O
CRONICA CON ALCOHOL Y SU MANEJO.

En las sociedades moderanas en las cuales se depende mucho del transporte a alta velocidad, la intoxicación aguda o crónica con alcohol contribuye grandemente a la incidencia de los accidentes, debido a que el ebrio presenta alteración de la percepción, el juicio, el tiempo de reaccionar y la calidad de las respuestas. En un gran número las personas que mueren en accidentes automovilísticos se han encontrado niveles sanguíneos de alcohol de más de 0.10 %. En muchos otros individuos a concentraciones más bajas de alcohol se alteran las funciones que permiten manejar un auto. Niveles de alcohol de 80 mgr. por 100 ml. afectan la adaptación a la oscuridad. Diversos autores han demostrado también que a este nivel los que manejan un auto muestran poco juicio cuando pasan a otros vehículos, cuando se acercan a semáforos, cuando interpretan múltiples estímulos sensoriales y cuando tratan de mantener su atención, si tienen que manejar durante periodos largos. Otros estudios han demostrado que el riesgo de sufrir un accidente automovilístico aumenta en forma considerable cuando el nivel sanguíneo de alcohol llega a ser de 50 a 100 mgr. por 100 ml.; entonces la probabilidad es 10 veces mayor que la misma probabilidad en un conductor sobrio. Esto es en cuanto a los conductores de vehículos; en cuanto a los peatones que obnubilados por el consumo de alcohol atraviezan las calles de las grandes urbes son embestidos por vehículos motorizados, sufriendo lesiones múltiples, o como sucede con los obreros fabriles o de la construcción, pero principalmente estos últimos, que incluyen en su dieta diaria el consumo del pulque,

con la falsa idea de su rico valor nutritivo y se intoxican con el alcohol, por lo que son víctimas de accidentes en su centro de trabajo o en la vía pública.

La prevalencia del alcoholismo varía aparentemente en relación a factores sociales y culturales. En Francia donde una alta proporción de la población adulta deriva sus ingresos en la producción y venta de bebidas alcoholicas, se acepta en casi todas partes la ingesta de vino y hay pocas manifestaciones pública de borrachera. Entre los Irlandeses existe un alto nivel de alcoholismo; en los judíos es bajo. Parece que esta variación en la aparición del alcoholismo se relaciona con el uso y la aceptación de ingerir el alcohol dentro de grupos étnicos.

No es el motivo de ésta tesis el estudio de las alteraciones orgánicas ocasionadas por el alcoholismo, tales como la cirrosis y sus complicaciones, me limitaré a las cosas alcoholicas a las que nos enfrentamos más frecuentemente en la práctica hospitalaria. La psicosis alcoholica surge abruptamente cuando se interrumpen episodios largos de embriagues; o el delirio tremens; precipitado en los alcoholicos crónicos por la interrupción súbita del tóxico; dicha interrupción puede no solo provocar delirio y a veces convulsiones sino también anomalías en el electrocefalograma. Dicho trastorno puede surgir de alteraciones metabólicas, como metabolismo defectuoso de los hidratos de carbono, disminución en la función desintoxicante del hígado, trastorno del metabolismo de las proteínas, acidosis, oxigena-

ción deficiente del hígado, balance hídrico alterado y diversas carencias nutricionales, especialmente la vitamina B.

Habitualmente el cuadro va precedido de la aversión a la comida, irritabilidad del sueño perturbado, durante el cual aparecen pesadillas aterradoras, ilusiones y alucinaciones que al principio son ocasionales y se hacen cada vez más frecuentes, fugaces y aterradoras; los dibujos del papel tapiz o las sombras en la pared se vuelven objetos animados y amenazadores; las manchas se vuelven insectos que el paciente trata de asir y destruir. Las alteraciones visuales a menudo tienen el carácter de objetos que parecen estarse moviendo y en especial representan animales repulsivos de formas fantásticas que aterrorizan al paciente y lo hacen que luche por escapar de ellos. No es raro que se presenten alucinaciones táctiles, probablemente debido a neuritis periférica; el enfermo siente al mismo tiempo que ve los insectos sobre la piel. Pueden aparecer alucinaciones olfatorias o auditivas pero son más raras que las visuales.

La conciencia está obnubilada y el paciente puede hallarse en un estado de confusión profunda con desorientación respecto al tiempo y al espacio. El hablar a menudo es incoherente, frecuentemente identifica erróneamente a las personas que lo rodean. La atención es fugaz y las impresiones se retienen solo un momento.

A veces el delirio es de tipo ocupativo con intensa excitación motora. Repetidas veces el paciente se baja de la cama y en el caso de los pacientes con fractura de miembros pélvicos con aparato de yeso lo hacen dañando el yeso o cuando se les inmoviliza con tracción se la retiran complicándose la lesión previa o se contaminan

A la exploración física: las conjuntivas y la cara se encuentran congestionadas, las pupilas dilatadas a menudo reaccionan con lentitud, temblor generalizado de grandes oscilaciones que aumenta cuando se provoca tensión muscular, el pulso es rápido e irregular; hay hipertermia, la piel está húmeda, la cara con frecuencia muestra sudación abundante, aumento de los reflejos osteotendinosos. Dolor a la presión de los troncos nerviosos y los músculos. El diagnóstico diferencial se hace con otra forma de alucinaciones alcohólicas y otros síndromes cerebrales.

TRATAMIENTO: El tratamiento del síndrome de supresión se debe hacer a base de Clordiazepoxido 50 mgr cada 6 horas por vía oral, -- Cloruro de Tiamina 50 a 100 mgr., y ácido nicotínico 10 mgr. 3 veces al día. Por lógica si los síntomas del síndrome son por supresión-- brusca del tóxico, en nuestros hospitales administramos con muy -- buenos resultados soluciones parenterales a base de Solución glucosada al 10% con muy bajas concentraciones de alcohol y complejo "B". Además se deben corregir los desequilibrios hidroelectrolíticos en -- pacientes con delirio y temblores intensos se debe considerar la posibilidad de una deficiencia de magnesio sérico, (lo normal son 2 -- mEq/lt.), en estos pacientes se puede administrar sulfato de magnesio al 5% en dosis hasta de 5 gr. cuatro veces al día por tres días, y -- después disminuir la dosis a la mitad por tres días más. En cuanto a la dieta debe ser blanda, rica en hidratos de carbono, de 3000 a 4000 calorías, rica en vitaminas principalmente el complejo "B" para prevenir el síndrome de Wernicke o encefalopatía por deficiencia del --

Ácido nicotínico.

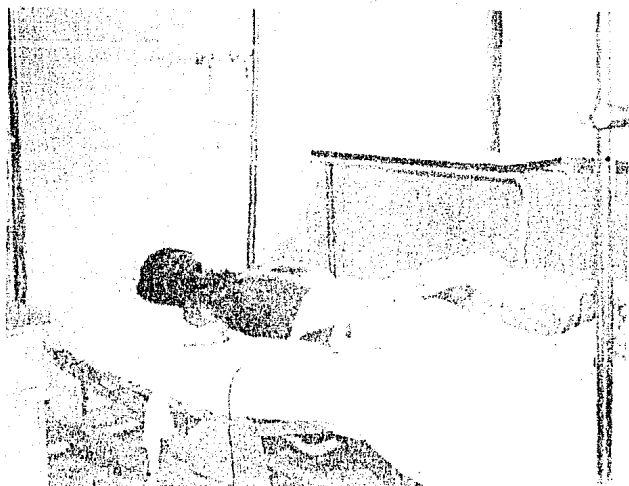
Una vez controlado el cuadro agudo de alucinosis se debe de efectuar el tratamiento desde el punto de vista ortopédico, el cual debe de ser el más idóneo, es decir que si se trata de una fractura de cadera o diafisiaria de fémur el tratamiento indicado es el quirúrgico, con material de osteosíntesis, aunque debido al alto costo de dicho material hay ocasiones en que no es posible dicho tratamiento -- por lo que se coloca tracción esquelética o un aparato de yeso tipo-Callot.

RESULTADOS: En el Hospital de Urgencias Traumatológicas de la Villa, en el periodo de enero a noviembre de 1984, se recibieron 39 512 pacientes en el servicio de Urgencias, de los cuales 2 631 o sea el 6.65% del total habían ingerido bebidas alcohólicas en mayor o menor grado según su estado clínico fueron clasificados en: ebrios completos, ebrios incompletos, y en no ebrios pero con aliento alcohólico, en los siguientes porcentajes: 1.79%, 2.00%, 2.86% respectivamente, el resto fue registrado como sobrio, éstas cifras son independientes de los conductores de vehículos a quienes se les realizó -- exámenes de estado psicofísico sin estar lesionados. Por otro lado -- muchos de los pacientes que presentaron síndrome de supresión alcohólica fueron admitidos por urgencias como sobrios ya hospitalizados -- presentaron el cuadro psicótico, En el transcurso del año se presentaron 19 casos de pacientes fracturados con síndrome de supresión alcohólica, o sea el 0.72%. Los pacientes manejados por consulta externa con tratamiento conservador, probablemente no presentaron dicho síndrome por continuar ingiriendo el tóxico.

De los 6 pacientes que presentaron fractura de tibia y síndrome de supresión alcohólica, en 3 de ellos la fractura fué expuesta, - por lo que se les practicó cura descontaminadora, los otros 3 no --- ameritaban hospitalización efectuándose ésta por ser indigentes, y una vez hospitalizados presentaron delirium tremens, dificultándose su manejo pues deambulaban destruyendo el yeso, una vez controlado el - cuadro psiquiátrico eran trasladados a casas de protección social -- del DDF, manejándose posteriormente por la consulta externa ,presentando uno de ellos consolidación viciosa en varo y otro con retardo de consolidación.

4 pacientes presentaron fractura de fémur, uno de ellos falle-- ció de cirrosis hepática y septicemia, a 2 se les realizó osteosinte^u sis con clavo centromedular de Hansen y el cuarto fue trasladado a otra institución por ser derechohabiente de la misma.

los pacientes con fractura de parrilla costal y de pelvis así como los de tibia y peroné fueron tratados conservadoramente, úni-- camente con reposo en cama, y con aparato de yeso en estos últimos y su tratamiento para el síndrome de supresión alcohólica.



Masculino de 32 años
Fractura de fémur
Síndrome de supresión
alcoholica.



Antes del tratamiento



Después del tratamiento

PACIENTES CON TRASTORNO DE ORIGEN PSICOGENO PREVIO A LESIONES
DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO.

En páginas anteriores se trató los trastornos mentales que se asocian con una alteración difusa o circunscrita demostrable en la función del tejido cerebral, ahora trataré los trastornos de origen psicógeno los cuales en la actualidad parecen no tener relación de una anormalidad anatómica o fisiológica del cerebro; aunque en la -- psicosis esquizofrénica y afectiva hay indicios de que la disfunción cerebral está relacionada con la dinámica de los eventos bioquímicos intra e interneurales.

Los trastornos psicóticos se caracterizan por un grado variable de desorganización en la personalidad, también en grados diferentes el paciente rompe con la realidad o no logra evaluarla ni comprobarla correctamente.

Los principales tipos de psicosis son las esquizofrénicas, afectivas y paranoides.

La psicosis esquizofrénica a su vez se dividen en tipos simples nebefrénico, catatónico, paranoides y esquizo afectivas.

Las psicosis afectivas se subdividen en tipo involutivo, mania co depresivas y depresivas.

Las psicosis paranoides no tienen subdivisión.

" Aunque esto sea locura, hay método en ella".

" No somos nosotros mismos cuando la naturaleza oprimida ordena a la mente que sufra junto con el cuerpo ".

Shakespeare.

Los diferentes tipos de psicosis clínicamente presentan características que los hacen distinguirse unas de otras, lo cual es de interés para el psiquiatra, los tipos que más se relacionan con el ortopedista son los tipos maniaco depresivos y los paranoícos quienes por su agresividad atentan contra otras personas pero principalmente por su alta tendencia al suicidio, pues al fallar en ocasiones sufren fracturas o amputaciones traumáticas.

Estos pacientes con una psicosis ya establecida se presentan en forma muy esporádica en el Hospital de Urgencias Traumatológicas de la Villa, fueron un total de 8 pacientes en el lapso comprendido de enero a noviembre de 1984, tres de ellos no presentaron lesiones del sistema musculoesquelético, De los 5 restantes uno presentó psicosis maniaco depresiva, se trataba de paciente femenino de 34 años de edad en la fase depresiva de su padecimiento, intentó suicidarse arrojándose al tren en movimiento ocasionándose únicamente desarticulación traumática del miembro torácico derecho, por lo que fué intervenido de urgencia, regularizándose el muñón, una vez restablecida fue enviada a un Hospital Psiquiátrico.

Los otros cuatro pacientes procedían de Hospital Psiquiátrico, los cuales en ataques de agresividad habían sufrido lesiones: uno --

de ellos presentaba fractura de húmero, otro de clavícula, otro de radio y el cuarto únicamente esquinca de tobillo, todos ellos fueron tratados conservadoramente en el servicio de Urgencias mediante inmovilización, siendo remitidos a su hospital de origen, dos de ellos destruyeron la inmovilización antes de completar el tratamiento, por lo que se les reinstaló evolucionando satisfactoriamente.

C O N C L U S I O N :

Los Hospitales de Urgencias Traumatológicas de la D. G.S.M.D.D. F., se distinguen por el tipo de pacientes que a ellos acuden, en su gran mayoría son lesionados en accidentes viales, relacionados muchos de ellos con intoxicación alcohólica (aguda o crónica). En la presente revisión del periodo de enero al presente año, el número total de pacientes registrados fué 39 512 en el servicio de admisión del Hospital de Urgencias Traumatológicas Villa, y de ellos 2 631 o sea el 6.66% habían ingerido bebidas alcohólicas en menor o mayor grado, en el momento de su ingreso, de estos un número considerable presentó alteración de la esfera mental por el abuso del tóxico, pero principalmente por la supresión brusca del mismo, dichos pacientes cuando presentaron lesiones del sistema musculoesquelético necesitaron atención especial tanto desde el punto de vista ortopédico como psiquiátrico, . Por otro lado los pacientes que recibieron traumatismo craneoencefálico en el mismo período fueron 715 (1.8%) y de éstos -- 237 o sea una tercer parte presentaron fracturas y luxaciones a diferentes niveles, en quienes por la gravedad de las lesiones fue necesario un manejo integral, en algunos de ellos persistían como secuela la amnesia postraumática, siendo en ocasiones imposible su identificación, y por esta razón no se les integró al medio familiar, sino que se les trasladó a una institución para enfermos mentales, en su manejo intervinieron los servicios de Neurocirugía, Psiquiatría y Ortopedia.

El tercer tipo de paciente revisado en esta tesis fué el de -- los paciente seniles, que en el mismo periodo y en la misma Institu- ción fué de 473 mayores de 70 años que presentaron lesiones esqueleto musculares o sea el 1.37 % del total de pacientes admitidos, alguno de estos pacientes presentaron datos de demencia senil, por lo que - se insistió en su manejo quirúrgico cuando estuvo indicado, para su rehabilitación lo más pronto posible, y su reintegración al medio -- familiar. Aunque en dos pacientes no fué posible dicho tratamiento- quirúrgico por no contar con el material de osteosíntesis para ellos por ser de escasos recursos económicos. Ya que el tratamiento conser- vador aumenta el número de días de estancia hospitalaria.

El cuarto tipo de pacientes fué el que previo a su ingreso al - Hospital presentaba lesiones psiquiátricas, las cuales fueron las -- que condicionaron su ingreso, es decir, que los pacientes presenta- ban alteraciones de la personalidad de origen psicógeno como son las esquizofrenias y las psicosis maniaco-depresivas, aunque en este hos- pital el número fué mínimo hay que tenerlos presentes que son un re- to para su manejo mediante inmovilizaciones e incluso con tratamient- quirúrgico, pues hay que mantenerlos sedados por completo, ya que no toleran los apartatos de yeso o se contaminan las heridas quirúrgicas con materia fecal infectandose éstas.

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

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 1.- Broe G. Akhart A.: Neurological Disorders in the elderly al home. J. Neurol. Neurosurg. Psichiary 39,362-366 (1976)
- 2.- Brosin H.W. Manjamen of tibial fractures in mental distubed patient. Journal Bond and Joint Surgery 6. 55A, 445-447 ---- (1977).
- 3.- Busse E. W. Pfeiffer E. Behavior and adoption in late life. American Neurol. Assoc. 35 47-50 1974.
- 4.- Davidson E. A. y Solomon P. The diferentiation fo delirium tremens from impeding hepatic coma. J. Ment Sci 104 , 326-333 1971.
- 5.- Dott A. B. Blood alcohol levels and intoxication. Journal - og Medic. Asoc. 214. 2196-2198. 1973.
- 6.- Denny-Brown L. Disability avising form closed head Damage J. Am Med. Asoc. 127 429-436. 1975.
- 7.- Ehrintheil O.F. Diferential diagnosis of organic dementias and afectiv disorders in eye patients geriatric 12. 426-432 1975.